

VIOLÊNCIA CONJUGAL: DESAFIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE*

SPOUSAL VIOLENCE: CHALLENGE FOR HEALTH PROFESSIONALS

VIOLENCIA CONYUGAL: DESAFÍO PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Tânia Christiane Ferreira Bispo¹
Lílian Conceição Guimarães de Almeida²
Normélia Maria Freire Diniz³

Diante da complexidade e extensão da violência doméstica no âmbito conjugal, há uma preocupação dos pesquisadores com a temática e discussão para articular violência e saúde. Tais estudos evidenciam que, embora as mulheres busquem mais os profissionais de saúde e, em especial, os que atuam nos serviços de emergência, devido às lesões físicas, nem todos estabelecem a relação entre a identificação das lesões e o contexto violento, no qual foram produzidas. Este estudo tem como objeto as representações sociais de profissionais de saúde acerca da assistência à mulher em situação de violência conjugal e como objetivo analisar as representações destes profissionais sobre esta temática. Foi utilizada a pesquisa qualitativa, tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais. O espaço do estudo foi a Unidade de Emergência de um Hospital Público da cidade de Salvador (BA). Os sujeitos foram: profissionais de saúde de nível superior (enfermeiras, médicos e assistentes sociais) e profissionais de saúde de nível médio (auxiliares de enfermagem). Para captação dos dados, utilizou-se a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Na análise destes dados utilizou-se a análise temática de Bardin. Os resultados evidenciaram que o setor de emergência, para os profissionais de saúde, é um espaço apenas para a identificação e o tratamento das lesões, não sendo responsabilidade deles “olhar” os aspectos da subjetividade que favoreçam trazer as causas da lesão como uma possibilidade de violência. Para eles, a violência diz respeito apenas a profissionais como assistente social e psicólogo, bem como aos aspectos jurídicos.

PALAVRAS-CHAVE: Violência conjugal. Profissionais de Saúde. Assistência à saúde.

In the face of the complexity and extent of domestic violence, in regards to spousal abuse, there is concern from researchers regarding the themes and discussions to articulate violence and health. Such studies illustrate that even with more women seeking health professionals, and especially, emergency services, due to physical lesions, not all professionals establish a relationship between identifying the lesions and the context of violence in which they were produced. The social representations of health professionals in regards to the assistance to women in violent situations, is the subject of this study. The objective is to analyze the representations of these professionals in regards to this subject. This study employed a qualitative research methodology using the Theory of Social Representations as reference. The study took place in the Emergency Unit of a public hospital in the city of Salvador, Bahia. The subjects for this study included high-level health professionals (nurses, doctors, and social assistants) and middle-level health professionals (nursing assistants). For the data gathering, participant observation and semi-structured interviews were utilized. Bardin's thematic analysis was used for the data analysis. The results illustrated that for health professionals, the emergency room is just a space for the identification and treatment of lesions. It is not their responsibility to see aspects

* Este artigo é um recorte da dissertação de Mestrado intitulada *Representações Sociais de Profissionais de Saúde Acerca da Assistência à Mulher em Situação de Violência Conjugal*, defendida em 2002, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientada pela profa. Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz.

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher. Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia (UFBA).

³ Enfermeira, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem (EE), Universidade Federal da Bahia (UFBA).

of the subjectivity that could have brought the causes of the lesions, such as the possibility of violence. For these professionals, violence issues are associated to professionals in the areas of social work and psychology, as well as legal realm.

KEY WORDS: Spousal violence. Health Professionals. Social Representations.

