

Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal

Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women

Percepciones y prácticas de los profesionales de salud de Angola sobre la violencia contra la mujer en la relación marital

Edna de Fátima Gonçalves Alves do Nascimento ¹

Adalgisa Peixoto Ribeiro ¹

Edinilsa Ramos de Souza ¹

Abstract

This was a qualitative exploratory study with the objective of identifying perceptions and practices among health professionals in Angola concerning intimate partner violence against women. Semi-structured interviews were held with a senior health administrator, head nurses, medical directors, psychologists, and nurse technicians in three national hospitals in the capital city of Luanda. The perceptions of Angolan health professionals towards violence against women are marked by the cultural construction of woman's social role in the family and the belief in male superiority and female weakness. Despite their familiarity with the types of violence and the consequences for physical and mental health, the health professionals' practices in providing care for women in situations of violence focus on the treatment of physical injuries, overlooking the subjectivity and complexity of these situations. Recent inclusion of the issue in public policies is reflected in health professionals' practices and raises challenges for the health sector in caring for women in situations of violence.

Violence Against Women; Domestic Violence; Health Personnel

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório com o objetivo de identificar as percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola em relação à violência contra a mulher na relação conjugal. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com macrogestor da saúde, enfermeiros diretores de enfermagem, médicos diretores clínicos, psicólogos e técnicos de enfermagem em três hospitais nacionais de Luanda. As percepções dos profissionais de saúde angolanos sobre a violência contra a mulher são marcadas pela construção cultural do papel social da mulher na família, pela crença na superioridade masculina e fragilidade feminina. Apesar de conhecerem os tipos de violência e suas consequências para a saúde física e mental, suas práticas na atenção às mulheres em situação de violência priorizam o tratamento das lesões físicas, sem contemplar a subjetividade e a complexidade dessas situações. A recente inclusão do tema nas políticas públicas se reflete nas práticas dos profissionais e determina os desafios para o setor na atenção à saúde das mulheres em situação de violência.

Violência Contra a Mulher; Violência Doméstica; Pessoal de Saúde

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

A. P. Ribeiro
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Brasil 4036, sala 700, Rio de Janeiro, RJ 21040-361, Brasil.
adalpeixoto@yahoo.com.br

Introdução

A violência contra a mulher, objeto deste estudo, se refere aos atos de violência baseada no gênero que resulta em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privação da liberdade, seja na vida pública ou privada ¹. Alguns autores discutem que esta violência é naturalizada e justificada pela ordem patriarcal, onde os homens têm direito ao domínio e controle das mulheres e, para isso, recorrem à violência ².

As diversas manifestações da violência contra a mulher podem causar problemas de saúde física e mental e maior utilização de serviços de saúde. Estudos populacionais indicam que de 10 a 69% das mulheres, de 15 a 49 anos, foram vítimas de violência física praticada pelo parceiro íntimo, pelo menos uma vez na vida ³. Estudo multipaíses sobre violência doméstica identificou que entre 6% e 59% das mulheres entrevistadas sofreram violência sexual praticada pelo parceiro ao longo de suas vidas ⁴.

No marco dos estudos de gênero a violência contra a mulher, também identificada como violência de gênero, envolve as agressões baseadas nas relações de poder e nas diferenciações culturais atribuídas a ambos os sexos; abrange a violência perpetrada por homens contra mulheres, por mulheres contra homens e também entre mulheres e entre homens, mas a mulher tem sido a vítima mais frequente nas relações com os homens ^{2,5,6}.

Na especificidade das relações entre parceiros íntimos, a violência conjugal ^{7,8,9}, ocorre sem distinção de classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual ¹⁰ e se expressa nas formas de agressão física, sexual, emocional ou psicológica e social ⁵.

Em países de média e baixa renda, como Angola, há escassez de informações sobre violência contra a mulher, contribuindo para a invisibilidade desse tema. Dados do Ministério da Família e Proteção da Mulher (MINFAMU) sobre a violência entre parceiros íntimos, registrados no primeiro trimestre de 2006, no Centro de Aconselhamento Familiar revelaram que dos 2.260 casos de violência em Luanda, 92,6% vitimizaram mulheres e 90,5% dos agressores eram homens. Nessa instituição, a violência econômica (fuga à paternidade, não pagamento de pensão, abandono do lar, desalojamento e privação de bens) é a queixa mais comum (70,9%); seguida pela violência física (10,5%) e psicológica (8,9%) ¹¹.

Nos serviços de saúde de Angola a violência nas relações conjugais raramente tem sido identificada e abordada nos atendimentos, o que dificulta as iniciativas de prevenção. Con-

siderando-se que esses serviços podem ser uma importante porta de entrada para apoiar e proteger a mulher em situação de violência conjugal que procura ajuda, políticas públicas recomendam que lhes seja oferecida atenção ampliada de saúde, que incorpore a compreensão e a mudança de atitudes, crenças e práticas, cuja ação ultrapasse o simples diagnóstico e o cuidado das lesões físicas e emocionais.

