

Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero

THE EVALUATIVE LIMITS AND POSSIBILITIES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY FOR GENDER-BASED VIOLENCE

LÍMITES Y POSIBILIDADES DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Rebeca Nunes Guedes¹, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca², Emiko Yoshikawa Egry³

RESUMO

O estudo objetiva compreender os limites e as possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que tange ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência de gênero. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde que opera sob a ESF em São Paulo (SP). Os dados foram coletados por meio de entrevistas com profissionais de saúde e com mulheres usuárias do serviço que vivenciaram situações de violência de gênero. Os resultados foram analisados segundo as categorias analíticas gênero, violência de gênero e necessidades em saúde. A medicalização foi constatada como a limitação mais significativa das práticas profissionais. Entretanto, foram constatadas possibilidades relacionadas ao vínculo propiciado pela lógica de atenção instaurada com a ESF, ainda que cerceadas pelas limitações do modelo biomédico e a ausência de tecnologias específicas para lidar com a violência.

DESCRIPTORIOS

Violência contra a mulher
Programa Saúde da Família
Necessidades e demandas de serviços de saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

The study aimed to understand the evaluative limits and possibilities of the Family Health Strategy (FHS) in acknowledging and confronting the health needs of women experiencing gender-based violence. This was a case study with a qualitative approach, conducted in a Basic Health Unit that operated under the FHS in São Paulo (SP). Data were collected through interviews with health professionals of the multidisciplinary teams, and women users of the service who experienced gender-based violence. The results were analyzed according to the analytical categories: gender, gender-based violence and health needs. Medicalization was seen as the most significant limitation of professional practice. Moreover, there were opportunities related to the bond afforded by the logic of attention brought by the FHS. Such possibilities, however, were still curtailed by the limitations of the biomedical model and the absence of specific technologies to deal with violence.

DESCRIPTORS

Violence against women
Family Health Program
Health services needs and demand
Public health nursing

RESUMEN

Se objetiva comprender límites y posibilidades de evaluación de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) respecto de detección y enfrentamiento de necesidades de salud de mujeres víctimas de violencia de género. Estudio de caso, de abordaje cualitativo, realizado en una Unidad Básica de Salud operando bajo la ESF en São Paulo-SP. Datos recolectados mediante entrevistas con profesionales de salud y con mujeres pacientes del servicio que experimentan situaciones de violencia de género. Los resultados fueron analizados según las categorías analíticas: género, violencia de género y necesidades en salud. Se constató que la medicalización fue la limitación más significativa de las prácticas profesionales. Sin embargo, se establecieron posibilidades relacionadas al vínculo facilitado por la lógica de atención instaurada con la ESF, aunque cercenadas por las limitaciones del modelo biomédico y la ausencia de tecnologías específicas para hacer frente a la violencia.

DESCRIPTORES

Violencia contra la mujer
Programa de Salud Familiar
Necesidades y demandas de servicios de salud
Enfermería en salud pública

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa Interunidades de Pós-Graduação em Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rebecanunesguedes@usp.br ² Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade CNPq – Nível 1D. São Paulo, SP, Brasil. rmgfon@usp.br ³ Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade CNPq – Nível 1A. São Paulo, SP, Brasil. emiyeegry@usp.br

INTRODUÇÃO

A violência em si consiste em um problema social, não específico da área da saúde. Afeta os envolvidos não só pelas mortes, lesões e traumas que causa, mas também pelo impacto que gera nas condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades. Isso requer a formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares. A violência configura atualmente, ao lado dos agravos crônicos e degenerativos, um novo perfil epidemiológico no quadro de saúde do Brasil. O fenômeno passa a demandar uma abordagem com a qual o sistema de saúde, historicamente, não está habituado a lidar, uma vez que requer ênfase nos determinantes sociais e na produção e reprodução dos modos de viver e adoecer⁽¹⁻²⁾.

A alta prevalência da violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde foi constatada tanto em estudos internacionais⁽³⁻⁵⁾ quanto em nacionais⁽⁶⁻⁸⁾. Pesquisadores da temática têm demonstrado que as mulheres que relatam a busca de assistência em algum serviço de saúde não são atendidas em rotinas de atenção por profissionais sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual⁽⁹⁻¹⁰⁾. Estudo de base populacional realizado em diversos países ressalta que cerca de 35% das queixas que levam as mulheres a buscar algum serviço de saúde estão relacionadas com algum tipo de violência⁽¹¹⁾.