Delante de la complejidad y extensión de la violencia doméstica en el ámbito conyugal, hay una preocupación de los investigadores con la temática y discusión para articular violencia y salud. Tales estudios evidencian que, a pesar de que las mujeres buscan más los profesionales de la salud, y especialmente los que actúan en los servicios de emergencia, debido a las lesiones físicas, ni todos establecen relación entre la identificación de las lesiones y el contexto violento en el cual fueron producidas. Este estudio tiene como objeto las representaciones sociales de los profesionales de la salud acerca de la asistencia a la mujer en situación de violencia conyugal, y como objetivo analizar las representaciones de estos profesionales con relación a esta temática. Fue utilizada la investigación cuantitativa, teniendo como referencial la Teoría de las Representaciones Sociales. El espacio de estudio fue la Unidad de Emergencia de un Hospital Público de la ciudad de Salvador (BA). Los sujetos fueron: profesionales de la salud de nivel superior (enfermeras, médicos y asistentes sociales) y profesionales de la salud de nivel medio (paramédicos). Para la colecta de datos se utilizó la observación participante y la entrevista semiestructurada. Para análisis de datos se utilizó el análisis temático de Bardin. Los resultados evidenciaron que, para los profesionales de la salud, el sector de emergencia es un espacio apenas para la identificación y el tratamiento de lesiones, no siendo de su responsabilidad “ver” los aspectos subjetivos que favorecen las causas de la lesión como una posibilidad de la violencia. Para ellos la violencia dice respecto apenas a profesionales como asistente social y psicólogo, así como a los aspectos jurídicos.

Palabras Clave: Violencia conyugal. Profesionales de la salud. Asistencia a la salud.

INTRODUÇÃO

Embora a questão da violência não seja específica da área de saúde, a afeta diretamente. Somente a partir da década de 1980, estudos envolvendo as categorias violência e saúde começaram a aparecer mais sistematicamente nessa área, quando a Organização Panamericana da Saúde (OPS), no documento resultante da 49ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS), reconheceu a violência como problema de saúde pública de grande magnitude na região das Américas (OPS, 1993). Nesse contexto, a OPS reconheceu a violência contra a mulher, denominada violência de gênero, com base em seus efeitos sobre a saúde física e mental da mulher.

Um evento político que contribuiu para a publicização da violência foi a mobilização das mulheres, que culminou no movimento feminista. Por meio de denúncias de assassinatos de mulheres, esse movimento trouxe a público fenômenos considerados até então como do âmbito privado. A constituição de 1988 reconheceu a violência no contexto das relações

familiares e previu mecanismos para coibi-la, o que se constituiu em um passo importante para garantir a denúncia e o tratamento legal, por meio da criação de serviços específicos como as Delegacias da Mulher, as Casas-Abrigos, e os Centros de Atendimento, além de importantes mudanças na legislação nacional. Todas estas medidas, porém, têm sido insuficientes para superar o problema da violência contra a mulher, visto que ela engloba valores sociais, psicológicos e afetivos, os quais vão além das respostas institucionais que esses serviços possam dar (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Dessa forma, a violência contra a mulher vem sendo associada a inúmeros problemas de saúde apresentados por mulheres, o que faz com que utilizem mais os serviços de saúde. Isso leva os profissionais de saúde a confrontarem-se permanentemente com a necessidade de atuar frente aos diversos tipos de violência e nos diferentes níveis de atenção e complexidade, dentre os quais a violência doméstica na relação conjugal, que representa uma demanda significativa.

Estudos mostram que, embora as mulheres busquem os serviços de saúde, públicos ou privados, os profissionais de saúde não percebem os sinais e sintomas característicos de violência doméstica e/ou conjugal; mesmo quando são identificados, não são contemplados nos relatórios clínicos, ou seja, são ignorados como uma questão de saúde (TUESTA, 1997; DESLANDES, 1999; DINIZ et al., 2001).

Assim, nem os profissionais de saúde, nem as próprias mulheres estão conscientes de que os serviços de saúde devam ser um espaço também para a criação de diálogo, que rompa com os limites impostos pela investigação de aspectos puramente ligados às doenças. Logo, o silêncio que se instala nos serviços de saúde é o mesmo do espaço privado, o que naturaliza a situação da violência vivida pela mulher, tornando tal vivência solitária (DINIZ et al., 1999).

O setor saúde tem um papel importante na identificação e no registro das informações sobre os fatos violentos. No entanto percebe-se que existe pouca atenção para estabelecer relação entre a identificação das lesões físicas, pelas quais as mulheres se consultam, e o contexto no qual foram produzidas, o que explica, em parte, os sub-registros desses casos.

