

Violência entre Parceiros Íntimos: Desafios no Ensino e Atenção em Saúde

Intimate Partner Violence: Challenges for Education and Health Care

Sônia Maria Dantas Berger¹

PALAVRAS-CHAVE

- Violência.
- Maus-tratos Conjugais.
- Educação Médica.
- Educação Profissional em Saúde Pública.
- Formação de Recursos Humanos.

KEYWORDS

- Violence.
- Spouse Abuse.
- Education, Medical.
- Education, Public Health Professional.
- Human Resources Formation.

RESUMO

A violência entre parceiros íntimos é um problema de saúde pública, mas, em geral, a integração da atenção a esta complexa problemática social é insatisfatória na formação e na atenção em saúde. Essa situação é examinada neste artigo, com base em evidências e questões levantadas na literatura. Nas experiências internacionais, constatou-se que a busca ativa dos casos nos serviços é priorizada, porém encontra dificuldades na institucionalização das rotinas e sistematização da capacitação desde a educação inicial. No contexto brasileiro, o pouco conhecimento sobre o assunto entre estudantes e profissionais de saúde foi sinalizado, sendo que a incorporação da normatização da assistência à violência sexual dá visibilidade ao despreparo das equipes. As conclusões ratificam limites da formação em saúde baseada no modelo biomédico e do processo de trabalho centrado na figura do médico. Recomenda-se a “problematização” da VPI via processos de ensino-aprendizagem que valorizem saberes e experiências dos educandos e garantam espaços coletivos de discussão, com apoio da incorporação dos referenciais das Ciências Humanas e Sociais nos currículos médicos e de mudanças na educação médica orientadas pela integralidade e intersetorialidade das ações.

ABSTRACT

Although intimate partner violence is a public health problem, attention to this complex social issue is not usually adequately integrated into medical training and health care. This article examines the question based on evidence and issues raised in existing literature. International experiences reveal that active screening of cases of violence in health services has been prioritized, but difficulties occur in both the institutionalization of routines and systematization in academic training. In Brazil, the lack of knowledge on this subject among students and professionals has been noted, while incorporating standards for sexual violence care has exposed the unpreparedness of the health teams. The findings confirm the limits of biomedical model-based training and doctor-centred work processes. Recommendations include the ‘critical questioning’ of the IPV problem in teaching-learning processes that incorporate views and experiences of students, ensuring collective discussion spaces supported by the integration of references from Human and Social Sciences in medical curricula and a shift in focus toward comprehensive care and inter-sectorial actions.

Recebido em: 11/12/2009

Reencaminhado em: 16/07/2010

Reencaminhado em: 13/05/2011

Aprovado em: 25/09/2011

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública. A violência dirigida contra mulheres, adolescentes e meninas na família, e contra mulheres nas relações de intimidade com parceiros atuais e passados se enquadraria como um tipo de violência interpessoal, sendo classificada segundo a natureza do ato – física, psicológica ou sexual – e do vínculo ou relação estabelecida entre perpetrador e vítima da violência¹.

Grande parte dos atos de violência contra mulheres é praticada no âmbito doméstico e das relações íntimas. Apesar de nem sempre resultarem em mortes ou lesões graves, trazem enormes danos físicos, psicológicos e sociais às pessoas envolvidas, e são intensificados por sua ocorrência crônica. Estas agressões, vividas na privacidade do lar, são tidas como a “parte invisível da violência”² (p. 114), o que implica, muitas vezes, a subnotificação dos casos.

Uma das tendências no campo da saúde e da violência doméstica é o desenvolvimento de pesquisas e a implantação de programas que promovam a identificação dos casos nos diversos níveis de atenção, principalmente entre a população de crianças e mulheres atendidas, para viabilizar intervenções específicas e/ou prevenção de novos incidentes. Os profissionais e serviços de saúde são, assim, considerados estratégicos no enfrentamento da violência entre parceiros íntimos (VPI), uma forma muito comum de violência vivenciada pelas mulheres³.

Este artigo é derivado de um estudo de revisão bibliográfica incorporado a uma tese de doutorado que teve como objeto as estratégias de qualificação de profissionais atuantes em serviços de saúde para acolhimento da VPI na gravidez⁴. Ele situa o estado atual da literatura internacional sobre evidências na abordagem da violência contra mulheres no âmbito dos sistemas de saúde de países desenvolvidos. Também apresenta mais detalhadamente estudos sobre a formação acadêmica de médicos e enfermeiros, discutindo principais resultados e recomendações. Na sequência, pontua brevemente tendências na produção bibliográfica brasileira sobre violência e saúde, com foco em publicações recentes sobre conhecimento e prática dos estudantes e profissionais de saúde sobre o assunto, tanto no âmbito acadêmico como nos serviços em andamento.

