

Violência contra a mulher: percepção dos médicos

das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo*

Fernanda Garbelini De Ferrante¹
Manoel Antônio dos Santos²
Elisabeth Meloni Vieira³

DE FERRANTE, F.G.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.31, p.287-99, out./dez. 2009.

Violence against women is a complex and highly prevalent phenomenon that is considered a public health problem. The affected women generally search for healthcare services in order to treat associated symptoms. This qualitative study aimed to verify the perception of doctors working at primary healthcare units of Ribeirão Preto, state of São Paulo, on violence against women perpetrated by intimate partners. Data were collected through interviews with 14 gynecologists and general practitioners. The use of content analysis allowed us to define the following themes: knowledge of the types and severity of violence, perception regarding who the affected woman is, medical practice in the violence situation, intervention possibilities and barriers to access the services. As the medical doctors feel unprepared to approach the subject, they handle it with gender and social class prejudices, transferring the responsibility for occasional failures to "others", such as the services, the network and the women.

Keywords: Violence against women. Physicians. Health professional. Primary healthcare. Women's health.

Violência contra a mulher é um fenômeno complexo e altamente prevalente, considerado problema de saúde pública. Comumente, as mulheres afetadas buscam serviços de saúde para tratar sintomas associados. Este estudo, de abordagem qualitativa, teve por objetivo verificar a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP sobre violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. Os dados foram levantados por meio de entrevistas com 14 médicos ginecologistas-obstetras e clínicos gerais. A análise de conteúdo permitiu definir os seguintes temas: conhecimento sobre tipos e gravidade de violência, percepções acerca de quem é a mulher acometida, prática médica frente à situação de violência, possibilidades de intervenções e barreiras de acesso ao serviço. Os médicos, por se sentirem despreparados para abordar o tema, o enfrentam com muitos preconceitos de classe social e gênero, transferindo a responsabilidade, por eventuais falhas no atendimento, aos "outros": os serviços, a rede e as mulheres.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Médicos. Profissional de saúde. Atenção primária à saúde. Saúde da mulher.

* Elaborado com base em De Ferrante (2008), pesquisa financiada pelo CNPq (processo 403103/05-3) e Fapesp (processo 2006/61922).

¹ Hospital Nossa Senhora da Luz, Aliança Saúde. Rua Brigadeiro Franco, 3226, apto. 21, Água Verde. Curitiba, PR, Brasil. 80.250-030 fernandaferrante@hotmail.com

² Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

³ Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Introdução

A violência doméstica contra a mulher, também designada violência de gênero ou violência por parceiro íntimo, é um fenômeno complexo e de alta prevalência no Brasil. Foi reconhecida como um problema de saúde pública por afetar a integridade física e a saúde mental da mulher. Como tal, pode ser identificada, assistida e encaminhada nos serviços de saúde (World Health Organization, 1997), embora vários estudos (Marinheiro, 2004; Pedrosa, 2003; Schraiber et al., 2003; Sugg, Inui, 1992) afirmem que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em lidar com essa problemática.

A violência contra a mulher em foco

Para Angulo-Tuesta (1997) é difícil definir o termo mais adequado para designar o fenômeno. Na literatura especializada destacam-se as variantes: *violência contra a mulher*, *violência intrafamiliar*, *violência conjugal*, *violência doméstica contra a mulher* e *violência de gênero*. Essa enorme variedade de termos, que resulta da inexistência de uma denominação única, deve-se à complexidade do fenômeno estudado, sua amplitude e operacionalização. Dependendo da área do conhecimento em que se coloca o problema, define-se sua conceitualização. Como buscamos compreender o fenômeno da violência contra a mulher com base na ótica da saúde pública, enfatizamos os aspectos relacionados à saúde da mulher. De forma que, seguindo tendência observada na literatura, utilizaremos ora o termo *violência de gênero*, ora *violência doméstica contra a mulher*, ora *violência contra a mulher*, ou, ainda, *violência perpetrada pelo parceiro íntimo*, todos como sinônimos.