É importante salientar que, por essa ótica, a preocupação não é apenas quantificar a violência doméstica na relação conjugal, mas estabelecer, entre os profissionais de saúde e as mulheres por eles assistidas, uma relação que possibilite a identificação e o acolhimento desses casos, para favorecê-las a buscar ajuda junto às instituições (delegacias, casas de apoio), visto que os serviços de saúde, por si só, não dão conta da complexidade do fenômeno da violência. Dessa forma, movimentos e estratégias na busca de um atendimento organizado em rede têm aumentado consideravelmente tanto no âmbito nacional quanto no internacional.

O setor de emergência constitui-se, portanto, em um dos locais mais procurados pelas mulheres após um episódio de violência conjugal, principalmente na forma de expressão física. O atendimento nesses serviços, no entanto, limita-se ao cuidado imediato das lesões, o que é

fundamental e deve ser de boa qualidade, porém o atendimento a essa mulher deve ser entendido como aquele que se inicia numa instituição, mas, para que tenha êxito, deve ser articulado com outros serviços que, atualmente, constituem as redes de atendimento à mulher em situação de violência. Desta forma, torna-se evidente a necessidade de encaminhamentos para as casas abrigo, delegacias especiais de atendimento à mulher e, pelo menos, o atendimento por um psicólogo ou psiquiatra, antes da alta do próprio serviço de emergência.

Segundo Deslandes (1999, p. 83): “[...] nesse tipo de serviço, a prevenção, além de possível, constitui um dos momentos mais propícios, traduzindo-se numa oportunidade única.” Esses aspectos demonstram o importante papel das emergências hospitalares para a prevenção de novos episódios de violência e o agravamento de situações. Assim, para a realização do atendimento a mulheres em situação de violência, é fundamental uma equipe multiprofissional de trabalho, que ofereça auxílio em todos os aspectos: social, médico, jurídico e psicológico.

Outro fator que contribui para o não registro da violência e a não identificação, no interior dos serviços, pelos profissionais de saúde é sua formação acadêmica, que está centrada no modelo biomédico, cujas bases encontram-se nas ciências naturais, pautadas apenas na fisiopatologia, não considerando as questões subjetivas, nas quais, dificilmente, as verdadeiras causas do agravo são questionadas, contribuindo, assim, para seu ocultamento e repetição.

A partir do exposto, entende-se que a escuta cuidadosa se dá numa relação do “ouvir”, a qual será possível mediante um diálogo verdadeiro, em que o cliente não seja o objeto da fala do cuidador mas o destinatário (bem como o emissor).

É importante ressaltar que, embora sejam poucos os serviços de saúde que vêm implantando e desenvolvendo ações que envolvam o atendimento à mulher em situação de violência doméstica, a criação destes exige uma formação profissional que dê conta das relações de gênero, raça/etnia e poder, para que os profissionais não se tornem coniventes e omissos

com a violência. Estes espaços devem privilegiar o acolhimento e as intervenções, possibilitar um breve diagnóstico da situação de violência e propor um atendimento mais humano e integral às mulheres, ajudando-as a romper o cerco da violência.

Nessa perspectiva, este artigo teve como objeto as representações sociais de profissionais de saúde acerca da assistência à mulher em situação de violência conjugal. Seu objetivo é analisar as representações desses profissionais sobre a temática referida.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Como eixo teórico norteador deste estudo foi utilizada a Teoria das Representações Sociais, a qual tem se destacado nas últimas décadas por ter como foco a análise das idéias, imagens, concepções, juízos e valores dos atores sociais, tornando-se um referencial pertinente para investigações psicossociais. O uso desta teoria tem possibilitado aos profissionais de saúde vislumbrarem o complexo problema da violência conjugal enfrentada em seu cotidiano.