Estudo realizado no Município de São Paulo, em dezenove serviços de atenção primária, nos quais foram ouvidas 3.193 mulheres, mostrou que a vivência de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo na vida foi de 45,3% das mulheres. A taxa da violência perpetrada por outros que não o parceiro foi de 25,7%.

No entanto, a violência ainda consiste em um fenômeno inviabilizado como demanda nos serviços. Estudo que investigou as práticas profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) voltadas para mulheres que vivenciam violência detectou que os profissionais reconhecem a importância de acolher as mulheres que trazem essa demanda, porém se sentem impotentes e temerosos diante das situações⁽¹¹⁾. Essa impotência é reiterada em diversos outros estudos com recorte semelhante quando se referem a atitudes e práticas profissionais relacionados à violência de gênero^(2,10-12). A desinformação e a falta de capacitação profissional específica também são evidenciadas como elementos que alimentam a invisibilidade da violência pelos serviços⁽¹¹⁾.

No Brasil, a ESF tem constituído a pedra angular para a viabilização do SUS, facilitando a aproximação entre os profissionais de saúde e clientela de áreas de abrangência definidas, descortinando, dessa forma, problemas que anteriormente permaneciam na desinformação dos serviços⁽¹²⁾. No coletivo, essa estratégia tem constituído o marco mais

fértil de implementação das práticas em saúde coletiva no Brasil, configurando o *locus* privilegiado para o reconhecimento de necessidades em saúde, constituindo também espaços que, articulados às demais instâncias da rede de atenção a saúde, buscam atender a essas necessidades⁽¹³⁾.

A violência de gênero, assim como as necessidades por ela determinadas são produzidas socialmente e têm relação direta com o processo histórico e econômico de formação da sociedade e do Estado, bem como com o processo saúde-doença. A compreensão do trabalho como práxis, momento de síntese da teoria e da prática, permite argumentar que gênero é uma categoria sociológica capaz de abranger a análise da investigação entre o que se anuncia no plano da política e o que se realiza no plano das práticas profissionais de saúde no sentido de atender as necessidades de saúde das mulheres em situação de violência, nos serviços públicos de saúde, especificamente na ESF.

Na perspectiva de uma prática generificada de atenção à saúde das mulheres, encontram-se as diversas possibilidades de investigação que o universo das mudanças na área de saúde e a perspectiva de gênero comportam. Neste estudo, destacam-se as mudanças que se operam nas práticas profissionais no âmbito da atenção às necessidades em saúde das mulheres no âmbito da ESF, em São Paulo. Assim, o estudo teve como objetivo compreender os limites e as possibilidades avaliativas no que tange ao reconhecimento e enfrentamento da violência de gênero no espaço de concretização das práticas da ESF.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde que opera sob a ESF em São Paulo (SP). Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade com 22 profissionais de saúde que compõem as equipes multiprofissionais e com 13 mulheres usuárias do serviço que vivenciaram situações de violência de gênero. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de discurso. Os resultados foram analisados a partir da perspectiva de análise do discurso⁽¹⁴⁾ e segundo as categorias analíticas gênero, violência de gênero e necessidades em saúde. Foi garantida voluntariedade na participação e anonimato dos sujeitos, de modo que o estudo atendeu aos requisitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (protocolo número 822/2009/CEP/EEUSP).

RESULTADOS

Neste estudo, a consulta médica e de enfermagem foram os espaços mais referidos de reconhecimento da

Pesquisadores da temática têm demonstrado que as mulheres que relatam a busca de assistência em algum serviço de saúde não são atendidas em rotinas de atenção por profissionais sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual.

violência, merecendo destaque a consulta pré-natal. As visitas domiciliares também apareceram com frequência nos relatos. Surgiram ainda espaços não especificamente voltados à saúde da mulher, como atendimento à criança, curativos, vacinas e triagem como *loci* de reconhecimento da violência de gênero. Ninguém apontou o uso de instrumentos específicos para a captação da violência, muito menos das necessidades trazidas pelas mulheres. O problema foi captado pela identificação por sinais, verbalização pela própria mulher ou por pessoa próxima.