Segundo a Organização das Nações Unidas (1993), a violência contra a mulher é definida como qualquer ato de violência baseado em gênero, que efetivamente resulte ou possa resultar em agravo ou lesão física, sexual ou psicológica ou em sofrimento da mulher. Também é considerada violência a ameaça de cometer esses atos, a coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública como privada.

A violência cometida contra as mulheres por seus parceiros íntimos no ambiente privado é reconhecida como um problema mundial presente em todas as classes sociais e etnias, independentemente da cor, idade, nível socioeconômico e *status* educacional (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001). Intensos esforços têm sido feitos para melhor conhecer esse tipo de violência. Estudos realizados têm dimensionado a magnitude, a prevalência, os fatores de risco e suas consequências (Garcia-Moreno et al., 2005). Segundo esses autores, os dados obtidos são alarmantes e mostram que foram agredidas física e sexualmente por seus parceiros entre 30% a 60% das mulheres em todo o mundo, ao menos uma vez na vida. No Brasil, 27% das mulheres na cidade de São Paulo e 34% na Zona da Mata pernambucana relataram ter sofrido algum episódio de violência física cometida por parceiro ou ex-parceiro ao menos uma vez na vida.

Azevedo (1985) aponta para um aspecto importante da violência, baseando-se nas relações de gênero. Afirma que esse fenômeno tende a ser visto pela sociedade como uma forma de manifestação normal da masculinidade, para coibir a suposta perda da feminilidade da mulher.

Para Schraiber e D'Oliveira (1999), a mulher é vista na sociedade como um sujeito dependente e infantilizado, com necessidade de ser protegida, sendo constantemente educada por meio de atitudes corretivas, punições e agressões. Desse ponto de vista, a violência praticada contra a mulher seria exercida pelo homem como uma atitude corretiva de comportamentos não aprovados, ou seja, teria caráter disciplinar.

A violência apresenta-se como uma forma de legitimação de poder do homem sobre a mulher, sendo por isso denominada de violência de gênero. Nessa acepção, pode ser interpretada como educativa e punitiva, pois assume um caráter *exemplar*. Dessa forma, é fundamental compreendermos o conceito de gênero, tal como proposto por Scott (1988), que o define como uma categoria teórica fundamentada em duas proposições. A primeira proposição é a de que o gênero seria um elemento das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, permeadas por quatro elementos distintos, mas relacionados entre si, que operam simultaneamente: os símbolos culturais, os conceitos normativos, as instituições sociais e políticas, e as organizações, bem como a formação da identidade subjetiva. Em sua segunda proposição, Scott destaca que o gênero é uma forma primária de relação de

poder, que designa à mulher o papel de sexo frágil, permitindo, assim, o controle sobre ela, ao impedir sua participação na vida política, social e econômica, de modo a consolidar o poder e naturalizar as posições masculinas e femininas como desiguais. Por conseguinte, gênero é um conceito-chave para analisar a relação de subordinação das mulheres e a mudança social e política. Corresponde a uma categoria histórica e, por essa razão, é passível de ser modificada.

Segundo Chauí (1984) a violência é capaz de alienar o sujeito, mantendo-o na relação sem que este perceba que suas vontades e ações estão à mercê do dominador. O sujeito não percebe sua perda de autonomia. A perda de autonomia, a alienação e sujeição da vontade aos caprichos do outro, configuram violação dos direitos humanos, que são utilizados como parâmetros na definição de violência, compreendendo-a como todo ato capaz de violá-los (Saffioti, 2004).

Por violência física entende-se todo e qualquer ato que objetive causar dano cometido por meio do uso de força física ou utilizando algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas. A violência psicológica inclui toda ação ou omissão que causa ou destina-se a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. A violência sexual é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, mediante força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas (Day et al., 2003).

Podemos observar que as violências cometidas contra a mulher assumem várias formas e, ainda, que o lar é um fator de risco para a violência (Azevedo, 1985). As mulheres vítimas da violência doméstica, segundo mostram os registros da Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo, em 60% dos casos continuam vivendo com seus agressores depois de registrada a queixa (Verardo, 1997).