O lócus do estudo foi uma unidade de emergência de um hospital público da cidade de Salvador (BA). Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a observação participante e a entrevista semi-estruturada, que teve como perguntas norteadoras:

1. O que você entende por violência conjugal?
2. Em seu dia-a-dia na emergência, tem ocorrido casos de violência conjugal?
3. Como você identifica os casos de violência conjugal?
4. Como você assiste os casos de violência conjugal?
5. Você se sente preparado(a) para prestar assistência à mulher em situação de violência conjugal?

Os critérios para seleção dos sujeitos foram: pertencer ao grupo de profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiras e assistentes sociais) e a grupo de profissionais de saúde de nível médio (auxiliares de enfermagem), ambos

exercendo suas funções na Unidade de Emergência por um tempo mínimo de um ano; ter prestado assistência a mulheres em situação de violência conjugal nessa unidade; ter disponibilidade de tempo e aceitar participar da entrevista.

Atendendo aos preceitos éticos e aspectos legais para pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos investigados foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, sendo respeitada a livre opção de participar, bem como seu anonimato. Assim sendo, entrevistou-se 16 profissionais que atendiam aos critérios estabelecidos, os quais foram divididos em dois grupos: profissionais de saúde de nível superior (4 médicos, 3 enfermeiras e 3 assistentes sociais) denominados de Grupo A; e profissionais de saúde de nível médio (6 auxiliares de enfermagem) nomeados de Grupo B. A análise dos dados foi feita mediante a análise temática de Bardin (1979).

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Observando e escutando os profissionais de saúde

Os resultados das entrevistas foram descritos de forma a contemplar três categorias no tema representação da assistência prestada à mulher em situação de violência conjugal: cuidado às lesões físicas; mais um atendimento; e problema para o outro cuidar.

A análise dos discursos deixou claro que a assistência prestada à mulher em situação de violência conjugal é representada pelo cuidar da lesão, compreendendo a noção de que corpo e mente são entidades distintas. Assim, a assistência a esses casos pauta-se na impessoalidade, com as intervenções realizadas a nível de lesão e trauma. Dessa forma, os serviços de saúde estão organizados para tratar apenas das lesões físicas. É o que denotam as falas apresentadas a seguir:

“O hospital é para a patologia, para cuidar das lesões, e a delegacia é para toda a parte jurídica.” (Ent.07- G-A[M]).

“Eu sinto que eu tenho de cumprir o meu papel como médico; tenho que atender bem o lado clínico, investigar a lesão, solicitar os exames necessários na busca de um diagnóstico correto.” (Ent. 07- G-A [M]).

“Eu faço toda a parte de enfermagem, atendo, cuido dos ferimentos, faço as medicações.” (Ent. 06- G-B [M]).

Conforme as falas dos sujeitos, os profissionais de saúde ancoram-se no modelo biomédico curativista da formação e no modelo de organização dos serviços de pronto-atendimento. Neste sentido, esses profissionais reproduzem a formação acadêmica, que lhes cobra apenas a realização de técnicas, predominando, assim, os aspectos do cuidar de lesões físicas. Na visão dessas pessoas, o setor de emergência é um espaço apenas para a identificação e tratamento das lesões, não sendo responsabilidade dos profissionais que nele trabalham “olhar” os aspectos da subjetividade que favoreçam a manifestação das causas da lesão como uma possibilidade de violência. Para eles, a violência diz respeito apenas a outros profissionais, como assistente social e psicólogo, e envolve aspectos jurídicos.

Como forma de identificar os casos de violência conjugal, a maioria dos depoentes apontou principalmente a suspeita de lesões físicas visíveis (hematoma em face), relatos contraditórios e expressão de medo por parte das mulheres, o que faz com que tanto elas quanto seus acompanhantes desejem que o atendimento seja rápido. Alguns profissionais se ancoram na idéia de que há uma cumplicidade entre a mulher e os acompanhantes em omitir o caso, referindo que foi uma “queda”, pois a mulher não quer expor o espaço privado e tem medo do agressor. Para os depoentes, esses fatos dificultam a confirmação de violência, como mostra a fala a seguir:

“Normalmente, a gente identifica porque são mulheres que chegam com escoriações e hematomas na face, olho edemaciado; e quando chegam lúcidas, nem sempre colocam o que realmente aconteceu. Geralmente, elas

dão desculpas, falam que caiu, os familiares na maioria das vezes tentam omitir o fato, contam histórias contraditórias, confusas, mas a gente, por experiência, vê que tem alguma coisa de errado, que o quadro não é de queda, observa também o comportamento dos acompanhantes e da vítima que, geralmente, se encontram bastante nervosos, querendo ser liberados logo, com medo de denúncias.” (Ent.14-G-A [F]).