Quando fui medir a altura uterina, percebi que o umbigo estava escurecido, como se estivesse queimado (E3).

Ela vem ao posto, já procura por mim e me conta. Às vezes, vem com o olho baixo, com a boca inchada (E10).

Nos depoimentos que seguem, as mulheres falam de suas experiências na busca de apoio em serviços que lidam a atenção à violência.

Têm quatro boletins de ocorrência, nunca tomaram providências. Eu saí de casa um dia com meus cinco filhos, porque ele tinha me expulsado. Fui bater na delegacia das mulheres e a delegada disse: *Ah mãe, você vai pra casa, se ele não deixar você entrar, você chama um policial, arromba a porta e entra* (M1).

O reconhecimento da violência como problema cujo enfrentamento não compete ao setor saúde se traduz, no âmbito das práticas, também no encaminhamento a profissionais especializados em saúde mental. A compreensão das necessidades sob a dicotomia biopsico ou biosocial é reiterada quando traduzida em práticas. Considerando que o modo com que um problema como delimita um objeto de trabalho é essencial para a intervenção, as práticas sob o recorte dicotomizado e biologicista identificado acabam por se traduzir numa desresponsabilização dos serviços com problemas cuja complexidade foge à lógica hegemônica.

A gente está tendo apoio do psicólogo pra trabalhar esse lado emocional dessa paciente. Agora, a parte de medicina, eu acredito que eu não vou conseguir ajudar no sentido de saber o diagnóstico, se ela tem dependência mental ou não (E 8).

A compreensão de necessidades de serviços de atenção específica em saúde mental foi significativamente mencionada pelos profissionais. Considerando que os serviços de saúde também instauram necessidades, essa compreensão é reconhecida na fala das mulheres quando se referem à busca de atenção e expectativas em relação aos serviços de saúde para o enfrentamento do problema.

Hoje, quando vim fazer o papa, eu ia ver até se tinha algum psicólogo ou assistente social. Se não tivesse eu ia até pagar uma consulta pra ver como que eu tinha que fazer. Queria uma pessoa especializada, que pudesse me ajudar orientando. Se tem que tomar um medicamento, ou agir dessa maneira, um psicólogo mesmo (M7).

Nos relatos dos profissionais, as práticas revelam a atenção biomédica voltada para atender necessidades de assistência a agravos de ordem física reconhecidos pelos serviços. Isso foi citado como atribuição específica dos serviços de saúde, reforçando a visão dicotomizada entre o biológico e o social e a compreensão de que apenas o primeiro é objeto de trabalho dos serviços de saúde.

A médica examinou, pediu exames pra ela. Ultrassom, pra ver se tinha afetado o bebê (E2).

A equipe só está atendendo a necessidade dela achando que ela é uma paciente psiquiátrica e tem pitís constantes. Não estão procurando investigar o que está desencadeando ela estar sempre aqui (E12).

A prática tradicional dominante nos serviços de saúde limita o campo de ação das práticas profissionais. Isso é reconhecido na fala que segue, na qual o profissional afirma que, em casos relacionados com violência, recorre a doses insignificantes de medicação como ferramenta disponível de intervenção, reconhecendo que ela constituiria uma simulação que objetiva fazer com que a usuária acredite estar sendo efetiva para enfrentar um processo de adoecimento que, de fato, não o é.

Sessenta por cento das vezes consigo uma melhora com doses insignificantes de remédio. Naquele momento, o remédio não tá fazendo aquele efeito que se o paciente estivesse, de fato, doente responderia. E as pacientes melhoram, porque se sentem um pouco mais calmas, ou porque se sentem acolhidas e acabam criando um certo vínculo (E20).

Os depoimentos também revelaram a impotência sentida pelos profissionais na abordagem de problemas complexos como a violência de gênero.

Muitas vezes durante uma consulta eu não consigo perceber um resultado e uma resposta do meu próprio atendimento. É uma sensação de *opa!* precisaria de outras medidas pra se ter um resultado, ou para que aquela pessoa tivesse uma vida um pouco mais digna de outros fatores, educacionais... Enfim, não é uma questão que a gente consegue tratar de forma técnica com uma medicação, com uma terapia (E20).