Diante desses elementos e da magnitude da violência contra a mulher, o objetivo deste estudo é identificar as percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola em relação à violência contra a mulher na relação conjugal.

Metodologia

Realizou-se um estudo qualitativo exploratório em três hospitais nacionais localizados em Luanda: o Hospital Josina Machel, a Maternidade Lucrecia Paim e o Hospital Neves Bendinha. O Hospital Josina Machel é um hospital geral e possui 480 leitos. Atende a aproximadamente 200 casos de urgência por dia. Em 2009 recebeu 55.440 casos de urgência. A Maternidade Lucrecia Paim conta com serviços de emergência, ambulatorial e de internação. Possui 400 leitos e atende a cerca de 200 mulheres por dia. Em 2009, a emergência realizou quase 43.000 atendimentos a mulheres. O Hospital Neves Bendinha é referência para queimados e possui 60 leitos.

Essas unidades foram selecionadas por serem referência nacional para o atendimento às urgências e às vítimas de violência conjugal, mas nenhum deles realiza o registro sistemático desses últimos casos. O atendimento de urgência é um poderoso indicador da violência que ocorre na cidade, pois é a ele onde as vítimas recorrem em situação de trauma ou iminência de morte. Para muitas pessoas, é a única vez em que estarão, enquanto vítimas de agressões, diante de um profissional de saúde (um representante do poder público) e um dos únicos momentos em que a violência será declarada ¹².

Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas com: um macrogestor da saúde, três enfermeiros diretores de enfermagem, três médicos diretores clínicos (identificados no texto como gestores), três psicólogos e três técnicos de enfermagem (identificados como técnicos), de ambos os sexos. Todos tinham relativa experiência em suas áreas de atuação. Foram indicados pela direção geral dos hospitais e pelo Ministério da Saúde. As unidades de saúde autorizaram a realização do estudo e os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação nas entrevistas.

O roteiro da entrevista incluiu questões referentes às percepções dos profissionais sobre a violência sofrida pela mulher na relação conjugal, a sua atuação frente a esses casos e o papel dos serviços de saúde no enfrentamento da violência. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas seguindo a técnica de análise temática adaptada de Bardin por Minayo¹³. Os depoimentos foram organizados em um banco de dados considerando-se a categoria profissional e o tema abordado nas entrevistas. Após, realizou-se uma leitura exaustiva do material para a identificação dos núcleos de sentidos que emergiram nos temas previamente definidos. A apresentação das análises foi organizada de acordo com esses temas mais abrangentes: percepções sobre a violência conjugal, atendimento oferecido às mulheres em situação de violência conjugal e desafios para a atenção a essas mulheres.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (parecer nº 167/10).

Resultados e discussão

"A mulher não está preparada para a vida conjugal": percepções de profissionais de saúde de Angola sobre violência contra a mulher

Os profissionais entrevistados caracterizaram a violência conjugal contra a mulher como tudo que afeta sua dignidade, que se expressa pela não aceitação de seus direitos e pela discriminação: *"A violência conjugal para mim é a violência a todos os níveis, tudo que vá contra a pessoa e a dignidade para mim é violência"* (Gestor; feminino).

Essa violência ocorre entre namorados, pessoas que vivem juntas, em comunhão de fato ou não. Alguns destacaram que, na relação conjugal, a mulher é a vítima mais frequente, mas também assume o papel de agressora, pois assim como *"muitos homens matam as mulheres"*, *"muitas mulheres matam os homens, batem, agredem"* (Técnico; masculino). Essa visão, confirmada em outros trabalhos^{10,14}, mostra que homens podem ser vítimas das mulheres, mas a crueldade e a gravidade com que são atingidos é menor que nas agressões perpetradas por eles.

Identificou-se nos depoimentos que a violência contra a mulher na relação conjugal se manifesta nas formas de agressão física, como espancamento, queimaduras, ferimentos por arma de fogo e arma branca; abuso sexual; violência psicológica; econômica e, até mesmo, espiritual. Na visão desses atores, a violência sexual entre

conjuges acontece como uma forma de coerção do homem em relação à mulher, por acreditar que o ato sexual é uma obrigação do casamento, *"mesmo em estado em que a mulher não queira ou esteja num estado em que não possa por orientação médica e, mesmo assim, o parceiro não aceita que ela se abstenha do sexo"* (Técnico; feminino). Nessa condição, por vezes, elas resistem, mas acabam cedendo para se proteger da agressão física decorrente da negação, para não perder o apoio financeiro e não ser acusada de infidelidade conjugal, o que parece ser comum na cultura angolana.