Outros profissionais relataram que a suspeita leva-os a abordar as mulheres sobre essa questão, confirmando os casos de violência conjugal.

“Em alguns casos, existe a possibilidade de identificar. A gente às vezes joga verde para colher maduro. Por exemplo, chega uma paciente com hematoma no olho, informando que caiu da escada, aí eu digo, mas aí está os quatro dedos do murro que você tomou no rosto, aí ela diz como é que o senhor sabe, e eu falo, eu estou vendo os quatro dedos, elas acabam relatando que realmente foi agredida.” (Ent.7-G-A [M]).

A partir dos relatos é possível perceber que é tão marcante a representação do profissional de saúde relativa a violência conjugal como um problema do âmbito privado, que embora ele a identifique, não intervém. Ele traz ainda outras situações para justificar o atendimento, desempenhando seu trabalho apenas centrado no aspecto técnico, visto que a subjetividade não é enfocada. Logo, é estabelecida uma forma de relacionamento caracterizada pelo paradigma médico, no qual se firma a relação pessoa-objeto. Nesse paradigma, são distanciadas, cada vez mais, as possibilidades dos indivíduos tornarem-se sujeitos de suas ações.

Desta forma, a assistência é feita de forma similar aos demais casos, ou seja, não há uma aproximação que denote o acolhimento à mulher, nem lhe é dado um espaço para falar a respeito da violência e para ter outros encaminhamentos. O cuidado às lesões continua sendo o foco principal da assistência, ficando uma lacuna na assistência prestada. Para Waldow (1999), o fato de o indivíduo estar hospitalizado não lhe tira a característica humana de totalidade.

Por meio dos relatos, pode-se perceber que os profissionais de saúde, ancorados na idéia de que o setor de emergência constitui-se apenas em um espaço de cuidado imediato, referem que a violência conjugal é um problema como qualquer outro e, desta forma, representam a assistência prestada à mulher em situação de violência conjugal como mais um atendimento.

“Olha, acontecem vários casos, porém a gente percebe o seguinte: que os casos de violência conjugal terminam se diluindo entre outros, talvez por ser aqui um hospital de emergência, onde acabam chegando um grande número de pessoas vítimas da violência como um todo, que esses casos passam a ser mais um caso de violência.” (Ent.12- G-A [F]).

“Aqui na emergência, a rotatividade é muito grande, então nós temos que atender várias pacientes em um plantão, passamos a noite em claro. Então a gente não dispõe de muito tempo para tentar resolver o lado social da paciente. Não temos tempo para isso, às vezes são poucos médicos para muitos casos. Às vezes a gente tenta resolver o lado social de uma paciente, aí chega um paciente mais grave. O que é que a gente vai fazer?” (Ent.15-G-A [M]).

“[...] a gente já convive tanto com esses casos aqui no hospital, que acaba superando os ressentimentos a esse tipo de atendimento, afinal de contas, nós temos que atender, não é mesmo? Então passa a ser mais um atendimento.”(Ent.16- G-A [F]).

Embora a maioria dos profissionais tenha declarado que a violência conjugal é uma realidade com a qual se confrontam freqüentemente em sua prática cotidiana, tentar abordar essa problemática com as mulheres demandaria muito tempo, prejudicando os demais atendimentos a serem realizados, tornando-se tais condutas impraticáveis em uma unidade de emergência. Desta forma, os profissionais de saúde entendem que o relacionamento profissional de saúde/cliente limita-se à medicalização, perdendo de vista a

oportunidade de identificar e acolher as mulheres em situação de violência. Esse procedimento reforça a afirmação de Leopardi (1999), de que os serviços de saúde têm se configurado um centro medicalizador.