Os relatos das mulheres usuárias do serviço também reproduziram o não reconhecimento da violência como competência dos serviços de saúde. Essa reprodução acaba por se traduzir na inviabilização da violência e não verbalização pelas mulheres, que reiteram a atenção que recebem e compreendem apenas os problemas físicos como campo de atuação da saúde.

Eu venho aqui pra me cuidar, papanicolau, pré-natal, tratar da epilepsia. Nunca falei disso. Nem com o psicólogo eu passei (M10).

O depoimento a seguir traz a dicotomia psicossocial claramente ilustrada na fala de um profissional de saúde que reconhece a violência, porém limita o campo de

ações a problemas que se enquadram em intervenções pertinentes a esse recorte.

Naquele momento, grávida, ela precisava de um apoio psicológico, e foi o que eu tentei dar; fiquei uns 40 minutos conversando com ela. Ela também estava com um pouco de náusea e aí a gente passou uma medicação pra ela e conversamos muito tempo. Então acho que era essa a necessidade, tinha uma fisiológica e uma psicológica (E13).

As intervenções voltadas à família também aparecem nos resultados com fortes marcas da construção de gênero orientando as ações e discursos profissionais, a exemplo dos depoimentos que seguem, nos quais são ressaltadas a fragilidade feminina e a gravidez como pontos centrais do agir profissional no sentido de promover a não violência.

Falei pra ele que a gestante precisa de muito cuidado, carinho (...) expliquei tudo isso pra ele pra ver se pelo menos nessa gravidez ele dava uma trégua pra ela. Falei pra ele ser um bom pai, fazer carinho, beijar a barriga. E ele disse que ia ter muito cuidado (E13).

Constatamos que ao saber instrumental mobilizado no cotidiano do trabalho na ESF estão agregadas fortes marcas da lógica androcêntrica hegemônica, reiteradora da subalternidade feminina e resultante da construção identitária de gênero de homens e mulheres profissionais de saúde. Esses aspectos podem ser ilustrados pelos depoimentos a seguir, um de uma profissional e o outro de uma usuária.

Foi muito bom eu ter conversado com os dois; a gente não pode ficar acusando só o homem, ela também tem culpa no cartório, pois qual o homem que quer chegar e ver a mulher bêbada em cima da cama? (...) Falei pra ela que o homem não sai batendo à toa numa mulher (E13).

A única coisa que a doutora falou foi isso, que eu tivesse paciência e que eu não posso bater de frente com ele. Porque ia ser pior pra mim, por causa do meu bebê, só isso (M11).

O depoimento a seguir revela a unidade de saúde como um dos poucos espaços reconhecidos como possibilidade de distanciamento do sofrimento cotidiano vivenciado no lar.

Esse posto já me ajuda porque eu já ri tanto hoje que eu nem aguento. Porque a partir da hora que eu saio de casa pra mim eu sou tão feliz! E só saio de casa pra vir no posto ou pegar leite pro menino (M5).

Conduitas prescritivas permeando a relação entre profissionais e usuárias no momento da consulta também foram constatadas como limitação que permeia a atenção à saúde.

Eu aconselhei bastante. Só através da denúncia que ela pode colocar uma barreira pra que ele não a agrida mais (E12).

As usuárias e os profissionais apontam para respostas relacionadas a transformações mais qualitativas quando se

remetem à prática grupal. Ainda que a escuta estabelecida na consulta individual tenha sido constatada como uma possibilidade do serviço, o atendimento grupal foi revelado como espaço que, além do estabelecimento de vínculo e escuta, possibilita maior autonomia das mulheres.

As pessoas têm saído satisfeitas (...) Porque a gente conversa, a gente troca experiência, mas, pelo relato, eu tenho percebido que elas têm conseguido resolver coisas fora dali (E21).

As respostas alcançadas às necessidades reconhecidas pelas mulheres usuárias do serviço também foram reveladas como possibilidade da prática grupal. A escuta e as relações estabelecidas com profissionais e com outros usuários no grupo se revelam como possibilidade de fortalecimento.

Uma coisa que tenho guardada dentro de mim e conto pras pessoas, me alivia. O grupo tem conversado comigo, me orientado. Tô recuperando a vontade de viver (M2).