Espera-se que os limites e avanços evidenciados, em suas interfaces entre educação, saúde, trabalho, gênero e violência, colaborem para o engajamento informado e crítico do setor saúde no enfrentamento da violência contra mulheres no âmbito de suas relações de intimidade, tomando como eixos fundamentais as mudanças na educação médica e no cuidado, sob a perspectiva do “acolhimento em saúde”⁵.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E SAÚDE NA LITERATURA INTERNACIONAL: ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO ORIGINAL

A pesquisa bibliográfica tomada como referência para análise crítica da situação de formação e atuação em saúde para acolhimento da violência na literatura internacional levantou e articulou trabalhos científicos e técnicos sobre evidências e questões apontadas no desenvolvimento de programas de intervenção e educação. Para isto, baseou-se em duas estratégias de busca eletrônica: via Scopus, tendo como descritores e qualificadores: “*violence against women and health*” (and) “*prevention and control*”; e, via Portal de Evidências (BVS), tendo como descritores “*intimate partner violence*” (and) “*systematic reviews*” (tipo de estudo). Foram selecionados 72 *abstracts*, sendo 20 textos incluídos na análise, entre artigos, revisões sistemáticas, conferências, manuais e *guidelines*. Também foram consultados artigos referenciados nos resultados das buscas compatíveis com os objetivos da revisão, além de material de referência da pesquisadora.

Este levantamento propiciou um mapeamento de tendências a partir dos anos 1990, norteado pela seguinte questão: *Existe alguma metodologia mais recomendada para “formar” profissionais de saúde e/ou qualificar o trabalho das equipes multidisciplinares para a detecção e acolhimento da VPI?* A seguir, serão retomados e discutidos alguns resultados da pesquisa realizada.

EVIDÊNCIAS SOBRE A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO À VIOLÊNCIA NA SAÚDE

Na abordagem da violência contra mulheres nos sistemas de saúde de países desenvolvidos, duas revisões sistemáticas foram selecionadas para breves comentários, considerando-se tanto o rigor metodológico das mesmas como a aplicabilidade das evidências científicas e questões nelas sinalizadas: os estudos de Wathen e MacMillan⁶ e o de Ramsay *et al.*⁷

O estudo de Wathen e MacMillan⁶ reuniu evidências sobre intervenções em saúde para prevenir a violência e a revitimização, e focalizou sua avaliação sobre a efetividade do tratamento. Nas realidades das publicações abarcadas, os instrumentais de rastreamento estavam disponíveis e foram úteis nos momentos iniciais das rotinas e encaminhamentos propostos – ou seja: as fichas ou formulários de identificação das mulheres em situação de violência tinham existência e função positiva nos programas, desencadeando ações como aconselhamentos e encaminhamentos para abrigos e outros recursos da comunidade. Porém, um desfecho desfavorável mereceu destaque: em geral, os resultados iniciais positivos para a mudança no sistema de atendimento, por meio do uso do protocolo proposto (identificação-aconselhamento-enca-

minhamento), não se mantiveram após um ano da intervenção. Os autores atribuíram tal “falha” ao modelo de capacitação, que não incluiu uma supervisão continuada do processo. Uma das estratégias para a integração da atenção à violência de forma mais “estável” seria incluir gestores no processo, reconhecendo-se que a prática clínica é influenciada pela política institucional vigente.

Ramsay *et al.*⁷, na revisão sobre intervenções para reduzir a violência e promover o bem-estar físico e psicológico de mulheres que sofrem ou sofreram violência do parceiro, avançaram na produção de conhecimentos para o êxito dos programas propostos. Eles ratificaram que o rastreamento ou busca ativa dos casos nos programas e serviços de saúde colabora para a identificação de maior número de mulheres em situação de violência, já que poucas vezes a mulher fala espontaneamente sobre o problema. Além disso, os pesquisadores concluíram que esse processo de identificação, especialmente nas clínicas de pré-natal e nas emergências, ao facilitar o acolhimento das questões e dos sofrimentos envolvidos, tende a oferecer uma atenção mais integral, que orienta, apoia, esclarece e discute alternativas para as diferentes situações detectadas, o que ajuda a diminuir a exposição dessas mulheres à violência.

Para que este processo mais global e exitoso de atenção em saúde ocorra, segundo as experiências analisadas, foi considerado fundamental garantir a realização de atividades de promoção dos direitos das mulheres no atendimento em saúde prestado, ou seja, para além de um olhar clínico focalizado nos agravos em saúde, é necessário incorporar um olhar sobre as questões estruturais e relacionais envolvidas. Geralmente, as situações de conflito e agressões rastreadas envolvem desigualdades e discriminações baseadas em gênero (muitas vezes, associadas às de classe e raça/etnia) que muitas mulheres vivem e/ou casais reproduzem. Para estas situações, existem informações, aconselhamentos e procedimentos – como leis, normas técnicas e rede de serviços específicos – que fortalecem e apoiam as mulheres para o enfrentamento do problema. Entre outras recomendações para a melhoria da atenção prestada foi indicado: incrementar a articulação entre programas comunitários e serviços locais de saúde; a partir de ações interdisciplinares, oferecer aconselhamentos e grupos de apoio que trabalhem informações sobre processos de socialização de homens e mulheres, que contribuam para melhor manejo do estresse nas situações de conflito e para fortalecer a autoestima feminina.