Os motivos destacados para a ocorrência das violências são situações que despertam o ciúme. Assim, quando uma mulher é vista conversando com outra pessoa *"não há outra forma de resolver o problema senão atirar um agente lesivo a essa mulher"* (Técnico; feminino). Esse trecho da entrevista de uma mulher profissional de saúde revela que a agressão física é um recurso usual e até naturalizado para a resolução dos conflitos conjugais.

A literatura aponta ainda como motivos frequentes para as agressões entre parceiros íntimos, o fato de a mulher negar-se a ter relações sexuais, desobedecer ao marido, ser-lhe infiel, não cuidar adequadamente das crianças, questionar o companheiro sobre questões financeiras ou sobre relações extraconjugais¹⁵, o estresse e o uso de álcool e outras substâncias tóxicas^{16,17}.

O alcoolismo não surgiu no discurso dos profissionais como fator associado à violência conjugal, entretanto, Nascimento¹⁸ identificou em Kilamba Kixi, Angola, que 18% dos entrevistados apontaram o uso de álcool como motivo para violência física contra a mulher.

Os entrevistados percebem que as agressões afetam a saúde da mulher e da família, e representam um problema de saúde pública. As consequências mais mencionadas do ponto de vista físico foram: traumatismos, hipertensão, queimaduras e morte. Em termos psicológicos ressaltaram: depressão, negligência na procura de serviços médicos, fobias, tentativas e tendência ao suicídio, consumo abusivo de álcool e estresse pós-traumático. Citaram ainda os transtornos psíquicos ao longo da gravidez, as ameaças à saúde do bebê, aborto, partos prematuros e até mesmo a morte da mulher.

Outros estudos apontam ainda como consequências da violência contra a mulher tensão muscular, irritação gastrointestinal, problemas genitais, doenças sexualmente transmissíveis, disfunção sexual e gravidez indesejada¹⁹, angústia emocional e comportamento suicida¹⁵.

Os fatores mencionados como associados à violência conjugal parecem justificá-la e reforçar

a dominação masculina. As relações de dominação histórica do homem sobre a mulher, são consideradas como um problema social que a submete à violência sexual pelo parceiro²⁰. Nas culturas africanas, como em Moçambique por exemplo, a violência é um componente estruturante nas relações conjugais, o que é reforçado pelas próprias mulheres que parecem conferir ao homem esse direito²¹.

Gestores e técnicos destacaram a submissão da mulher, sua dependência socioeconômica em relação ao homem e o desemprego como questões estreitamente associadas à violência e parecem atribuir à mulher a responsabilidade pela violência que elas sofrem. No entanto, essa percepção parece estar marcada pelos preconceitos e valores machistas, mesmo de mulheres, ainda muito presentes na cultura angolana: *“Porque a mulher que sofre violência é aquela que não sabe viver por meios próprios, então não tem como dizer não ao companheiro, é aí que surge a violência. (...) é que por falta do sal, açúcar, que pode resultar numa agressão em que o homem enquanto machão, dono da casa sempre quer levantar a mão”* (Gestor; feminino). *“...Enquanto ela é dependente não pode falar nada, tudo que falar acaba em violência”* (Gestor; feminino).

Alguns afirmam que romper com esse relacionamento violento pode ameaçar a sobrevivência dela e dos filhos, mas por outro lado, superar essa condição significa estar em posição de igualdade diante do homem, permitindo-lhe elevar sua autoestima, liberar-se da dependência econômica e não aceitar a violência.

Contraopondo essa visão, um dos entrevistados mencionou que, em alguns casos, existe mais facilidade para a mulher conseguir trabalho e consequentemente o sustento da família. Isso também gera violência conjugal, pois *“...os homens não estão habituados que a mulher vá trabalhar e lhe encontra ainda parado em casa”* (Técnico; masculino).

Em Angola, no período pós-guerra, a reintegração dos ex-combatentes foi um processo complexo, pois eles regressaram às suas comunidades sem emprego e com a família liderada, protegida e sustentada economicamente pelas mulheres²¹. O fato de o homem não satisfazer às expectativas como provedor da família e de a mulher ter uma condição salarial superior pode constituir um risco para a violência, levando-o a impor sua autoridade pela força física, pois essa situação é uma ameaça à sua identidade masculina e representa uma quebra das regras e crenças de que o homem não deve ser sustentado pela mulher^{21,22,23}.

Os gestores destacam as desigualdades de gênero, os fatores biológicos, sociais, econômicos

e culturais que definem os papéis de homens e mulheres na família e na sociedade. Neste sentido, sobretudo os profissionais do sexo masculino, veem a mulher como frágil, submissa e desprotegida, e, portanto, mais vulnerável à violência, o que contribui para perpetuar essas desigualdades: *“...esta violência afeta, de certa forma, as mulheres porque se elas são mais frágeis, os homens, às vezes, utilizam a força física e provocam vários danos e lesões às mulheres”* (Gestor; feminino).