DISCUSSÃO

Mulheres e violência: o visível e o invisível no cotidiano do trabalho em saúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as mulheres podem experimentar a violência por muitos anos sem buscar ajuda. No entanto, isso determina vários problemas que acabam colocando essas mulheres em contato com os serviços de saúde⁽⁴⁾.

Neste estudo, os resultados revelaram a diversidade de espaços nos quais a violência é captada, de modo que se pode afirmar que, nos serviços de saúde, os espaços de reconhecimento da violência se traduzem nos espaços frequentados pelas mulheres na busca de respostas às necessidades de saúde, traduzidas em uma demanda de cuidados, sejam para elas mesmas, sejam para os filhos ou familiares.

As mulheres frequentam mais os serviços de saúde, principalmente aqueles destinados à prevenção e promoção da saúde, seja pelo seu posicionamento cultural como cuidadora, seja pela responsabilização com os cuidados de outras pessoas. Essa função está intrinsecamente relacionada à maior frequência com que as mulheres buscam os serviços de saúde, quando comparadas aos homens, cujo perfil de masculinidade contradiz o envolvimento com o cuidar. Neste estudo, os espaços de busca de cuidados pelas mulheres constituíram também espaços de captação da violência que vem implícita entre as demandas que trazem, visto que cuidado e violência de gênero são construtos carregados e vivenciados, historicamente, muito mais pelas mulheres.

Embora conheça a obrigatoriedade da notificação da violência⁽¹⁵⁾, o serviço não a notifica nem a registra, revelando um forte determinante da invisibilidade da violência

como problema de saúde no cenário. Conforme alguns depoimentos, a possibilidade de reconhecimento da violência, seu acolhimento e a resposta dos serviços de saúde requer abordagem específica, seja pelo fortalecimento de canais de comunicação que potencializem a emergência do tema, seja pela criação e utilização de instrumentos que possibilitem a qualificação da escuta e tradução das demandas que chegam ao serviço.

Constatou-se que a violência constitui um problema que raramente aparece como uma demanda imediata ao serviço, sendo expressiva como demanda implícita. Entretanto, a ESF apresenta-se neste estudo como um terreno fértil em possibilidades de ampliação do recorte de seu objeto de trabalho no sentido de reconhecer a violência como problema cuja prevenção e enfrentamento são inerentes ao setor, uma vez que esta é uma realidade na vida das usuárias e que tem intrínseca relação com seu processo saúde-doença-foco de todo agir em saúde.

A violência de gênero e as práticas da ESF: identificando limites, vislumbrando potencialidades.

Ao relatarem situações de violência contra mulheres por eles atendidas, os profissionais falaram sobre as práticas operacionalizadas no sentido de atender as necessidades reconhecidas, revelando limites e possibilidades de enfrentamento. Uma vez que os profissionais reconhecem a violência como problema psicológico ou social, suas práticas acabam também por se traduzir em encaminhamentos para outros serviços desses setores, a quem, supostamente, caberia a atenção ao problema. A articulação com outros serviços é feita mediante iniciativas pontuais e pessoais, não estando estabelecida uma rede articulada e referenciada para a atenção a esses casos. A desarticulação entre os serviços é também uma lacuna a ser superada, de modo que podemos falar mais na existência de um arsenal de serviços isolados e não de uma rede de fato.

A atenção integral às mulheres não se esgota nos serviços de saúde, demandando o uso efetivo de uma ampla rede intersetorial⁽¹⁶⁾. O simples conhecimento dos recursos de enfrentamento disponíveis é potente para transformar a visão que as mulheres têm a respeito da violência, retirando-as do isolamento e demonstrando quanto o problema é coletivo. Isso se traduz em potência para superar a compreensão que toma a violência como um fenômeno privado e estigmatizante, localizando-a no cenário político e social dos direitos humanos⁽²⁾.

Tendo em vista a circularidade entre processo de trabalho instaurado e necessidades em saúde, os processos de trabalho instaurados na ESF têm reconhecido necessidades como necessidades por serviços de saúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, sob um significado que compreende necessidades de atenção aos aspectos físico, social e psicológico isoladamente.