Por fim, entre as recomendações sobre modalidades de “treinamento de equipes”, ressaltaram-se evidências positivas nos modelos que incluíram capacitação e reciclagem regular dos profissionais, bem como as abordagens que privilegiaram

perguntas diretas, nas consultas, sobre eventos violentos e o registro sistemático dos achados e da situação de segurança da paciente, apoiando-se em sistema de referências e material educativo. A articulação com centros de formação e pesquisa, e a participação de representantes de serviços comunitários nos treinamentos foram estratégias exitosas para alcançar melhores resultados na educação profissional em saúde para atenção à VPI.

PROGRAMAS DE TREINAMENTO EM VPI PARA EQUIPES DE SAÚDE

No conjunto de estudos levantados, grande parte se referiu à descrição de resultados de pré e pós-testes de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos em capacitações realizadas. Sabe-se que bons índices de acerto ou assimilação de conteúdos não garantem a qualidade das práticas profissionais, porém o *follow-up* dos resultados das capacitações na rotina dos serviços, a curto ou médio prazo, foi uma opção metodológica pouco presente nas publicações.

A revisão publicada pelo CDC (Centers for Disease Control)⁸ se diferenciou ao destacar o papel e a função dos programas de pesquisa e avaliação nos cenários de formação em saúde: trabalhar conjuntamente no processo de educação profissional proposto, apoiando os organizadores e instrutores na identificação de necessidades dos provedores, na seleção de material apropriado e na revisão e atualização permanente das evidências científicas, entre outras atividades.

Neste sentido, estudos recentes sobre a integração da atenção ao problema da violência na saúde vêm incorporando resultados de pesquisas baseadas em metodologias qualitativas e participativas^{9,10}. Por meio deles, são conhecidas as expectativas das mulheres para com os profissionais nos serviços que buscam e dos profissionais para com os programas implantados.

Minsky-Kelly *et al.*¹⁰, ao se perguntarem sobre o que fazer se os profissionais treinados não aderem aos programas baseados em rastreamento de VPI e ao partirem para uma investigação aprofundada sobre percepções e atitudes desses atores, descortinaram outros sentidos associados às aparentes resistências envolvidas, propiciando um espaço de expressão do “desconforto” dos profissionais que se sentem pouco preparados frente à possibilidade de se verem diante de um caso positivo para VPI: como lidar com o medo de não saber como agir e/ou “reagir” a tal situação? Neste cenário, atitudes de resistência ou negação da situação podem eclodir, por exemplo, caso o profissional tenha experimentado a violência em sua vida particular e este assunto seja, para ele, um tema “delicado”, que desencadeie sofrimento.

Diante desta realidade, segundo Garcia-Moreno¹¹, levantar valores, atitudes e experiências dos profissionais com relação aos temas de gênero e violência deveria ser uma das primeiras atividades de qualquer treinamento. Conforme evidenciado na experiência da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a implantação de programas de enfrentamento da violência intrafamiliar na América Central, “as capacitações devem partir de uma reflexão das vivências e crenças dos participantes, e não só dos aspectos técnicos da atenção”¹² (p. 16).

Um dos aspectos centrais da capacitação para acolhimento da VPI na saúde se relaciona com a reflexão e o melhor entendimento dos profissionais sobre limites próprios das intervenções com mulheres que vivem com parceiros autores de agressão: os médicos não podem tratar, medicar, “consertar” ou mudar isto, e também, muitas vezes, precisam aprender a não “julgar” as atitudes daquelas que, embora peçam ajuda, optam por continuar na relação. Na verdade, o que se faz necessário, e pode estar ao alcance de cada profissional envolvido, é apoiá-la em suas decisões, enquanto busca aumentar coeficientes de proteção e segurança da mulher e filhos porventura envolvidos, e propiciar o acesso dessa mulher a recursos como, por exemplo, aconselhamento jurídico e orientação profissional para inserção no mercado de trabalho^{11,13,14}.