Estudos em sociedades mais tradicionais, como alguns países africanos, a violência contra as mulheres é justificada culturalmente, cabendo-lhes o papel de cuidadora do lar, da família e o dever de obediência e respeito às vontades do companheiro¹⁵. Ficou claro nos depoimentos dos técnicos que papéis culturalmente identificados ao gênero feminino, como a mulher que *“não faz o almoço, não deixa a roupa do marido arrumada”* (Técnico; feminino) são apontados como falta de preparo da mulher para o casamento e para cumprir seus deveres familiares, podendo atuar como desencadeadores de violência. Desse modo, acreditam que têm *“que conversar com as mulheres sobre o comportamento dentro do lar, prevenir dando palestras, explicar às mulheres quais os seus deveres no seio da família”* (Técnico; feminino).

“Se houver lesões físicas nós podemos tratar”: atendimento de saúde oferecido às mulheres em situação de violência conjugal em Angola

A literatura recomenda que o atendimento de saúde aos casos suspeitos ou confirmados de violência passe pelas etapas de investigação, acolhimento e escuta qualificada, tratamento dos danos físicos e psicológicos, e encaminhamentos intra e intersectoriais. Uma atenção com esta característica de cuidado requer uma equipe multidisciplinar, capacitada e com uma visão ampla e integral da saúde da mulher²³.

Nos hospitais angolanos estudados, logo na entrada do banco de urgência as mulheres passam por uma anamnese. Caso haja suspeita de violência, identificada sobretudo pelas lesões físicas (hemorragias em gestantes, queimaduras, fraturas), os técnicos investigam as circunstâncias em que tais lesões ocorreram, a fim de confirmar a violência.

A análise mostrou que grande parte dos entrevistados realiza um atendimento tradicional cuidando apenas das lesões físicas das vítimas e estimulando a denúncia à polícia sem, contudo, encaminhá-las para acompanhamento psicológico ou social, em parte porque é pequeno o número desses profissionais no país, sendo raros

os serviços de saúde que contam com eles. Além disso, consideram que a violência psicológica não é um problema que deve ser abordado nos hospitais e afirmam, por exemplo, que *“a pessoa não vem ao médico queixar-se de que foi agredido psicologicamente”* (Gestor; masculino).

Fica claro que os entrevistados não reconhecem suas possibilidades de atuação e não se sentem responsáveis pelo cuidado integral, que vai além dos procedimentos clínicos para tratamento dos traumas físicos e inclui uma abordagem mais ampla das situações de violência sofridas pelas mulheres: *“...nós somos um hospital e a nossa atenção é mais de fórum assistencial, principalmente se houver lesões físicas nós podemos tratar”* (Gestor; feminino).

A literatura tem reiterado a busca frequente por cuidados de saúde por parte das vítimas e uma assistência restrita ao tratamento de sintomas e lesões, negligenciando a causa do problema e perpetuando os danos físicos, psicológicos e sociais ²⁴.

Com essa visão biologicista da atenção à vítima de violência, os entrevistados afirmaram não haver dificuldades em atuar nesses casos, como mostram os seguintes depoimentos:

“Eu não acho que haja assim muita dificuldade em lidar com esses doentes porque a nossa ação aqui é mais direcionada na questão do tratamento médico medicamentoso” (Gestor; masculino).

“Não encontramos grandes dificuldades para tratar as pessoas porque os serviços hospitalares têm todas as condições para podermos atender os pacientes que aparecem no nosso banco de urgência” (Técnico; feminino).

É importante frisar que houve momentos nos serviços de saúde de Angola em que os pacientes tinham que adquirir e levar aos hospitais os insumos usados em seu atendimento.

Para os entrevistados, o relato espontâneo da mulher sobre a violência vivida facilita o tratamento e os encaminhamentos. Entretanto, vale a pena lembrar que isso não garante o acompanhamento do caso, pois seria necessário um sistema de referência e contra referência com fluxos e articulação bem definidos, o que não ocorre em Angola.

Psicólogos e assistentes sociais atuam como facilitadores na abordagem desses casos, reforçando a ideia de que as vítimas devem receber atendimento multidisciplinar, mas estão presentes em apenas uma das unidades de saúde aqui investigadas. Em seus relatos indicaram um encontro cuidadoso e respeitoso, no qual se estabelece confiança entre a mulher e o profissional para falar sobre a violência, priorizando a autoestima e a capacidade da mulher para tomar decisões no enfrentamento da violência conjugal.