Observa-se também que os sujeitos ancoram-se na visão de que a violência conjugal é um problema do âmbito jurídico e social, não pertencendo ao setor saúde. Assim, representam a assistência à mulher em situação de violência conjugal como um problema para o outro cuidar, ou seja, a assistência parece pertencer apenas a outros grupos e instituições. Esse posicionamento evidencia um trabalho compartimentalizado, sem espaço de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais.

Essa compreensão do profissional de saúde, de que a violência à mulher não é um problema que diz respeito aos serviços de saúde, mas à esfera da segurança e da justiça, que deve ser reconhecida e enfrentada nas delegacias ou no sistema judiciário, impede sua atuação. É o que expressa a fala a seguir:

“[...] A gente registra apenas os sinais e sintomas que a paciente está apresentando e encaminha para o serviço social, para ela registrar esta outra parte, porque essa é a função da assistente social, não é a nossa.” (Ent.03- G-B [F]).

“A gente orienta a mulher a prestar queixa, encaminha para a delegacia da mulher, porque a delegacia da mulher é o órgão especializado para esse tipo de agressão. O hospital para a parte médica e a delegacia para a parte policial.” (Ent. 07 – G-A [M]).

Pode-se observar que os profissionais de saúde, em sua grande maioria, são formados para resolver problemas da patologia, visto que seu cotidiano está repleto de racionalidade científica, de posição objetiva e, deste modo, sem espaço para a subjetividade. Nesse sentido, Schraiber e D'Oliveira (1999) afirmam que, para esses profissionais, a violência conjugal é um problema que ultrapassa a esfera da competência da ação em saúde.

É inegável o aspecto positivo da boa qualidade das técnicas dos profissionais de saúde, entretanto é necessário que sejam incluídas nas relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e os clientes as dimensões do social, do cultural, do subjetivo, da intersubjetividade. É preciso que seja revista a permanência da relação na qual o saber se sobrepõe aos espaços da subjetividade, o conhecimento do cliente não seja valorizado e os serviços de saúde continuem atendendo apenas aos corpos dos indivíduos. Nesse sentido, como diz Leopardi (1999), é possível que essa relação tenha-se estabelecido pela tradição da ciência positivista, que considera aceitável apenas o que é comprovado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos mostram que as mulheres em situação de violência conjugal buscam os profissionais de saúde, em especial os que atuam nos serviços de emergência, antes de qualquer outro. Assim, o espaço hospitalar torna-se privilegiado para a identificação da violência conjugal expressada sob a forma física. No entanto este estudo revelou que os profissionais de saúde, apesar de perceberem a situação de violência, não acolhem a mulher violentada e se ancoram na idéia de que o que lhes compete é o tratamento da lesão, perpetuando, assim, o mesmo silêncio que se instala no espaço privado, naturalizando a situação de violência vivida pela mulher.

Tais representações impedem que os profissionais considerem a violência como uma questão ampla de saúde, visto que o atendimento volta-se apenas às questões patológicas, sem que seja contemplada a subjetividade. Essa situação, que é determinada pela formação profissional e pelas questões de gênero, torna o atendimento limitado às práticas dos profissionais de saúde, direcionando-as aos aspectos da patologia e das lesões físicas, sem que se estabeleça uma relação entre elas e a situação de violência conjugal. Conseqüentemente, a assistência fica restrita apenas aos aspectos objetivos, com a realização de procedimentos, tais como: curativos, sondagens, administração de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, dentre outros.

Os resultados aqui apresentados deixam claro que os profissionais de saúde identificam os casos de violência conjugal, embora não se perceba diferenciação no atendimento, uma vez que têm dificuldade em se relacionar com a temática no âmbito da subjetividade. A relação estabelecida configura-se como uma forma de violência institucional, ao colocarem em dúvida a palavra da mulher, nos momentos em que percebem a violência. Essa relação, portanto, não possibilita a prevenção e o rompimento do ciclo da violência, gerando uma assistência às mulheres desarticulada dos fatores sociais.