Esses dados denunciam que eventos violentos ocorridos no ambiente familiar não são nomeados como violência. Ainda que muitas mulheres descaracterizam ou não percebem o que lhes ocorre como violência, mesmo que muitas vezes a situação doméstica seja extremamente conturbada e as hostilidades perpetradas pelo parceiro íntimo sejam reiteradas, existe uma tendência a negar a violência, o que contribui para manter a invisibilidade do problema (Schraiber et al., 2002).

Para compreendermos o fenômeno da violência de gênero devemos descartar as posições deterministas e reducionistas, que apresentam a mulher como passiva e vítima de uma situação imposta. Gregori (1993) afirma que a violência entre parceiros íntimos é determinada por um conflito entre as partes envolvidas, ocorre em uma relação entre gêneros, sendo a agressão uma forma enviesada de comunicação resultante de uma negociação malsucedida por diversas motivações. Destaca que as mulheres participam ativamente desse processo e sustenta que as agressões seriam novas formas de relacionamento, isentas de acordos, entendimentos ou negociações.

O reconhecimento da participação ativa da mulher no desencadeamento da violência não significa afirmar que ambos encontram-se na mesma posição em relação ao gênero, ou seja, homens e mulheres não detêm o poder de maneira igualitária. A mulher participa da relação violenta, podendo até desencadeá-la, porém é mais penalizada do que seu parceiro nessa relação (Saffioti, 2004).

A incorporação da violência contra a mulher como objeto do campo da saúde é recente. Segundo apontam Schraiber e D'Oliveira (1999), a partir da década de 1980, por meio do movimento feminista, a violência doméstica contra a mulher começou a ganhar visibilidade na esfera pública, alocando-se inicialmente nos âmbitos jurídico e policial. Devido às dificuldades percebidas na década de 1990, buscaram-se novas estratégias para se abordar a violência perpetrada pelo parceiro íntimo a partir de três campos: a saúde, os direitos humanos e o desenvolvimento social, pelo prestígio reconhecido na agenda internacional e por disponibilizarem ferramentas práticas e teóricas para o manejo da violência.

Considerando ser este um problema de saúde pública, os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços são atores que protagonizam esse cenário. No presente estudo voltaremos nossa atenção ao papel dos profissionais de saúde, buscando apreender suas percepções quanto à problemática e ao papel que desempenham perante essas mulheres.

A perspectiva dos profissionais de saúde

Nos últimos anos a maioria dos países vem tentando modificar a resposta dos serviços de saúde em relação à violência. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher inclui o

atendimento das mulheres em situação de violência (Brasil, 2004). Entretanto, sabe-se que os profissionais não identificam ou não registram a violência nos prontuários médicos como parte do atendimento realizado (Garcia-Moreno et al., 2005; Kiss, 2004).

Apesar dos números chocantes apontados pelas estatísticas, estudos referem que muitas mulheres procuram atendimento nos serviços de saúde para tratar de seus sintomas físicos, mas não relatam aos profissionais como eles foram desencadeados, omitindo a violência doméstica (Marinheiro, 2004). Pedrosa (2003) corrobora essa suspeita após entrevistar profissionais de saúde em Ribeirão Preto-SP, que relataram não ter capacitação suficiente, nem contar com um ambiente de trabalho que promova uma estrutura adequada para lidar com situações de violência, embora soubessem da importância da escuta e do acolhimento.

Sugg e Innui (1992) detectaram algumas barreiras para a atuação eficaz dos médicos diante da violência, tais como: falta de tempo; probabilidade de se identificarem com seus pacientes, o que dificulta a visibilidade dos casos de violência doméstica, por não acreditarem que pessoas, assim como eles, possam pertencer a um grupo de risco; medo de ofender os pacientes, por acreditarem que se trata de um assunto privado; sentimento de impotência diante dos abusos cometidos e da perda de controle, pois se decepcionam ao depararem com a inabilidade dos pacientes em controlar suas vidas, e também ficam desapontados com sua própria impossibilidade de controlar os comportamentos dos pacientes.

Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano e Kageyama-Escobar (2005) destacam outras barreiras, que impedem a identificação e encaminhamento dos casos de violência. Para esses autores, os médicos temem por sua segurança pessoal, não querem se envolver com questões judiciais, desconhecem locais para encaminhar as mulheres e não acreditam que o serviço de saúde seja um local adequado para tratar casos de violência. Além disso, os profissionais tendem a desconfiar que as mulheres estejam realmente falando a verdade e acreditam que suas atitudes podem não contribuir para solucionar o problema. Existem também barreiras institucionais, considerando que a instituição não oferece suporte ao atendimento, nem espaços privados para realizar a consulta, sem contar a falta de capacitação profissional. Destaca-se também que não estão sendo completamente cumpridas as normas de atenção estabelecidas, que contemplam identificação, valorização do risco, fortalecimento, orientação, referência e registro.

Para Schraiber et al. (2003), o fato de a linguagem entre profissionais e usuárias ser muito diferente é um aspecto fundamental na dificuldade de se trabalhar com o tema. Há um hiato entre o que os profissionais entendem como sendo um problema de saúde e o que as usuárias buscam nos serviços. Por essas razões, as demandas trazidas pelas usuárias não têm lugar reconhecido entre os profissionais, pois não existem canais de expressão ou de comunicação entre eles, por falta de códigos de linguagem em comum e consenso em relação às nomeações próprias a respeito dessa questão. A dinâmica dominante na situação é: *a mulher não fala e os profissionais não perguntam*, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como consequências de sentimentos de medo, vergonha, preconceito ou descrédito de ambas as partes.

Portanto, ao constatar a importância do processo de comunicação para o atendimento das mulheres em situação de violência, consideramos o médico locado nas unidades de saúde como agente mediador e interlocutor, que, no contato com as usuárias, torna-se peça-chave para acolher, desenvolver possíveis intervenções e encaminhamentos. Sendo assim, acreditamos que um passo importante a ser dado é compreender a percepção desses profissionais sobre a violência de gênero, além de identificar quais os procedimentos e intervenções adotados para investigar sua ocorrência. Dessa forma, este estudo teve por objetivo investigar a percepção dos médicos que atuam nas unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP sobre a violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos.

Trajetória metodológica

Em virtude da natureza do fenômeno, optamos por realizar uma pesquisa de cunho qualitativo, uma vez que este método volta-se para os aspectos subjetivos, que possibilitam um aprofundamento nas

redes de significações das ações e relações humanas, buscando-se compreender a realidade vivenciada por esses profissionais (Minayo, 2001).

Para termos acesso aos significados que os profissionais constroem acerca da violência contra a mulher, elegemos, como instrumento, a entrevista semiestruturada. Um roteiro temático foi elaborado com o intuito de contemplar os seguintes tópicos: percepção sobre a violência doméstica contra a mulher, atuação profissional diante da violência doméstica, e conhecimentos teóricos e práticos para possíveis encaminhamentos.

Elegemos, como critérios de inclusão, que os médicos trabalhassem nas unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP, localizadas nos cinco distritos sanitários do município; fossem clínicos gerais (CG) ou ginecologistas-obstetras (GO); atendessem mulheres em sua prática profissional; e concordassem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas preconizadas pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Obtida a autorização institucional e após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, realizamos pré-teste do instrumento para ajustar o roteiro. A aplicação-piloto abrangeu cinco entrevistas com profissionais que preenchiam os critérios de seleção e que não foram incluídos no estudo. Além disso, realizamos uma aproximação com o campo, com o intuito de nos ambientarmos e nos aculturarmos no contexto. Selecionamos os entrevistados conforme os critérios definidos e realizamos 14 entrevistas com o auxílio do gravador, no período de junho a agosto de 2007. O critério de saturação foi utilizado para interromper a coleta de dados.