Mesmo sem ter recebido capacitação específica sobre o tema, esses profissionais têm se esforçado para oferecer uma abordagem terapêutica mais sensível, com orientações e aconselhamentos acerca dos impactos da violência sobre a saúde das vítimas, assim como sua inserção na sociedade. No entanto, estudo ²⁴ aponta que essa atuação não é identificada por eles como técnico-científica. Ao contrário, sentem-na como uma ação extraprofissional e a consideram como um conselho pessoal ou uma ação solidária.

Apesar do atendimento ao agressor ser recomendado por quem estuda esse tema ²⁵, os técnicos informaram que raramente têm esse contato, mas quando o conseguem, aconselham-no incentivando o diálogo entre o casal e visando romper com o ciclo de violência, como preconiza a *Lei contra a Violência Doméstica (LVD)* ²⁶. A conduta mais comum dos técnicos frente ao autor da violência é acionar a polícia *“que toma as devidas medidas ao infrator”* (Técnico; feminino).

Nessas unidades de saúde não existe um registro específico para os casos de violência contra a mulher e o atendimento diário é registrado em um livro geral. Para as gestantes existe o cartão de consulta pré-natal onde se indaga sobre violência da seguinte forma: *“Alguma vez sofreu algum tipo de violência?”* e se oferecem como opções de resposta: violência física e moral. Como a mulher costuma negar a vivência de agressões, esse campo do cartão não é preenchido. É provável que essa negação das mulheres se deva à forma burocrática como a pergunta é feita e às restritas opções de resposta. Apenas um técnico informou que no hospital onde atua existe um prontuário no qual se registra o caso e se encaminha à polícia e ao órgão de defesa da mulher.

Grandes desafios para a atenção às mulheres angolanas em situação de violência conjugal

Todos os entrevistados reconheceram que os serviços não estão organizados para oferecer atendimento especializado à mulher violentada. Destacaram dificuldades na identificação e atuação nesses casos, destacando o silêncio das mulheres. Ao não revelar a agressão, demandam maior atenção na avaliação das lesões e na confirmação das suspeitas.

“Elas nunca dizem que foi agressão. O médico é que suspeita por algum motivo, alguma lesão num local não muito próprio e com a conversa é que ela diz que foi agredida” (Gestor; feminino).

Para um dos gestores não falar sobre a violência que sofreram pode desencadear reincidência das agressões. Para os técnicos, esse silêncio se deve a questões culturais como a tradição de submissão da mulher em relação ao homem/

companheiro, o desincentivo à denúncia por parte da família, que aconselha a reconciliação do casal, o medo de perder o lar e seu *status* social ou de sofrer outras agressões. Para os técnicos as mulheres não “*querem*” sair da situação de violência porque não estão dispostas a mudar radicalmente suas condições de vida. Ferrante et al.²⁷ encontraram percepções semelhantes às dos profissionais angolanos, sobre a permanência da mulher no relacionamento violento.

Além das razões identificadas pelos entrevistados, são comuns: a percepção de que a violência é normal na relação conjugal²⁸; ainda existir esperança e amor pelo companheiro¹⁹, as mulheres não encontrarem uma linguagem adequada para expressar seu problema; e a difícil relação interpessoal da mulher com o profissional de saúde, repleta de medos, preconceitos, vergonha ou descrédito²⁹.

Para a mulher, falar sobre suas experiências de violência é uma questão complexa. A violência parece estar identificada à criminalidade cometida por pessoas desconhecidas e às situações mais graves. A violência doméstica, responsável por consequências graves, não costuma ser considerada como tal²⁹.

O macrogestor destacou que a percepção de que este é um problema íntimo e particular do casal, no qual os profissionais não devem se meter, pois estariam invadindo sua privacidade, constitui uma dificuldade na identificação da violência conjugal. Essa percepção indica certa resistência e constrangimento dos profissionais em perguntar às mulheres sobre violência quando suspeitam de sua ocorrência. Em contrapartida, estudiosos indicam que os profissionais devem perguntar às mulheres sobre sua vivência de situações violentas, de forma clara e objetiva permitindo que falem abertamente sobre o tema²³. Atender a mulheres em situação de violência envolve valores, decisão e confiança para cuidar e o conhecimento das ações de cuidado e suas consequências³⁰.

A fala de uma gestora demonstra discriminação e julgamento, pois ignorando as razões das mulheres para omitirem a violência sofrida, acredita que elas “*não são capazes de ser sinceras*” ao relatar a causa de suas lesões, e completa: “*Nós queremos tratar e a mulher não deixa*” (Gestor; feminino).

