

A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: DEMANDAS ESPONTÂNEAS E BUSCA ATIVA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

*Lilia B. Schraiber**
*Ana Flávia P. L. d'Oliveira**
*Ivan França Junior***
*Silvia S. Strake**
*Elaine A. de Oliveira**

RESUMO: Acolher demandas e assistir mulheres que sofrem violência é parte dos direitos em saúde, embora a assistência não esteja estruturada e ocorra pouca detecção de casos. Buscou-se um diagnóstico de situação em serviços, avaliando-se a emergência de demandas referidas à violência por parte das usuárias de uma unidade básica da rede pública, contrastando-se a demanda espontânea com a busca ativa de casos. Realizou-se um primeiro estudo por técnicas de observação participante, seguida de estudo de prontuário, com 142 mulheres sendo acompanhadas; num segundo estudo, em uma amostra de 322 usuárias, aplicou-se entrevista. Em atividades grupais observou-se relatos espontâneos e nos prontuários médicos registros de demandas espontâneas; o mesmo não ocorreu em consultas individuais. A entrevista detectou uma prevalência de casos muito maior. Então, a possibilidade de detecção de casos, seu acolhimento e algumas respostas do serviço, requer especificidade de abordagem e cuidados próprios para que a violência contra mulheres possa emergir como parte da demanda usual na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da mulher, direitos em saúde, violência, demanda espontânea, busca ativa

* Depto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455 - 2º andar
CEP 01246-903 São Paulo/SP. e-mail: liliabli@usp.br.

** Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo,
715 CEP 01246-904 São Paulo/SP.

Há uma alta prevalência de violência contra mulheres e de conseqüências para a saúde, conforme a literatura. Heise (1994) aponta índices que variam de 25 a 30% de mulheres acima de 15 anos que na vida adulta experimentaram pelo menos 1 episódio de violência física, em países como os Estados Unidos ou Canadá, até índices de 75%, como na Índia. Também conforme a literatura tal violência mostra-se sobretudo como evento das relações de gênero (GIFFIN, 1994; SAFFIOTI & ALMEIDA, 1995) e são em grande parte violências do tipo doméstico (STARK & FILICRAFT, 1991).

Acolher demandas e propiciar assistência é parte dos direitos em saúde, embora os serviços não estejam voltados para tal e ocorra pouca detecção de casos. Esta insuficiência decorre, conforme literatura já mais rara, de um lado, por razões do serviço, tal como a dificuldade dos profissionais de saúde e, em particular, dos médicos de diagnosticarem esse tipo de problema e, quando expresso como demanda, de lidarem com as necessidades das mulheres (SUGG & INUI, 1992). De outro lado, já mais estudado, mas não menos complexa como problemática, está a dificuldade das próprias mulheres de relatarem o problema, expressarem demandas a respeito e lidarem com as soluções encaminhadas, em especial no plano das denúncias às Delegacias de Defesa da Mulher (BRANDÃO, 1996), que são a primeira forma institucionalizada de acolher e lidar com a violência contra as mulheres, no Brasil.

Nesse sentido, trabalhamos, aqui, com a premissa da invisibilidade dessa violência, em especial na saúde, e com a importância que adquire melhorar essa apreensão na produção dos cuidados, tendo em vista a vantajosa posição da saúde para lidar com o problema, não de modo exclusivo mas em integração intersetorial (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 1998; SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999). Tal vantagem advém da excelente porta de entrada assistencial que a saúde já representa para as mulheres, mesmo sem aperceber-se, tanto quanto dos objetivos que este setor social se propõe, sobretudo na assistência primária à saúde, ao pretender a promoção da saúde e a prevenção de agravos, buscando melhor qualidade de vida para indivíduos e populações.

Em realidade, o problema da violência de gênero vem adquirindo progressiva atenção nos últimos 20 anos, tendo se tornado uma questão importante tanto do ponto de vista de sua magnitude como do impacto social dela decorrente. Dados de países latino-americanos chegam a constatar mais de 50% das mulheres relatando ao menos um episódio de violência física ou sexual pelo parceiro durante a vida (HEISE, 1994; SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995). No Brasil, temos basicamente estudos dos casos denunciados nas Delegacias de Defesa da Mulher, que também têm um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor em aproximadamente 70% das denúncias (GOLDEMBERG, 1989).

O abuso sexual infantil, que também pode ser definido em grande parte das vezes como violência doméstica, já que é perpetrado na sua maioria por parentes próximas à criança, é também bastante comum e tem uma maior incidência sobre as meninas.