Foi constatado que a incorporação da violência à área de saúde não se dá sem lacunas. Da mesma forma que a linguagem judicial e dos demais setores que lidam com o

problema não expressa toda a complexidade da violência de gênero, também a perspectiva biomédica não o consegue. Os relatos apontam que o reconhecimento da violência como problema de saúde acaba por se traduzir em intervenções sobre as alterações físicas relacionadas, de modo que a violência em si é desqualificada como problema, quando não passível de classificação no cardápio de necessidades oferecido pelos serviços que operam sob a racionalidade biomédica em que a doença constitui o objeto das ações.

A cultura institucional do modelo tradicional e ainda hegemônico centra-se no modelo queixa-conduta e caracteriza-se por um processo de trabalho pautado por uma racionalidade linear e mecanicista, recorrendo exclusivamente ao saber biológico e a intervenções técnicas e medicalizantes. Essa forma de atendimento é fruto de um processo histórico que tem suas raízes no conjunto de dicotomias que atravessa a organização dos serviços de saúde e que vem sendo sustentado pela lógica de mercado, ficando as necessidades em saúde em um plano secundário. Essas colocações do autor não remetem à negação da importância do saber técnico e biomédico, mas ressaltam a necessidade de não se tomar essa questão como única, e sim buscar, a partir de um problema, como desencadear um agir que possa satisfazer às necessidades do usuário na sua singularidade, estabelecendo relações com o emocional, o cultural e o social e canalizando para uma perspectiva coletiva⁽¹⁹⁾.

É importante considerar que a violência é uma situação que extrapola em muito a esfera do setor saúde. Trata-se de uma situação de vida, com toda a complexidade que isso implica. Entretanto, a lógica que permeia as práticas em saúde, historicamente, é pautada por resultados em curto prazo, intervenções padronizadas, o que pode ser extremamente contraditório, com potencial para se traduzir em uma outra violência, já que pode desrespeitar a trajetória da mulher e acaba por frustrar os profissionais que se sentem impotentes e pouco resolutivos⁽²⁰⁾.

Uma ação resolutive não deve prescindir, necessariamente, de uma conduta clínica, mas, para além disso, coloca a possibilidade de usar toda tecnologia leve e leve-dura que se dispõe para enfrentar ou prevenir os determinantes dos problemas, buscando também medidas que promovam a saúde. Assim, ações baseadas na clínica, por si só, não são suficientes para possibilitar as respostas necessárias às várias dimensões dos problemas e as necessidades em saúde das mulheres. O fortalecimento da intersectorialidade e das ações coletivas, assim como o enfoque sob a perspectiva de gênero para o reconhecimento das necessidades que as mulheres portam são fundamentais para a superação da impotência referida pelos profissionais de saúde em lidar com situações que envolvem violência.

No âmbito da ESF, por um lado, as mulheres não falam e, por outro, os profissionais não perguntam sobre violência. A lógica medicalizadora limita o desenvolvimento de ferramentas que potencializem a captação da

violência e das necessidades, o que faz com que também as mulheres desconheciam os serviços de saúde como possibilidade de apoio.

Além disso, a determinação de gênero é um atributo social que recobre o biológico em seus significados historicamente construídos. Desse processo, decorrem tanto processos de desgaste e fortalecimento diferenciado para homens e mulheres, necessidades diferenciadas, como reconhecimentos diversos de suas necessidades em saúde pelos serviços. No processo de medicalização das necessidades, essa determinação, assim como as desigualdades que dela decorrem são dimensões ausentes dos serviços de saúde e ausentes das demandas valorizadas pelos usuários.

Os depoimentos mostram que as práticas traduzem a predominância do saber biomédico, sob a perspectiva da abordagem multifatorial da saúde, como instrumento de trabalho mobilizado no reconhecimento e respostas às necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência. Além desse recorte, as práticas também se centram na dimensão singular, não ultrapassando as barreiras do individual. Alguns depoimentos apontam para uma ampliação desse recorte para a família, ainda na dimensão singular, pois não há referência a relações com a inserção nem com a estrutura social.

O enfoque deslocado do indivíduo para a família constitui um achado significativo tanto no reconhecimento de necessidades quanto nas práticas. Esse aspecto aponta convergências com o discurso do Ministério da Saúde que fundamenta e define a proposta da ESF tendo como foco a família, valorizando o vínculo como seu ponto central e apresentando-se, neste estudo, também como possibilidade.