Dos depoimentos depreende-se a necessidade do profissional estabelecer uma relação de confiança na qual haja respeito e acolhimento. Consideram que a mulher violentada pelo companheiro e que continua nessa relação é porque “*gosta de apanhar*”, ou não tem “*vergonha na cara*” porque não se separa, retira queixa e faz as pazes com o agressor. Tais crenças desconhe-

cem a dinâmica típica da violência conjugal, na qual um ciclo de tensão precede a agressão, que é seguida por um período de arrependimento do agressor e de trégua, para novo início do ciclo de tensão. Muitas vezes culpabilizam ou desconsideram o relato da mulher devido à desorganização e despreparo dos serviços levando a práticas negativas de assistência às mulheres³¹. Uma das dificuldades dos profissionais no acolhimento às vítimas de violência, principalmente a sexual, é romper com preconceitos relacionados aos valores culturais e morais para oferecer uma assistência acolhedora e humanizada³².

No Brasil existe a *Lei Maria da Penha*³³, que estabelece como crime a violência contra a mulher cometida pelo atual ou ex-parceiro íntimo. Ela protege a mulher impedindo-a de retirar a denúncia. Em Angola existe a LVD²⁶, cujo objetivo é a proteção e assistência às vítimas e a prevenção dessa violência. Ela contempla questões específicas dirigidas às vítimas e aos agressores, mas também objetiva promover a igualdade de gênero.

Na prática dos profissionais angolanos a atenção está mais voltada às especialidades, o que tende a obscurecer sua percepção, envolvimento e atuação, não considerando assim a dinâmica biopsicossocial que a violência conjugal acarreta. Como esses profissionais, alguns autores destacam a importância da equipe multidisciplinar que possibilitaria uma atenção integral^{10,12,15,34}.

As justificativas para essa fragmentação da atenção é o número reduzido de profissionais, a falta de uma equipe multidisciplinar capacitada e de trabalhos que orientem a atuação frente às violências. Além disso, citam a falta de unidades de saúde de referência para o atendimento às vítimas, numa visão equivocada de que essa atenção deve ser assumida por um serviço especializado e não por toda a rede de serviços como um tema transversal.

A Política Nacional de Saúde (PNS) reconhece a insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos e recomenda a contratação de profissionais estrangeiros para suprir essas carências até a formação compatível de angolanos para atuar de acordo com as novas tecnologias em saúde³⁵.

Alguns entrevistados percebem a importância do suporte da rede intersetorial, concordando com a literatura^{36,37}. Mas a maioria deles referiu que a falta de articulação dos serviços de saúde com estruturas sociais de suporte e proteção (MINFAMU, Organização da Mulher Angolana, Ministério da Assistência e Reinserção Social) resulta em uma assistência inadequada que, muitas vezes, perpetua os episódios violentos. Após

o tratamento clínico, mulheres vítimas de violência conjugal são encaminhadas para as unidades de apoio onde recebem acompanhamento em relação a questões como abandono, fuga à paternidade, pensão alimentícia, processo criminal por agressão física ou o descumprimento das resoluções judiciais por parte de um dos cônjuges. Entretanto, não existe a contrarreferência para os serviços de saúde, o que prejudica a articulação da rede de proteção à mulher em situação de violência, conforme explicitado na PNS.

Foi unânime entre os entrevistados a visão de que a falta de capacitação profissional representa a maior dificuldade de atuação frente a situações de violência. Um gestor destacou que é necessário estar consciente e habilitado para manter o controle, o autodomínio e a capacidade de orientar a mulher vítima de violência. O reconhecimento desse despreparo é uma realidade identificada em muitos trabalhos na área da saúde^{16,20,38}. No Brasil, há políticas públicas de saúde que orientam essa atenção, mas ainda persistem diversas lacunas em relação à capacitação dos profissionais para esse cuidado³⁹. Em Angola, as políticas de saúde incluem o tema violência ainda de forma muito tímida e é urgente a necessidade de treinamento, conforme preconiza a PNS³⁵ e a LVD²⁶. Para os gestores a sensibilização e capacitação dos profissionais é fundamental para evitar a revitimização da mulher. Seus depoimentos revelam uma forma de violência institucional contra a mulher, ao não valorizar a sua fala e oferecer um atendimento restrito aos procedimentos clínicos sem abordar a questão de forma ampliada.

Outras questões que também dificultam e limitam o atendimento são a falta de suporte institucional, a ausência de protocolos com orientações técnicas sobre a atenção a ser prestada nesses casos; o desconhecimento das mulheres sobre a atenção psicológica e de assistência social que são especialidades novas no país; a falta de implementação das políticas de saúde que orientam esse atendimento; o pequeno espaço físico dos serviços que não garantem a privacidade dos pacientes e a dinâmica de trabalho dos profissionais.

Um gestor destacou que o excesso de trabalho dificulta a investigação da violência com profundidade, pois muitos casos passam despercebidos e os técnicos “*não são capazes de ter aquela perícia, de desconfiar e interrogar um pouco mais profundo*” (Gestor; masculino).