Por fim, ressalta-se um tema pouco explorado nos estudos, mas que é preciso abordar, inclusive porque se baseia em achados de uma recente experiência local para qualificar a atenção em saúde frente à violência na gravidez em hospital público no Rio de Janeiro⁴: trata-se das dificuldades de operacionalizar uma atenção interdisciplinar e a ação intersetorial do trabalho em saúde, especialmente frente à VPI. Este tipo de atividade necessita de uma (re)organização do processo de trabalho que desloque a atenção centrada na figura do médico (modelo ainda privilegiado e reforçado na formação inicial) para aquela que envolve uma equipe multidisciplinar. Esse trabalho em equipe não é simples, não se operacionaliza sem provocar e mediar conflitos, o que exige processos de reflexão e ação coletiva, nos quais a cooperação e o diálogo são condições para que o atendimento se estabeleça dentro de uma rotina institucional. Assim, os “protocolos” para acolhimento da VPI tanto têm a vocação de organizar a atenção prestada, quanto são dispositivos que colocam em cena o desafio de construir uma gestão participativa do processo de trabalho em saúde:

As articulações, tanto com diferentes profissionais, como com diferentes setores, exigem, também, o desenvolvimento da capacidade de negociação, bem como habilidade para lidar com o outro – portador de distin-

tos interesses e distintos saberes. Um verdadeiro estímulo à capacidade relacional – intervenções que não se reduzem à aplicação de um instrumental técnico e/ou de um conhecimento dado a priori¹⁵. (p. 73)

De posse deste quadro de avaliação de experiências que têm funcionado (busca ativa, por exemplo) e do que se apresenta como nova questão na integração do setor saúde no enfrentamento da VPI a partir de programas implantados (como a continuidade e a institucionalização das propostas), o desafio passa a ser situar que processos de formação acadêmica em saúde têm sido hegemônicos e quais se diferenciam, especialmente na educação médica, para qualificar a atenção em saúde frente a esta complexa problemática.

O TEMA DA VPI NA GRADUAÇÃO E RESIDÊNCIA MÉDICA: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS

Em sua maioria, as publicações encontradas sobre formação em saúde, para abordagem da VPI, limitaram-se aos informes sobre resultados de *surveys* enviados às escolas médicas americanas e canadenses, para levantamento quantitativo sobre o ensino no assunto (se oferece algum curso ou disciplina, quantos e em que carga horária).

Neste caminho, Alpert *et al.*¹⁶, ao compararem os resultados de sua pesquisa com outra realizada 11 anos antes, observaram um aumento de 18% no número de escolas médicas americanas que reportaram atenção ao tema da violência doméstica contra adultos. Avaliaram que tal incremento, porém, se restringia aos dois anos básicos e a uma ou duas horas de ensino e daí concluíram que tais cursos eram inadequados, já que o ensino efetivo sobre violência como um “problema” demandaria processos de reflexão e aquisição de conhecimentos diferenciados.

Já no estudo de Baker¹⁷, o treinamento sobre violência interpessoal foi incorporado ao currículo de residência em medicina da família e de mais três escolas médicas, apoiando-se em base comunitária. Assim, contando com a participação de parceiros da rede de serviços com experiência na atenção a mulheres em situação de violência desde os treinamentos, tiveram mais facilidade nos posteriores intercâmbios entre as equipes e nos encaminhamentos dos casos. No ensino da clínica, os residentes aprenderam a incorporar a avaliação sobre violência durante o próprio exame clínico. Um dos resultados exitosos deste modelo foi a construção de uma matriz de medicina comunitária, que incorporou o tema aos diferentes níveis de cuidado primário – definição da população, levantamento dos problemas, intervenção, monitoramento e articulação da rede de parcerias e serviços – e que serviu ainda ao planejamento e identificação de recursos para sua execução.

Entre os trabalhos de revisão mais recentes sobre o ensino da VPI na formação médica, o de Hamberger¹⁸, além de ter levantado a evolução da inserção da VPI nos currículos das escolas médicas e residências, descreveu e analisou dificuldades e oportunidades para sua implantação. Uma limitação destacada foi o frequente isolamento entre as atividades ligadas ao tema VPI e o restante do currículo médico, sem haver integração com os demais conteúdos. O autor listou ainda algumas propostas de incorporação da VPI aos programas curriculares:

- *imersão*, que reúne equipes multidisciplinares em dois ou três dias de atividades (Jonassen *et al.*, 1999 *apud* Hamberger¹⁸);
- *modelo longitudinal*: treinamento via disciplina específica para cada ano de ensino – *Domestic Violence*, que cobriria diferentes aspectos do problema, conforme os anos acadêmicos alcançados (básico e profissional), acumulando conhecimentos e aperfeiçoando habilidades (Brandt, 1997 *apud* Hamberger¹⁸);
- *Currículo Baseado em Problemas*: abordagem em pequenos grupos com um caso típico relatado, para o qual os estudantes devem pesquisar, analisar e desenvolver conceituação e plano de tratamento específico;
- *modelo delegado por especialidade*: cada especialidade médica desenvolveria um olhar, abordaria diferentes aspectos do problema – o *screening* na emergência, o levantamento de recursos comunitários na atenção primária, as complicações na gravidez nos serviços obstétricos –, sendo, porém, necessário um olhar global, baseado em conceitos-chave do problema, que garantiria a interlocução entre eles;
- *currículo integrado*: parecido com o modelo anterior, mas necessitaria de um coordenador geral que facilitasse a comunicação entre as diferentes áreas e assessorasse o planejamento e avaliação das atividades (Magrane *et al.*, 2000 *apud* Hamberger¹⁸).