Mais recentemente, a partir do final dos anos 80, esta forma de violência vem sendo caracterizada também como uma questão com diversas repercussões em termos de condições de saúde para as mulheres, estando associada a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral, incluindo tentativas de suicídio. (MCCAULEY, 1995). Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem demonstrado estar associada a maiores taxas de dores pélvicas crônicas, DST/AIDS e doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada e aborto (HEISE, 1994) inviabilizando opções contraceptivas para uma parte das mulheres. Durante a gestação, a violência doméstica é mais provável, ocasionando diversos danos à saúde da mulher e da criança (MCFARLANE, 1992).

Os estudos apontam também que esta situação costuma ser crônica e que estas mulheres fazem um uso mais intenso dos serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, delineando-se assim uma clientela expressiva. Apesar disto, a violência nas relações de gênero não é contabilizada nos diagnósticos realizados, não aparecendo como tal nos registros médicos. Não obstante, algumas pesquisas encontram uma maior prescrição de analgésicos e tranquilizantes, e mais encaminhamentos para serviços de saúde mental para mulheres que vivem em situação de violência, ainda que não se registre o diagnóstico. Como a raiz do problema não é tematizada, estas condutas podem acabar por atrapalhar mais do que ajudar, já que estas mulheres estão em maior risco de suicídio e estes encaminhamentos e medicações aparecem como indicação de que o problema é fundamentalmente delas e de sua forma de comportamento e relacionamento, e não também do agressor.

Baseando-se nestes dados, organizações profissionais e organismos internacionais, como a OMS vêm realizando esforços no sentido dos serviços de saúde tornarem-se mais atentos e conscientes da violência doméstica por detrás de demandas nem sempre imediatamente caracterizadas como tal. Isto só será possível se os profissionais de saúde estiverem alertas e investigarem ativamente o problema, tentando buscar soluções e encaminhamentos possíveis dentro (psicologia, serviço social) e fora (medidas jurídicas e policiais) dos serviços de saúde. A saída das situações de violência não é fácil e exige composições diversas de alternativas de cuidado, trabalho em equipe e respeito pela mulher e suas decisões. Só assim poderemos fazer frente a esta importante questão de saúde e prestar uma assistência apropriada a esta população, evitando rótulos pejorativos, como de

histórica ou políquetosa, retornos repetidos e inúteis aos serviços de saúde e condutas potencialmente iatrogênicas.

Em nosso estudo buscamos compreender melhor a situação referente a capacidade que apresentam os serviços para acolher e responder a demandas de mulheres em situação de violência, em termos das possibilidades já existentes na rotina usual de atenção à saúde da mulher e em termos dos limites que os serviços apresentam na mesma direção. Partimos, assim, de referenciais para o estudo como segue:

1) a magnitude da violência contra mulheres, levando ao fato de que dentre usuárias de serviços, em especial do tipo unidade básica de saúde, existiria um grande número de casos de mulheres em situação de violência;

2) as possibilidades de expressão que de fato ocorrem em unidades básicas em que se implantou o Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pois a literatura também mostra a existência dos grupos educativos do PAISM, em razão da proposta emancipatória das mulheres ali contida (D'OLIVEIRA, 1999), como espaço apropriado para tal manifestação das mulheres, ainda que nem sempre aproveitado como tal;

3) a invisibilidade da violência contra mulheres, em especial a doméstica, nos serviços de saúde, por dificuldades de relato das usuárias e dificuldades de acolhimento da questão pelos profissionais.

4) o valor ético-político da importância de tal acolhimento como realização de direitos das mulheres;

5) as potencialidades de programas de saúde como o PAISM, no sentido de poderem desenvolver não apenas o acolhimento no nível primário da assistência, mas realizar-se como a porta de entrada para um suporte intersetorial de assistência às necessidades das mulheres, de saúde e de melhoria de qualidade geral de vida.

Assim, propusemos o estudo dessas potencialidades, com vistas a um posterior desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e assistenciais apropriadas para a saúde e para sua relação intersetorial, ancorando-nos em uma unidade básica de saúde, pertencente à rede pública e que, em razão de ser também um centro de saúde escola, terminou por implantar, com caráter sistemático e desenvolvimento de longo prazo (cerca de 10 anos), uma atenção integral à mulher realizada nas diversas atividades previstas pelo PAISM e, ainda, com referenciais de integralidade das ações e de ações estratégicas no sentido emancipatório bastante desenvolvidos (SCHRAIBER; NEMES & MENDES-GONÇALVES,

1996). Nesta unidade buscamos, na forma de estudo de caso, um diagnóstico de situação do serviço, avaliando-se a emergência de demandas referidas à violência por parte de suas usuárias. Contrastou-se a demanda espontânea com a busca ativa de casos.