Como estratégias para superação desses desafios os entrevistados destacaram: a organização dos serviços de saúde nos diversos níveis do atendimento, para realizar ações de prevenção à violência contra a mulher; a mobilização de re-

ursos humanos, materiais e financeiros da saúde e de outros setores, como segurança pública, justiça e trabalho, para atuarem em conjunto na atenção às mulheres em situação de violência.

Um gestor corresponsabilizou a mídia pela educação das populações no sentido da prevenção da violência contra a mulher: “*Os órgãos de difusão massiva é que têm mesmo o dever primordial para poder levar toda essa informação no sentido de educar a população*” (Gestor; masculino).

Considerações finais

As percepções dos profissionais de saúde angolanos sobre a violência contra a mulher na relação conjugal emergem fortemente marcadas pela construção cultural do papel social da mulher na família enquanto mãe e esposa. Suas visões são ainda extremamente carregadas de preconceitos fundamentados na suposta superioridade masculina, atribuindo ao homem uma condição de dominação, e identificam a mulher como frágil e desprotegida. Esses profissionais conseguiram elencar os tipos de violência e suas consequências para a saúde física e mental, mas suas visões expressam as relações hierárquicas de gênero, assimétricas e que geram violências, atribuindo à mulher a responsabilidade pelas agressões que sofrem nessa relação.

Diante dessa visão sobre a violência contra a mulher, as práticas desses profissionais, na atenção às vítimas assumem um caráter clínico, priorizando o tratamento das lesões físicas, sem contemplar ou contemplando de forma insuficiente a subjetividade e a complexidade dessas situações. Nem sempre abordam ou são orientados para atuar junto aos atores envolvidos nestas situações: a mulher, os filhos e menos ainda o agressor. Esse último raras vezes é abordado, e quando isso é feito assume-se uma visão punitiva, dando ao caso um caráter policialesco, demonstrando que, para eles, a violência intrafamiliar ainda está prioritariamente associada ao âmbito policial e judicial, crendo que é nessas instâncias onde se devem resolver tais problemas. Em resumo, na visão dos entrevistados, a violência diz respeito apenas ao assistente social e ao psicólogo, bem como à polícia e à justiça. E, de fato, observou-se que os psicólogos estavam mais sensibilizados que seus colegas de outras especialidades para uma abordagem mais apropriada às mulheres em situação de violência conjugal.

A PNS, recentemente criada no país, reconhece que a mulher e as crianças são as principais vítimas da violência doméstica e, na análise

da situação de saúde, se refere à violência física e psicológica como um “*estilo de vida pouco saudável*”. No entanto, não traz orientações específicas para a atenção às vítimas e prioriza a prevenção e tratamento das doenças infectocontagiosas, problema predominante nos serviços de saúde de Angola. Essa tímida e recente inclusão do tema nas políticas públicas se reflete nas práticas dos profissionais, nas dificuldades encontradas e determina os grandes desafios para a rede de serviços na atenção à saúde das mulheres em situação de violência.

Esses desafios incluem: (1) sensibilização dos gestores e formação dos profissionais sobre o tema; (2) organização dos serviços para atender com equipes interdisciplinares, protocolos, orientações técnicas, fluxos de encaminhamentos; apoio aos profissionais envolvidos nesse atendimento; registro e notificação dos casos de violência às autoridades de saúde; (3) construção de uma rede intra e intersetorial articulada para o apoio e atenção às vítimas; (4) apropriação e implementação das ações de prevenção da violência contra a mulher como uma responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde em todos os níveis da atenção; (5) inclusão dos agressores e a garantia de profissionais capacitados e suficientes para orientar e ajudar os casais a solucionarem seus conflitos sem recor-

rerem à violência; e (6) promoção de mudanças nas concepções e práticas dos profissionais de saúde, a fim de desnaturalizar valores culturais relativos à mulher e à violência, promover uma atenção de saúde em que as usuárias dos serviços possam ter um atendimento qualificado e humanizado.

A exemplo do Brasil e de outros países que contam com políticas de saúde que preconizam a prevenção da violência e a organização dos serviços para atender às suas vítimas, Angola também precisa realizar a sua marcha em direção a esses avanços. É preciso proporcionar maior visibilidade da importância da mulher na sociedade, dos seus direitos, sua inserção no mercado de trabalho e, ainda mais urgente, desnaturalizar a violência sofrida por elas nas relações sociais, principalmente, na relação conjugal.

Espera-se que este estudo contribua para a visibilidade da necessidade de se combater a violência de gênero tão presente na cultura e sociedade angolanas. Como desdobramentos indica-se a necessidade de aprofundar o conhecimento ouvindo-se as mulheres e os homens envolvidos em relações violentas, buscando investigar como percebem a atuação dos serviços no que diz respeito ao acolhimento e às possibilidades do setor para oferecer ajuda nesses casos.