VIOLÊNCIA E SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO: TENDÊNCIAS RECENTES

Em revisão de literatura realizada a partir da SciELO entre 1980 e 2005, Schraiber *et al.*² encontraram 234 artigos publicados sobre violência e saúde na produção brasileira. Entre os 108 selecionados, destacaram “a virtual ausência de trabalhos que analisassem em maior profundidade a prevenção da violência e o papel da saúde nesse tema” (p. 117). Nos estudos sobre a violência contra a mulher, foi observada relevância dada à noção de gênero, sendo grande parte realizada em serviços de saúde, com a clientela do Sistema Único de Saúde.

As autoras apontaram algumas tendências entre as metodologias utilizadas nas pesquisas com mulheres, crianças e adolescentes, como as “análises quantitativas para a identificação das ocorrências e definição de fatores associados, e qualitativas, no estudo das representações de mulheres e profissionais” (p. 117). Avaliaram ainda que, embora as pesquisas contribuam “para a progressiva compreensão do problema” e se encontrem “em momento inicial de sua produção”, ainda existiriam algumas importantes lacunas na produção brasileira, que no momento da revisão se voltava para dar visibilidade ao tema e situar sua magnitude e as dificuldades para que se tornasse questão para o campo da saúde (p. 118).

Mais recentemente, observa-se maior expressão da temática nas investigações sobre níveis de conhecimento e prática dos profissionais de saúde, médicos residentes e alunos da graduação. Entre estas, destaca-se o estudo quantitativo de Vicente e Vieira¹⁹, que buscaram levantar conhecimentos e habilidades sobre a violência de gênero entre 81 alunos de Medicina e 23 médicos residentes: 24,0% dos participantes tiveram aula sobre o assunto, sendo que 31,0% deles receberam informações sobre como lidar com as vítimas. A pesquisa demonstrou que, embora os entrevistados soubessem definir violência, o desconhecimento da epidemiologia e das taxas de morbi-mortalidade foi grande, e foram poucos aqueles identificados com habilidades para manejar casos.

Em pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualiquantitativa com 175 estudantes da UFSC²⁰, foram analisados conceitos e vivências sobre violência entre acadêmicos do último ano dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia. A ausência da abordagem sobre protocolos de atendimento no currículo foi informada e observada: para fazer um “diagnóstico”, os alunos dependiam mais de sua sensibilidade do que propriamente do conhecimento sobre a violência proporcionado em sua graduação. Nas poucas vezes em que as situações eram identificadas, eles não sabiam que atitude adotar, sendo a atitude de negligenciar os casos uma das possibilidades.

O estudo problematizou ainda a questão da qualidade do “conhecimento” sobre a violência entre os entrevistados e sinalizou a não incorporação da “experiência” dos alunos como um dos limites do processo ensino-aprendizagem desde a graduação destes futuros profissionais:

Os acadêmicos [...] em sua maioria, já vivenciaram alguma situação de violência, porém as definições que possuem sobre o tema parecem não incorporar essa vivência, mas se ancoram em abordagens técnicas, em que os danos físicos são priorizados enquanto violên-

cia. Sentimentos de reação, como a raiva e a indignação, foram evidenciados, no entanto em nenhuma situação os acadêmicos mostraram outras formas de lidar com a violência, expressando imobilidade diante dela. Ainda assim, esperam que os pacientes atuem de modo bem diverso, sendo ativos na procura de ajuda. (p. 11)

No campo da formação acadêmica do profissional de Enfermagem, a experiência brasileira de Penna *et al.*²¹ para inserção da “violência contra a mulher” no currículo foi inovadora e relevante, pois ratificou o que parece ser o problema de base para o êxito de qualquer proposta deste tipo: os limites do modelo de formação hegemônico. Foi apontado o despreparo dos profissionais de Enfermagem frente ao tema da violência, criticando-se a formação e a prática na área da saúde calcada no modelo biomédico:

[...] onde o objeto de atenção não é o cliente como um todo e, sim, suas partes, de modo que os profissionais não percebem os laços estruturais entre corpo e sociedade. [...] A formação da enfermeira vem ocorrendo, ao longo do tempo, sob o predomínio desse modelo materializado em uma prática pedagógica com forte influência tecnicista, com a herança do taylorismo impregnada no processo de trabalho em enfermagem. Esta prática pedagógica aparece mesclada a uma tendência acadêmica, na qual o conceito de saúde que emerge é centrado no biológico. (p. 1 e 4)

Além disso, o que diferenciou esta experiência foi o fato de as autoras situarem, na descrição metodológica da proposta, o arcabouço teórico que respaldou a implantação da mesma, a saber, a pedagogia crítica, dentro de marcos político e de saúde pública (Sistema Único de Saúde) e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS-PAISM). Quanto às atividades incorporadas no programa implantado na escola de Enfermagem, tanto as visitas dos alunos aos centros de referência para atendimento a mulheres em situação de violência, como também a proposição de condutas de atendimento baseadas em discussão coletiva dos casos foram tidas como facilitadoras neste modelo de formação aplicado à realidade brasileira.