No processo de coleta de dados, deparamo-nos com dificuldades que estenderam nossa permanência no trabalho de campo – entre elas, em vinte das visitas que realizamos nas unidades de saúde, não foi possível falar pessoalmente com os médicos por razões diversas: não estavam presentes nas unidades, alegaram que não tinham tempo ou que não estavam disponíveis para conceder a entrevista. Nesse caso, as enfermeiras ou os responsáveis pelo serviço sugeriam-nos que retornássemos em outros dias e em horários diferentes, o que poderia favorecer a realização da coleta. Além disso, cinco médicos negaram-se prontamente a colaborar com o estudo, alegando que não tinham tempo, nem interesse em contribuir com a pesquisa. Tanto as recusas frontais, como as sutis – que se materializaram em esquivas apoiadas em pretextos banais, embora compreensíveis, como “falta de tempo” – são comportamentos que sinalizam uma predisposição negativa em relação à temática abordada no estudo ou, mais genericamente, uma indisposição em colaborar com investigação científica na qual não se vislumbra um interesse ou oportunidade de obter benefício imediato. Por outro lado, é preciso considerar que tais recusas, além das dificuldades no agendamento das entrevistas com os outros médicos, podem resultar em um viés de seleção, pois os informantes que se recusaram poderiam ser ainda mais avessos à temática do que aqueles que aceitaram participar.

O perfil dos participantes foi delineado conforme os dados obtidos nas entrevistas. Dentre os 14 entrevistados figuram: oito homens e seis mulheres com idades variando entre 29 a 57 anos; 12 viviam com parceiro fixo e dois eram solteiros; quanto às suas especialidades médicas, nove eram GO e cinco CG; em relação à distribuição por local de trabalho, três atuavam no distrito leste, dois no sul, três no oeste, dois no norte e quatro no distrito central; o tempo de formação dos profissionais variou entre quatro e 36 anos; e, por fim, o tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde variou entre um a 25 anos. Para garantir o anonimato dos participantes, optamos por descrevê-los com base em algumas características, tais como: especialidade, sexo e idade.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e literalmente. Para sistematizar os resultados utilizamos o método de análise de conteúdo temático proposto por Bardin (1977), o que nos possibilitou identificar os núcleos de sentido que emanavam dos discursos dos médicos entrevistados. Para tanto, realizamos uma primeira leitura flutuante do material transcrito para nos aproximarmos dos conteúdos abordados pelos entrevistados, o que permitiu que nos familiarizássemos com suas impressões. Várias releituras exaustivas foram realizadas e possibilitaram um aprofundamento no exame dos relatos, assim como destacar eixos norteadores para a interpretação. Seguimos a análise organizando os dados de acordo com os temas utilizados para elaboração do roteiro de entrevista. Concluída essa etapa do processo, elaboramos uma classificação dos conteúdos por meio do desmembramento dos relatos, para identificar as ideias principais, assim como as estruturas relevantes abordadas pelos entrevistados. Sendo assim,

destacamos alguns temas que se consolidaram a partir da comparação dos eixos norteadores do roteiro de entrevista com o material que emergiu dos discursos dos participantes.

Como referencial teórico para dar suporte à análise de conteúdo, utilizamos as noções de gênero abordadas anteriormente. Entendemos que esse fundamento teórico é capaz de nos proporcionar a compreensão das representações dos profissionais de saúde, tanto a partir de sua inserção como sujeitos sociais quanto a partir do que eles destacam acerca de suas representações das relações estabelecidas entre homens e mulheres. Partimos do pressuposto de que essas representações são as pautas orientadoras para sua atuação profissional diante da violência contra a mulher.

Resultados e discussão

Para a construção dos resultados analisamos os eixos norteadores: conhecimentos sobre os tipos e gravidade da violência de gênero; percepções acerca de quem é a mulher que se encontra em situação de violência; a prática médica frente a essa situação; as possibilidades de intervenção profissional e percepção de barreiras para o atendimento. Outras temáticas que emergiram no decorrer das entrevistas não serão abordadas neste estudo.