Resumen

Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, con el objetivo de identificar las percepciones y prácticas de los profesionales de salud de Angola sobre la violencia contra la mujer en la relación marital. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con los administradores de salud, enfermeras jefa, médicos clínicos, psicólogos y personal de enfermería de tres hospitales de Luanda. Las percepciones de los profesionales de salud sobre la violencia contra las mujeres se caracterizan por la construcción cultural de la función social de la mujer en la familia, la creencia en la superioridad masculina y la fragilidad femenina. A pesar de conocer la violencia y sus consecuencias para la salud física y mental, sus prácticas de atención para mujeres en situación de violencia priorizan el tratamiento de las lesiones físicas, sin tener en cuenta la subjetividad y complejidad de estas situaciones. La reciente inclusión del tema en la política pública se refleja en las prácticas y determina los problemas del sector en el cuidado de la salud de las mujeres en situaciones de violencia.

Violencia Contra la Mujer; Violencia Doméstica; Personal de Salud

Colaboradores

E. F. G. A. Nascimento participou da coleta, processamento e análise dos dados e da redação do artigo. A. P. Ribeiro e E. R. Souza participaram do processamento e análise dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos profissionais que gentilmente se dispuseram a prestar seus depoimentos.

Referências

- Hane B, Ellsberg M. Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. *Outlook* 2002; 20:1-8.
- Araújo ME, Martins EJS, Santos AL. Violência de gênero e a violência contra a mulher. In: Araújo ME, Mattioli OC, organizadores. *Gênero e violência*. São Paulo: Arte e Ciência; 2004. p. 17-36.
- Organização Mundial da Saúde. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Washington DC: Organização Mundial da Saúde; 2012.
- Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 117-40.
- Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 Suppl 1:146-55.
- Pazo CG, Aguiar AC. Sentidos da violência conjugal: análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo. *Physis (Rio J.)* 2012; 22:253-73.
- Schraiber LB, D'Oliveira AF. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:359-67.
- Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. *Rev Saúde Pública* 2006; 39:376-82.
- Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:595-604.
- Ministério da Família e Promoção da Mulher. *Dados estatísticos de violência, I trimestre 2006*. Luanda: Ministério da Família e Promoção da Mulher; 2007.
- Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:81-94.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

14. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JE, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:425-37.
15. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2002.
16. Moreira SNT, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:1053-9.
17. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:35-42.
18. Nascimento EFGA. Fatores determinantes da violência contra a mulher no município do Kilamba Xiáxi. Luanda: Universidade Agostinho Neto; 2005.
19. Almeida MV. Violência conjugal e álcool: (in)existência de uma relação causal? [Dissertação de Mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2009.
20. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41:605-12.
21. Moura T, Roque S, Araújo S, Rafael M, Santos R. Invisibilidades da guerra e da paz: violências contra as mulheres na Guiné-Bissau, em Moçambique e em Angola. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 2009; 86:95-122.
22. Matos MV. Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho; 2006.
23. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Violência intra-familiar: orientações para práticas em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
24. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:1943-52.
25. Zuma CE, Mendes CHF, Cavalcante LF, Gomes R. Violência de gênero na vida adulta. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 149-96.
26. Angola. Lei 25/11: contra a violência doméstica. Diário da República, Órgão Oficial da República de Angola 2011; I Série, n. 133, 14 jul.
27. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comun Saúde Educ* 2009; 13:287-99.
28. Organización Mundial de Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Geneva: Organización Mundial de Salud; 2005.
29. Schraiber LB, d'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comun Saúde Educ* 2003; 7:41-54.
30. Correia MSM, Lopes RLM, Diniz NMF. Reflexões sobre o cuidar de mulheres que sofrem violência conjugal em uma perspectiva heideggeriana do mundo da técnica. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35:223-9.
31. Gomes NP, Diniz NMF, Silva Filho CC, Santos JNB. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Rev Enferm UERJ* 2009; 17:14-7.
32. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVMM, Kossel K, Morelli K, Botelho LFE, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:376-82.
33. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da União 2006; 8 ago.
34. Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42:467-73.
35. Angola. Decreto Presidencial nº 262/10. Política Nacional de Saúde. Diário da República, Órgão Oficial da República de Angola 2010; I Série, n. 222, 24 nov.
36. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior IF. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 Suppl 1:127-37.
37. Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACD. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42:744-51.
38. Vieira LB, Pandoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev Gaúch Enferm* 2009; 30:609-16.
39. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Recebido em 21/Mai/2013

Versão final reapresentada em 04/Out/2013

Aprovado em 14/Nov/2013