Verifica-se ainda que, na construção e execução dos programas curriculares nas escolas médicas, além dos aspectos clínicos e objetivos, pouco se tem preparado os médicos para a abordagem de temas “sensíveis” e moralmente carregados, como aqueles envolvidos na atenção em saúde sexual e reprodutiva, que demandam o lidar com questões sociais complexas e com suas próprias percepções e sentimentos, o que extra-

pola fronteiras de uma prática baseada no modelo biomédico de formação^{22,23}.

Neste caminho, Bosi *et al.*²⁴, focados no tema do abortamento na formação e prática dos médicos que lidam com questões da saúde das mulheres, apontaram o aparente paradoxo envolvido no que chamaram de “silêncio curricular”: apesar de grande parte da demanda dos serviços obstétricos se relacionar às situações de abortamento, muitas vezes, em sua formação, a atenção ao assunto se resumiu a uma aula.

Soares²⁵, partindo do pressuposto inicial da “resistência” de profissionais em aderir a programas de assistência a mulheres em situação de violência sexual, focalizou sua análise no âmbito das “representações sociais” e não do “conhecimento” sobre a temática. Os resultados apontaram uma transição da “concepção moralista/religiosa à promoção dos direitos e da autonomia das mulheres” (p. S399). Lentamente, segundo a autora, as experiências de atendimento através da atenção técnica normatizada aos casos de violência sexual²⁶ “têm possibilitado mudanças de valores e a ressignificação da prática dos profissionais” (p. S399). Tais experiências colocam em cena assuntos como abortamento, violência, gênero, sexualidade e direitos humanos, entre outros, e dão visibilidade a como o “despreparo para lidar com estas questões esteve relacionado com a falta de capacitação [...] uma vez que este tema não faz parte da formação acadêmica dos profissionais de saúde, junto à crença de que esta não é uma problemática pertinente ao setor saúde” (p. 400).

Assim, no contexto destas publicações e experiências, tomadas aqui apenas como um levantamento inicial de tendências na realidade local, foram detectadas algumas questões sobre a situação limitada de inserção curricular do problema da VPI na formação em saúde no cenário brasileiro. As principais ausências e fatores limitantes se referiram tanto a protocolos de atenção que promovam a busca ativa, o acolhimento e encaminhamento implicado dos casos (para além de uma atuação mecânica e obrigatória de notificação dos casos e medicalização dos agravos e sofrimentos), como também aos aspectos metodológicos do processo de ensino-aprendizagem para atuação frente a um tema “sensível e sensibilizador”²⁷.

DISCUSSÃO AMPLIADA E RECOMENDAÇÕES

Embora a revisão de literatura ratifique a importância da busca ativa dos casos de VPI e da promoção dos direitos das mulheres na realidade dos serviços, não foram apontadas evidências sobre uma metodologia mais “eficaz” na formação em saúde para a detecção e o acolhimento dos casos. Porém, algumas recomendações foram ressaltadas, entre elas: incorporação de conhecimentos e experiências dos profissionais e garantia de espaços coletivos de discussão que apoiem emocional e techni-

camente profissionais e equipes, promovendo um processo de educação permanente; levantamento da realidade dos serviços, das equipes e da rede intersetorial de violência em termos de demandas e recursos disponíveis; definição de indicadores factíveis sobre que “acolhimento” se deseja e se pode alcançar; investimento na parceria intra e interinstitucional em todas as etapas do processo formativo (planejamento, implementação, monitoramento e avaliação); e, além dos profissionais de saúde, envolver gestores no processo, reconhecendo-se que a prática clínica é influenciada pela política institucional.

Ratifica-se que, no processo de educação permanente em saúde, em que a qualificação da atenção à VPI é considerada desde a graduação, uma estratégia essencial é o reconhecimento e a incorporação de saberes e práticas de atores situados fora do âmbito “acadêmico-científico” de produção de conhecimento e formação em saúde, como os parceiros da rede de serviços com experiência na atenção a mulheres em situação de violência.

Diante de tais recomendações, muitos questionamentos sobre o “como fazer” ou sobre o que é necessário para colocar em prática algumas destas recomendações precisam ser mais discutidos.

Por que tão poucos profissionais de saúde, embora apontados como atores estratégicos, incorporam o acolhimento da VPI em sua prática profissional, mesmo nos serviços que contam com protocolos de atenção para identificar o problema e intervir sobre ele? De fato, identificar e acolher a VPI é muito diferente de rastrear qualquer “doença” de caráter puramente biológico que demande atenção técnica e objetiva.