No entanto, esse enfoque, aqui, revela-se limitado ao núcleo familiar, em sua dimensão singular, não considerando o que a proposta pressupõe em relação à ampliação das ações e critérios no sentido de maior significação social.

A subalternidade e vitimização das usuárias pode ter sido potencializada pela identificação de gênero das profissionais mulheres. Estudos apontam que profissionais de saúde trazem para o campo de práticas fortes marcas da construção da identidade de gênero⁽¹⁰⁻¹²⁾. Essas marcas, quando construídas sob um referencial androcêntrico, reiteram e naturalizam a opressão, sendo contraproduativas ao trabalho como instrumento de emancipação social das mulheres.

Assim, muitas vezes, os serviços reproduzem a violência, ou porque naturalizam, ou porque vitimizam as mulheres que buscam seus cuidados. Assim, quando não cristalizadas na posição de vítima, porque frágeis e inferiores, as mulheres são compreendidas como provocadoras da violência por não obedecerem comportamentos impostos socialmente, como fidelidade, passividade e submissão.

Os resultados referentes às práticas profissionais também revelaram potencialidades. A ESF possibilita a criação de vínculos entre equipes de saúde e comunidade. Neste

estudo, isso se traduziu no estabelecimento de relações de vínculo e confiança entre profissionais e usuárias, possibilitando o acesso ao serviço de saúde. As práticas reveladas pelos profissionais para atender essa necessidade relacionada ao vínculo e à escuta foram desenvolvidas tanto no atendimento individual, pelo diálogo entre profissional de saúde e usuária, como no atendimento grupal, que também possibilita compartilhar experiências e o diálogo das usuárias entre si.

Estudo sobre práticas psicoterapêuticas em grupos voltados a mulheres que vivenciam violência revelou que, especialmente na ESF, esses espaços têm constituído uma possibilidade de oferecer atendimento a um número maior de usuários, além da promoção de uma coletivização das práticas e das angústias e problemas vivenciados pelos indivíduos, possibilitando a busca de soluções muito mais coletivas do que individuais, contribuindo para que as experiências de violência possam ter significados e sentidos na vida das pessoas que deles participam, proporcionando possíveis mudanças, enfrentamentos e transformações qualitativas⁽²¹⁾.

Estudos no campo da saúde Coletiva⁽¹⁹⁻²²⁾ têm trazido importantes considerações sobre o tema da comunicação e escuta dos usuários e profissionais de saúde. Neste estudo, esses temas se relacionam às necessidades em saúde que convergem na compreensão de profissionais e usuárias entrevistadas. Os depoimentos referem-se às respostas relacionadas às referidas práticas que envolvem a escuta, nas quais há potencialidade da relação de confiança e o vínculo entre profissional e usuário. Mas é necessário focar essa potencialidade para intervir no enfrentamento da violência e das necessidades que ela produz. O vínculo, por si só, produz respostas momentâneas e não a transformação qualitativa na vida das mulheres.

Compreende-se que os profissionais revelam potencialidades da escuta e do vínculo de confiança estabelecido com as usuárias no trabalho em saúde. No entanto, entre essas potências reveladas e o efetivo agir para o acolhimento e enfrentamento do problema com efetivas respostas às suas necessidades, há uma grande lacuna.

Para algumas usuárias, a simples possibilidade de frequentar o serviço remete à felicidade, reconhecendo esse aspecto como contribuição do serviço para o enfrentamento do problema. Evidencia-se aqui a importância do lugar que os serviços de saúde representam para muitas mulheres que vivenciam violência e que constitui o único canal de comunicação presente em sua realidade, sendo, para ela, a única possibilidade de enfrentamento que se apresenta. Como não esperar algo desse serviço?

É necessário cuidado para que a escuta não se traduza na tutela e na culpabilização dos sujeitos, evitando que o processo de escuta seja pautado por um discurso competente, detentor de um suposto saber, técnico e neutro, que porta a verdade sobre os indivíduos e suas necessidades. A compreensão de que cabe ao profissional conscien-

tizar ou sensibilizar os usuários acerca de suas próprias vidas tem se constituído sob uma lógica vertical, na qual se fala *sobre* o sujeito, quando se deveria falar *com* o sujeito, por meio de uma escuta sensível e problematizadora de suas necessidades e projetos de vida⁽²²⁾.