Um primeiro estudo foi realizado por técnica de observação participante de consultas individuais e consultas em grupo e/ou atividades educativas, com médicos e com pessoal de enfermagem, seguido de estudo de prontuários. Foram observadas 142 mulheres em 56 atendimentos (16 sessões grupais; 13 consultas médicas; 27 consultas de enfermagem) e analisados 142 prontuários. Um segundo estudo foi realizado em uma amostra de 322 usuárias de 15 a 49 anos do referido serviço, em sua porta de entrada, também abordando-se diretamente as mulheres e estudando-se seus prontuários .

No primeiro foi utilizado um roteiro de observação e de leitura de prontuários que considerou os relatos espontâneos das mulheres, o diálogo com os profissionais médicos e de enfermagem do serviço, bem como o registro de situações relativamente à vida de usuária, seguindo três possibilidades de classificação dos achados: a) os que expressaram diretamente violência física ou sexual experimentada, ou como vítima ou como agressora; b) os que expressaram a vida em contexto violento, como sofrer ameaças, desqualificações diretamente dirigidas à sua pessoa ou experimentar situação de violência contra seus objetos ou animais ou pessoas queridas, ou ainda, viver em contexto em que a violência foi diretamente vivenciada por parentes ou pessoas próximas; c) os que expressaram conflitos de natureza de gênero e relacionados aos direitos reprodutivos da mulher (Anexo 1).

Já no segundo estudo foi aplicada uma entrevista baseada em instrumento internacional, traduzido com adaptações para o contexto brasileiro, buscando-se no estudo dos prontuários identificar o registro de situação de violência também na vida de usuária. O instrumento prevê tanto a identificação da natureza do ato perpetrado (se físico; sexual ou ameaças); da qualidade/gravidade da violência (se ameaças; se indireta a objetos/animais/pessoas queridas; se física: tapas; empurrões, uso de arma de fogo; uso de instrumentos; com ou sem marcas temporárias posteriores ao ato ou lesões definitivas); do agressor (se marido/ex-marido/namorado ou ex, parentes familiares, amigos ou conhecidos em geral ou estranhos) (Anexo 2).

O estudo revelou haver expressões espontâneas de relatos de experiências vividas, mas não colocadas em termos de demandas por saúde. Assim, uma primeira observação vai no sentido de que entendemos essas manifestações mais como a presença de canais de comunicação identificados pelas mulheres no serviço do que representando a percepção de usuárias quanto a possível acolhimento pelo serviço. Nesse sentido, analisamos os

achados no primeiro estudo como oportunidades de falas (ou de relatos), o que ocorreu em atividades grupais e em prontuários, diferindo o tipo de violência relatada. Não houve expressão espontânea em consultas individuais. As expressões havidas de relato também parecem identificar a enfermagem e suas atividades como os profissionais em ações assistenciais que representam a melhor oportunidade de fala. Os resultados obtidos são como segue:

ESTUDO 1:

OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTOS (56 ATIVIDADES OBSERVADAS)

- . 16 atendimentos em grupo
- . 13 consultas médicas
- . 27 atendimentos de enfermagem

COM 142 MULHERES OBSERVADAS

- . 41 Assistência Individual
- . 121 em Grupos

QUANTO A OPORTUNIDADES DE RELATO SOBRE VIOLÊNCIAS

- . dos 16 grupos : 07 (43,7%) com relato
- . 04 Violência Doméstica e Sexual (Na vida);
- . 03 Violência Institucional (Nos Partos)
- . Atendimentos individuais (40): 01 (2,5%) com relato
- . 0 relato nas 13 consultas médicas
- . 01 relato nos 27 at. de enfermagem

QUANTO A CASOS DE MULHERES EM SIT. DE VIOL. DOMÉSTICA E SEXUAL OBSERVADOS:

- . 06 em grupo
- . 01 em at. individual

Total: 07 casos em 142 mulheres (5%)

Uma prevalência de casos muito maior foi detectada pela entrevista. Contudo, esta detecção variou ao longo da entrevista, tendo sido considerado a maior frequência de menção positiva de violência, revelada não à primeira pergunta, mas à segunda, em que se discriminava a severidade de ato violento, revelando, assim, uma oscilação de expressão, mesmo nesta condição de busca ativa. Em termos de oportunidade de relato, a pergunta que qualifica a gravidade da violência mostrou-se a melhor oportunidade de fala (maior sensibilidade no instrumento). Os resultados desse estudo são:

ESTUDO 2:

Aplicação de questionário (322)

- . 183 (56,8%) casos (1 ep. na vida)
- . 49 (15,2%) casos (ep. no ult. ano)

Quanto aos achados de prontuários os resultados são:

ESTUDO 1: ESTUDO DE PRONTUÁRIOS (142)

- . 12 (8,45 %) casos

ESTUDO 2: ESTUDO DE PRONTUÁRIOS (322)

- . 35 (10,9%) CASOS

Nota-se, pois, que nos prontuários há taxas bem mais próximas de registro e sempre bem menores que a busca ativa de casos.

Conclui-se que a possibilidade de detecção de casos, seu acolhimento e alguma resposta do serviço, requer especificidade de abordagem e cuidados próprios para que a violência contra mulheres possa emergir, seja enquanto a criação de canais de comunicação, em que o relato pode ser pronunciado pelas mulheres e ouvido pelo serviço, seja enquanto criação de possibilidades de escuta e qualificação de demandas apresentadas ao serviço, como parte da demanda usual na saúde.

Nesta segunda direção, os dados empíricos produzidos no primeiro estudo (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 1999), quando analisados da perspectiva das relações entre as usuárias e o serviço, por meio da interpretação dos diálogos produzidos em especial na situação de melhor oportunidade de fala (os grupos com a enfermagem), mostram que entre a existência de canais de comunicação e a possibilidade de acolhimento coloca-se a

interface da linguagem: a transformação da violência vivida em demandas por assistência na saúde e a identificação de tais demandas como pertinentes à ação dos profissionais da saúde, requer a possibilidade de expressar o vivido em termos de adoecimento ou risco de adoecer. Só assim os profissionais poderão escutar e qualificar o suficiente para acolherem o relatado como alvo de suas práticas. Na impossibilidade de tal tradução, quando há relato, este não se desdobra em acolhimento, ainda que possa haver certa escuta por parte dos profissionais. Do acolhimento a apropriadas respostas na intervenção em saúde pode-se dizer que requer passos ainda adicionais. E a impossibilidade de visualizar uma resposta, ainda que solução virtual e não territorial da saúde, tal qual nos encaminhamentos a outras assistências (por ex. orientações jurídicas, assistência social), impõe limites à capacidade de acolher. Esses limites são dados pela ausência da possibilidade de uma antevisão de solução já ao tempo da expressão da demanda ao profissional. Queremos dizer com isto que, menos do que um desvio de caráter, por profissionais insensíveis ética ou politicamente à questão do direitos e da necessidade de erradicar a violência, o que encontramos é uma impossibilidade tecnológica: o profissional, como todo trabalhador, só pode reconhecer e aceitar uma incumbência de intervenção ao que visualiza de antemão como objeto de sua competência técnica. O sofrimento derivado da violência, exceto pelas conseqüências mórbidas já mencionadas, não se apresenta facilmente como a dor da doença ou do risco de adoecer, senão a dor invisível ao olhar da saúde. Assim, se para se tornar visível os casos de mulheres em situação de violência demanda reorganizar os serviços no sentido de constituir na assistência prestada canais de comunicação competentes, demanda ainda reexaminar as potencialidades da assistência e do PAISM na criação de interfaces linguísticas entre a saúde, os direitos humanos e a vida privada. (Anexos 1 e 2)

Traduzido e adaptado de: Abuse Assesment Screening

Dr. Judith McFarlane

Texas Women's University

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

- BRANDÃO, E.R. *Nos corredores de uma Delegacia da Mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, UERJ, 1996
- D'OLIVEIRA A. F. P. L. & SCHRAIBER, L. B. Violence Against Women: a physician's concern? In: Ottesen, B.; Tabor, A (ed) *New Insights in gynecology & Obstetrics-research and practice*. London/New York, Parthenon Publishing, 1998, p.157-63.

- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface – Comunicação, saúde e educação*. Botucatu, UNI/UNESP, 3(1):105-21, 1999.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L., SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços, In: Giffin, K.; Costa, S.(orgs.) *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ, 1999, p. 332-55.
- FIBGE *Participação Político-Social - Justiça e Vitimização v.1*, 1988 - Rio de Janeiro, FIBGE, 1990.
- GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl. 1):146-55, Rio de Janeiro, ENSP, 1994.
- GOLDEMBERG P.; MEDRADO, M.A.; PATERNOSTRO, M. A. N. A violência contra a mulher: uma questão de saúde. In: Labra, E. (org.) *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1989, p.185-200.
- HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl.1):135-45, 1994.
- MCCAULEY, J.; KERN, D.E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SCHROEDER, A.F.; DECHANT, H.K.; RYDEN, J.; BASS, E.B. & DEROGATIS, L.R. The "Battering Syndrom": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10):737-48, 1995.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K.; BULLOK, L. Assessing for abuse during pregnancy. *Journal of American Medical Association*, 23 (267): 3176-78, 1992.
- SAFFIOTI, H; ALMEIDA, S.A. *Violência de Gênero*. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
- SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas*. São Paulo, Hucitec/FMUSP, 1996.
- SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A.P.L. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, saúde e educação*. Botucatu, UNI/UNESP, 3(5):11-27, 1999.
- STARK, E.; FLITCRAFT, A. Spouse abuse. In: Rosemberg, M.L. & Fenley, M.A. Eds. *Violence in America - A Public Health Approach*, New York:Oxford University Press, 1991. p.123-157.
- SUGG, N. K; INUI, T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA*, 267 (23):3157-60, 1992.

VIOLENCE AGAINST WOMEN: SPONTANEOUS DEMANDS v. SCREENING IN HEALTHCARE CENTERS

SUMMARY: In spite of poorly structured assistance and the fact that only a few instances of abuse are detected, the response to women's demands and assisting those who have been victims of violence is part of their right to healthcare. This work attempts to diagnose the situation regarding health services through the assessment of the degree of emergency in violence-related demands coming from users of a healthcare facility of the public network through the comparison of results from spontaneous demands with results obtained when actively searching for cases. A first study was conducted with the utilization of participatory observation techniques, followed by the study of patient files, with the follow-up of 142 women; a second study, with a sample of 322 users, was based on an assessment screening. Spontaneous expression occurred during group activities and was also found in patient files, but it did not occur during individual consultation; active assessment detected a much higher prevalence. Therefore, healthcare services require a specific approach and appropriate procedures so as to allow violence against women to surface as part of everyday demands in healthcare.

KEY WORDS: woman's health, rights to health, violence, spontaneous demand

ANEXO 1

SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

- . Ela é agradida fisicamente
- . Ela agride fisicamente os outros
- . Seus animais ou objetos pessoais são atacados
- . Ela é obrigada a ter relação sexual

CONTEXTO DE VIOLÊNCIA

- . Restrição de contatos com amigos e parentes
- . Violência entre pessoas do núcleo doméstico, parentes e amigos
- . Desqualificar, xingar, descontar, brigar, ameaçar
- . Restrição para sair de casa
- . Não dá dinheiro suficiente
- . Tentativa de suicídio
- . Marido não deixa trabalhar ou estudar

DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS

- . Não assume o filho
- . DSP/Infidelidade
- . CC
- . Aborto
- . Ter ou não ter filhos
- . Transar ou não transar

ANEXO 2

FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

(Marque sim ou não para cada questão)

1. No último ano, você sofreu alguma agressão física de alguém?

Sim Não

Se sim, de quem (marque todos os que se aplicam ao caso)

Marido/ex-marido Namorado/ex-namorado Estranho

Pais ou pais adotivos Outros parentes Múltiplos

Total do número de vezes _____

Há quanto tempo você está nesta relação? _____

2. Se grávida, desde que a gravidez começou você sofreu agressão física de alguém?

Sim Não

Se sim, de quem (marque todos os que se aplicam ao caso)

Marido/ex-marido Namorado/ex-namorado Estranho

Pais ou pais adotivos Outros parentes Múltiplos

Total do número de vezes _____

Há quanto tempo você está nesta relação? _____

Marque a área da lesão no mapa corporal ao lado incluir mapa

Classifique cada incidente de acordo com a escala abaixo:

- 1- Ameaças de abuso incluindo o uso de arma
- 2- Tapas, empurrões; sem lesões ou dor após o incidente
- 3- Pontapés, contusões, socos, cortes e/ou dor após o incidente
- 4- Contusões severas, queimaduras, fraturas
- 5- Lesões na cabeça, lesões internas, sequelas físicas
- 6- Uso de arma

3. No último ano, alguém forçou você a ter relação sexual?

Sim Não

Se sim, quem (marque todos os que se aplicam ao caso)

Marido/ex-marido Namorado/ex-namorado Estranho

Pais ou pais adotivos Outros parentes Múltiplos

Total do número de vezes _____

Há quanto tempo você está nesta relação? _____