O “silêncio” em torno do tema, justificado no caso de muitas mulheres pela vergonha ou receio em expor um problema “íntimo”, passa também por outros silêncios estratégicos. Há o silêncio baseado no medo de grande parte dos profissionais, que relatam ter dificuldade de tocar no tema por não se considerarem “capacitados” para isto. Há alguns outros que temem entrar em contato com seus próprios sentimentos ligados a situações afins vividas (silêncio da “resistência”). Existe ainda o silêncio do “nada a dizer ou fazer” diante destes casos, relacionado à crença de que este não é um assunto pertinente ao setor saúde (o que também passa pelos limites de sua formação).

Nos âmbitos político-institucionais e paradigmáticos da produção do conhecimento, observa-se o silêncio dos currículos e programas de educação na saúde sobre determinantes sociais do processo saúde-doença, reflexo da formação baseada no modelo biomédico, no qual o conceito de saúde está centrado no biológico, e o “treinamento” dos profissionais consiste na busca das patologias bem definidas (o que não é o caso da violência, uma “dor sem nome”¹³):

Ainda que propostas de caráter integrador sejam colocadas para a renovação da educação médica, a resistência às mudanças é muito grande, e, na maioria dos casos, o currículo médico continua privilegiando a formação técnica e o conhecimento biológico, dissociado dos aspectos históricos, sociais, psicológicos e culturais que permeiam o adoecimento humano⁵. (p. 271)

Ao silêncio curricular, associa-se o de uma interação não dialógica e uma ação não cooperativa entre os alunos, cada vez mais baseada na competitividade, assim como entre alunos e professores, usuários e profissionais, e entre equipes de saúde. Tal silêncio é fortalecido tanto por uma concepção bancária da educação – que desconsidera o potencial do ensino-aprendizagem baseado na problematização e nas metodologias ativas –, como também por um processo de trabalho em saúde centrado na figura do médico, que dificulta a implementação de rotinas baseadas na reflexão e ação coletiva que definam e articulem funções (com flexibilidade) dentro de uma equipe multidisciplinar e da rede de serviços.

Espera-se que o levantamento e a discussão das experiências descritas lancem luz sobre os velhos e novos desafios que o tema da violência vem apresentando à educação médica. Na verdade, considera-se que muitas das evidências e recomendações demarcadas já estão previstas na política de formação de recursos humanos no SUS e fazem parte do atual debate em torno das mudanças na educação médica⁵, como o ensino centrado no processo de trabalho e nos princípios da integralidade e da intersetorialidade das ações, a diversificação dos cenários de aprendizagem e a valorização das dimensões psicossociais do adoecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário atual da educação médica brasileira, experiências de ensino centrado no aluno e na problematização das necessidades em saúde da população, pouco a pouco, ganham força e visibilidade¹⁵. Aliada a estas propostas inovadoras, a inserção precoce dos alunos em diferentes cenários de ensino-aprendizagem vem se tornando uma realidade, especialmente no âmbito da atenção básica em saúde⁵, colocando o aluno em contato mais direto com a problemática da violência nas famílias e comunidades atendidas. Partindo-se destas mudanças em curso, o grande tema da violência, espera-se, pode ter mais chances de se tornar um conteúdo valorizado nos currículos médicos a partir das necessidades dos alunos, demandando, inclusive, a busca por outros cenários de ensino-aprendizagem, como os abrigos, os serviços de referência para mulheres em situação de violência e os programas hospitalares e ambu-

latorias de saúde que tratam das vítimas de violência sexual²⁶, entre outros.

Neste contexto, uma tarefa prioritária seria a integração (de fato) dos referenciais das ciências humanas e sociais nas grades curriculares, para viabilizar um entendimento crítico sobre a VPI e, quem sabe, gerar conhecimentos que alavancuem intervenções diferenciadas, respaldadas, por exemplo, por abordagens sociológicas e históricas sobre educação e saúde, gênero e direitos humanos.