Apesar das potencialidades que se revelam, as limitações de recorte biologicista e clínico são realidades que se destacam nos achados deste estudo. As usuárias entrevistadas apontam em seus depoimentos limitações reconhecidas. Tendo em vista que a violência, assim como a saúde são questões sociais pluridimensionais⁽¹⁾, considera-se que problemas complexos exigem soluções multifacetadas. Trata-se de enfrentar o desafio de inserir a violência de gênero nos marcos de uma interdisciplinaridade conceitual e tecnológica, tomando como referência a integralidade em saúde no sentido de instaurar processos de trabalho que constituam um agir comprometido com os direitos humanos e das mulheres e a equidade de gênero⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A partir da análise aqui apresentada, compreende-se a medicalização como a limitação mais significativa identificada nas práticas profissionais voltadas para mulheres que vivenciam violência. Por outro lado, constata-se também possibilidades relacionadas ao vínculo propiciado pela lógica de atenção instaurada com a ESF, porém, ainda cerceadas pelas limitações do modelo biomédico, da ausência de tecnologias de reconhecimento e enfrentamento, assim como das lacunas relacionadas à atenção intersetorial.

No sentido de contribuir para repensar o modo de cuidar das mulheres, é importante que os profissionais produzam novas categorias e apropriem-se das já existentes nas

diversas áreas do conhecimento, sobretudo nas ciências sociais, para que o princípio da integralidade da assistência à saúde do SUS possa ser um produto a ser alcançado também pelas mulheres que vivenciam violência. Isso significa pensar o cuidado em saúde, não apenas como aplicação de um saber instrumental ou técnico especializado da razão tecnológica instrumental hegemônica, que não permite uma compreensão do fenômeno, mas como uma explicação limitada do processo de viver, adoecer e morrer.

O trabalho que qualifica a atenção à saúde das mulheres em situação de violência deve superar o modelo biomédico de atenção, limitado ao processo de reprodução biológica, que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher, mantendo-se fiel à concepção positivista de ciência. A superação desse modelo implica rever a prática profissional, posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres, o saber crítico sobre as necessidades em saúde, como consequência da situação de opressão que a abordagem de gênero encerra, constitui um de seus elementos, um dos instrumentos que deve orientar todo o trabalho das práticas profissionais nessa área.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva, por sua interface com o social e sua base interdisciplinar, constitui o campo da área da saúde que mais se aplica ao problema da violência, cabendo a ela o desafio da construção de conhecimentos produtores de tecnologias para a prevenção e o enfrentamento da violência de gênero. Acreditamos que este estudo contribui para elencar o conhecimento nessa área, relacionando o campo das necessidades em saúde à perspectiva de gênero, que não se encerra no conhecimento puramente acadêmico, mas trata-se de uma perspectiva ética e política pela sua importância praxiológica, que pressupõe conhecer para transformar e compreender a saúde das mulheres a partir de uma perspectiva emancipadora.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
2. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada HDJ. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50.
3. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995;123(10):737-46.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Violencia y salud: resolución n. XIX. Washington; 1994.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington; 2002.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):470-7.
7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):359-67.
8. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Publica*. 2000;16(1):129-37.
9. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):417-25.

10. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Health family professionals' practices toward women in sexual violence situations. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):605-12.
11. Andrade CJM. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
12. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(6):974-80.
13. Egry EY. Apresentação. In: Egry EY, organizadora. As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 9-10.
14. Fiorin JL. Introdução ao pensamento de Bakhtin. São Paulo: Ática; 2006.
15. Brasil. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2011 dez. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm
16. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
17. Colombini M, Mayhew S, Watts C. Health-sector responses to intimate partner violence in low and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bull World Health Organ*. 2008;86(8):635-42.
18. Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. São Paulo: Manole; 2009. p. 142-67.
19. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-14.
20. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1019-27.
21. Jorge MAS. Produção de sintomas como silenciamento da violência [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
22. Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC; 2007. p. 199-212.