É importante ressaltar que a mulher em situação de violência conjugal, ao chegar a um Serviço de Emergência, já está muito humilhada e, provavelmente, não deseja se expor mais. Portanto, para a detecção do problema e assistência a essa mulher, o profissional de saúde necessita ter um olhar diferenciado. Ela deve ser acolhida com respeito e receber todas as orientações de maneira solidária, o que não deve ser entendido como uma mera prescrição ou encaminhamento, mas como uma parte indispensável da assistência, contribuindo para o rompimento do ciclo da violência.

Ao diagnosticar um caso de violência doméstica, é importante que o profissional de saúde leve a mulher a perceber a situação de violência em que vive. É necessário que seja tolerante e não imponha o que considera “a conduta certa”, pois, embora esta mulher esteja em condição de vulnerabilidade, cabe exclusivamente a ela decidir o que fazer. Cabe ao profissional acolhê-la e orientá-la quanto aos encaminhamentos internos – a notificação da queixa no posto policial, o serviço social e de apoio psicológico da instituição de saúde – e os encaminhamentos externos – delegacias especializadas de crimes contra a mulher, Instituto Médico Legal, casas de abrigos e outros centros de apoio à mulher em situação de violência.

Nesse contexto, para o atendimento global à mulher em situação de violência, é imprescindível o trabalho envolvendo redes e parcerias, o qual deve ser exercido de forma cuidadosa e responsável, uma vez que é preciso romper com a relação assimétrica entre o profissional de saúde e

a mulher. Para tanto, os profissionais precisam agir com sensibilidade e capacidade para detectar o problema, permitindo um atendimento acolhedor, cuidando e/ou encaminhando para outras instituições, uma vez que é preciso evitar que essas mulheres venham a sofrer mais um tipo de violência, que é a violência institucional, a qual poderá exacerbar a dor e o sofrimento a que foram expostas.

Desta forma, entende-se que este trabalho aponta para a urgência de se efetivar, na prática, a capacitação da equipe de saúde e dos profissionais de áreas afins, mediante projetos de intervenção, para detectar as repercussões da violência sobre a saúde da mulher, tendo em vista a abrangência e a complexidade do tema. Defende-se também que essa temática seja inserida e/ou reforçada nos currículos acadêmicos dos cursos de graduação e de pós-graduação da área de saúde, contemplando a dimensão da interdisciplinaridade, substituindo os paradigmas da racionalidade e preparando os futuros profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva.

Faz-se necessário também o envolvimento dos dirigentes dos serviços de saúde que atendem as mulheres em situação de violência conjugal, mediante a realização de treinamentos para a sensibilização e capacitação dos profissionais, desenvolvendo, assim, um trabalho intersetorial e interdisciplinar, visto que eles se apresentam como um grupo importante na realização de possíveis ações a serem desenvolvidas. Acredita-se que o acolhimento a tais propostas reduziria a reprodução de relações desiguais e violentas.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 223p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- DESLANDES, Suely Fernandes. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.81-94, 1999.
- DINIZ, Normelia Maria Freire et al. **Mulheres com lesões corporais por violência doméstica**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: ABEN, 2001. ICD-ROM.
- DINIZ, Normelia Maria Freire et al. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.106-112, mar./abr. 1999.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; Papa-livros, 1999.
- RUFINO, Alzira (Org.). **Violência contra a mulher: um novo olhar**. Modelos de Protocolos e capacitação sobre violência doméstica para os serviços de saúde e Anais Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência intra-familiar". Santos, SP: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2001. p. 100-117.
- SCHRAIBER, Lília B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interfaces - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p.11-27, 1999.
- TUESTA, Antonia de Jesus Ângulo. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de Saúde**. 1997. 143f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.
- UBM – União Brasileira de Mulheres. **A violência atinge a mulher do berço ao túmulo!** São Paulo, 2000.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.