Ainda que se atente para os limites no ensino das escolas médicas orientadas pela formação tradicional e que os docentes se vejam despreparados para a abordagem da VPI (já que também não foram formados para isto), o primeiro passo pode ser tomá-la como um “tema gerador”²⁸, questionando e debatendo em sala de aula, com a participação opcional de representantes da rede de violência, por exemplo: o que professores, alunos e usuáries entendem por violência e como a nomeiam (alguns consideram grosserias como violência, outros somente os danos físicos); como explicam os diferentes tipos de violência que sofrem homens (mundo público) e mulheres (mundo privado); que consequências pode trazer para a saúde e quem sofre mais, e com que gravidade, danos físicos, psicológicos e sexuais decorrentes da violência; que fatores desencadeiam ou causam atitudes e comportamentos agressivos e submissos, especialmente entre casais; que experiências tiveram, se conhecem alguém ou já viveram situações relacionadas ao tema e o que foi feito ou foi difícil fazer nessas situações. A partir daí, dependendo da concepção de educação com que se trabalhe (reprodutora ou transformadora), diferentes tipos de conhecimento e experiências entrariam em cena e descortinariam preconceitos e crenças associadas, colaborando para a construção coletiva de novos saberes e práticas. Isto, por si só, iria além de um ensino que privilegia um olhar estritamente clínico e a (re)produção de um conhecimento puramente “objetivo” sobre a violência, e poderia, inclusive, gerar ações socialmente mais responsáveis, pois, como problematizam os autores:

O espaço de ensino-aprendizagem e o currículo podem ser espaços onde preconceitos sejam colocados em questão? Britzman (1998) afirma que a ativação do pensamento pelo confronto de preconceitos é uma grande questão da educação, uma questão que pode permitir que a aprendizagem se aproxime da justiça social²⁹. (p. 210)

Tal proposta de problematização, no âmbito de um paradigma crítico-reflexivo da formação em saúde, pode contribuir para incrementar a habilidade dos sujeitos para observar

a realidade, detectar recursos disponíveis, (re)inventar tecnologias apropriadas e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva, visando à melhoria do processo de trabalho e do cuidado em saúde, no caso, a qualificação do acolhimento da violência por profissionais de saúde⁴.

Apoio: Fundação Oswaldo Cruz, bolsa de doutorado em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev. Saúde Pública 2006;40 (nº esp.):112-20.
3. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: Population Program, School of Public Health, Johns Hopkins University; 1999 (Population Reports, Series L, 11).
4. Dantas-Berger SM. Pesquisa-ação na gestão da educação e do processo de trabalho em saúde: uma ferramenta estratégica para acolhimento qualificado da violência entre parceiros íntimos na gravidez. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado [Tese] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
5. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Rev Bras Educ Méd 2009;33(2):262–70.
6. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. JAMA 2003;289:589–600.
7. Ramsay J, Rivas C, Feder G. Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations. Final report. London, England, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, Barts and The London; 2005.
8. Short LM, Johnson D, Osattin A. Recommend components of health care provider training programs on intimate partner violence. Am J Prev Med. 1998;14(4):283-8.
9. Feder G, Hutson M, Ramsay J, Taket A. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: A meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med. 2006;166(1):22-37.
10. Minsky-Kelly D, Hamberger K, Deborah A. We've had training, Now what?: Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. J Interpers Violence 2005;20(10):1288-309.

11. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. 2002;359(9316):1509-14.
12. Arcas CC, Ellsberg M(org). Informe final. Sistematización del proyecto de OPS: hacía un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
13. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed.Unesp; 2005. (Saúde e Cidadania).
14. Giffin K, Dantas-Berger SM. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: Taquette S, org. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007. p. 55-60
15. Costa H. A problematização da violência como experiência de ensinar em Saúde. *Interface Comun Saúde Educ*.1999;3(5):63-74.
16. Alpert EJ, Tonkin AE, Seeherman AM, Howard A. Family Violence Curricula in U.S. Medical Schools. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):273-82.
17. Baker NJ. Strategic footholds for medical education about domestic violence. *Acad Med*. 1995;70(11):982-5.
18. Hamberger K. Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based Intimate partner violence curriculum and evaluation. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2): 214-25.
19. Vicente L de M, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):63-71.
20. Rosa R, Boing AF, Schraiber LB, Coelho EBS. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde *Interface Comun Saúde Educ* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 13 jul. 2010];14(32):81-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/07.pdf>.
21. Penna LHG, Tavares CM de M, Sousa ER. The importance of the insert of the thematic "violence against the woman" in the curriculum of nursing. *Online Braz J Nurs* [periódico na internet] 2004 [acesso em 6 dez 2006]; .3(2). Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/siteantigo/objn302pennaetal.htm>
22. Giffin K. Aborto provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995;4:121-6.
23. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 1999;3(5):11-27.
24. Bosi MLM, Neto FUS, Filho AFA, Júnior FFB, Pinheiro MAA, Tinoco FAH. Aborto provocado: o ponto de vista de acadêmicos de Medicina de uma universidade pública. *Cad Saúde Pública*. 2000;8(2):41-54.
25. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl. 2):S399-406.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: MS; 1999.
27. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (Supl. 2)S205-S216.
28. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996
29. Saippa-Oliveira G, Koifman L, Pinheiro R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na área de Saúde*. Rio de Janeiro: Cepesq; 2006. p. 205-27.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sônia Maria Dantas Berger
Rua Domingues de Sá, 350 – apto 602
Icaraí – Niterói
CEP 24220-091 – RJ
E-mail: sdantasberger@gmail.com