No que diz respeito ao **conhecimento sobre os tipos e gravidade da violência de gênero**, todos os médicos afirmam conhecer a violência física e psicológica. Alguns denominam esta última de violência verbal. A violência sexual foi a menos mencionada nos discursos. Além do destaque dado à violência física, percebemos, a partir dos relatos coligidos, que os médicos reconhecem que privar a mulher de frequentar o espaço público, impedi-la de trabalhar e depreciar o desempenho de suas atividades domésticas são expressões de violência, assim como manter relação sexual sem o consentimento da parceira. Outra ideia abordada pelos profissionais foi a de que a violência surge a partir do momento em que há transgressão do respeito pela individualidade da mulher. Dois médicos destacaram que, em se tratando de violência psicológica, a mulher também participa ao depreciar o trabalho e outros aspectos relacionados à vida do homem. Esses achados estão de acordo com Gregori (1993), que destaca a participação ativa da mulher na situação de violência.

Em relação às **percepções da gravidade da violência** presentes nas falas dos profissionais, a maior parte acredita que a violência psicológica é a mais grave, pois a própria mulher apresenta dificuldade em reconhecê-la como algo prejudicial à sua saúde, a ponto de, frequentemente, permanecer exposta à situação durante anos a fio. Além disso, a constatação do agravo torna a tarefa mais árdua, uma vez que implica mobilizar recursos para superar a situação. Outra ideia que surgiu nos relatos é a de que, por ser mais difícil o profissional detectar a violência e a própria mulher reconhecê-la como tal, os médicos sentem-se limitados para abordá-la ou aplicar qualquer tipo de intervenção. Destaca-se a fala de profissionais que afirmam que a violência psíquica causa dependência emocional da mulher em relação ao homem, dando margem para o surgimento das violências física e sexual. As passagens a seguir ilustram essas idéias:

“[...] eu acho que a pior em termos, até para diagnosticar, para pessoa perceber que está passando, eu acho que é a violência emocional, aquela um pouco ligada à dependência [...] difícil às vezes você quebrar isto, eu acho que é a pior, a pior. Até porque, junto com ela, vem a dependência emocional, vem, futuramente, às vezes uma violência física, uma violência sexual, eu acho que é a pior”. (GO₂, mulher, 37 anos)

“[...] mais grave mesmo, do ponto de vista existencial, é a violência psíquica. Por quê? Porque ela é suportável. Então fica aquele casal se suportando anos [...] anos, né. Especialmente a mulher suportando o homem. Mas a mulher também... evidentemente que ela... é bilateral essa revolta. E... é... a violência física de um modo geral, ela permite a definição mais rápida da situação”. (CG₅, homem, 57 anos)

Esses discursos remetem-nos à definição de violência abordada por Chauí (1984), ao propor que os agressores buscam manter a parceria e estabelecer relações hierárquicas, tornando desiguais as diferenças, visando dominar, explorar e oprimir, contudo sem que o indivíduo perceba-se imerso nessa situação, alienando-o, impedindo o exercício de sua autonomia e sujeitando-o à humilhação e opressão. A violência psicológica provoca *feridas na alma*, muitas vezes mais difíceis de curar do que as marcas físicas, e é constantemente acompanhada por outras formas de violências (Saffioti, 2004).

Outro ponto que constatamos refere-se às **percepções acerca de quem é a mulher que se encontra em situação de violência**. De acordo com os profissionais, a permanência das usuárias em um relacionamento marcado pela violência deve-se a múltiplos fatores, destacando-se, sobretudo: o medo de represália do parceiro, a dependência financeira e emocional, e o medo de perder os filhos. Esses aspectos estão diretamente relacionados às questões de gênero, ou seja, a posição social “inferior” ocupada pela mulher justifica e naturaliza a violência, que tende a se perpetuar. O relato a seguir apresenta essas considerações:

“Porque a situação de vida dessas mulheres é muito complicada. Elas dependem do marido financeiramente, né... não têm coragem de largar por causa dos filhos... porque ele que banca a casa. [...] É educacional, as famílias são muito ignorantes, sem instrução nenhuma, muito broncas... foram criadas assim, como uma mulher muito subjugada. Como é que você vai mudar isso na cabeça de uma pessoa, né? Fazer a mulher entender que ela é igual ao marido dela. Que ela tem que se posicionar com ele de igual pra igual. Mas não adianta, ela não foi criada assim. O cara não vê ela assim, ela não se vê assim, entendeu?”. (GO₅, mulher, 30 anos)

Chama a atenção o preconceito de classe dos profissionais, que frequentemente desqualificam as mulheres, com expressões como “as famílias são muito ignorantes”. Essa visão desqualificadora das usuárias põe em relevo a assimetria que marca as relações de poder, tanto na hierarquia de gênero como na estrutura de classes. É preciso lembrar que a medicina científica, desde sua origem no projeto de medicalização do corpo feminino, se afirma como uma profissão “masculina” e misógina (Vieira, 2002). Ainda hoje constitui um nicho de poder masculino, o que vale também para as mulheres médicas, submetidas à mesma ordem do discurso.

Para Piscitelli (2002), devido à construção social do papel da mulher – ou seja, quando se trata do feminino social, o gênero – a mulher ocupa uma posição de dependência em relação ao homem, que seria o provedor de suas necessidades materiais. À mulher é destinado o espaço privado, ou seja, a responsabilidade pelo desempenho das tarefas domésticas e pelo cuidado dos filhos, naturalizando-se as relações de gênero. Seu perímetro de domínio é delimitado pelo lar, e a possibilidade de perder suas funções tradicionais significaria abrir mão de suas conquistas e de sua relevância social. Seguindo-se essa linha de raciocínio, a mulher permanece na relação por não ser capaz de visualizar outras possibilidades para sua vida, o que contribui para a cronicidade da violência, destacada por Oliveira (2001) e Saffioti (2004), que afirmam que esta se desenvolve em um ciclo vicioso e, com o passar dos anos, tende a se tornar mais grave e intensa. Nos deparamos, assim, com as questões de gênero na gênese da violência perpetrada por parceiro íntimo. Por meio da hierarquia de gênero, a mulher é designada como dócil, submissa, emotiva, resignada e cuidadora, enquanto o homem deve ser agressivo, corajoso, destemido, arrojado e provedor. Essas noções manifestam-se no discurso dos médicos ao destacarem que as mulheres, mesmo reconhecendo a situação de violência a que estão expostas, aceitam-na como algo natural e inevitável, portanto, inquestionável e imutável.

No que se refere à **prática médica frente à situação de violência**, pudemos depreender dos discursos que os profissionais são capazes de identificar usuárias que sofrem agressão, seja devido às marcas físicas deixadas em seus corpos ou aos sintomas associados, tais como: somatizações, queixas infundadas e desconfortos difusos, angústia, depressão, dispaurenia (dores ao manter relação sexual), entre outras manifestações. Outro elemento que contribui para a identificação da violência é o relato produzido pelas mulheres, ao serem questionadas, conforme podemos verificar nas passagens a seguir:

“[...] a gente percebe (silêncio). Percebe como? Primeiro, pode ser pelas lesões que ela tem. E ela fala assim: “Ah. Eu escorreguei e bati o olho.” Mas a gente percebe, quando tem um hematoma. “Ah. Eu escorreguei e bati o olho.” Esse hematoma, não é que escorregou... é claro que ela levou um soco do marido, só que ela não quer falar. A gente percebe assim, às vezes conversando um pouco... [...] Às vezes eu fico 15, vinte minutos conversando com ela, tento ganhar confiança dela ... para ver se ela conversa alguma coisa, se ela faz alguma coisa”. (GO₃, homem, 52 anos)

“Eu já tive pacientes que me revelaram, mas elas não vieram com essa queixa, entendeu? Isso foi uma coisa que... a gente começa retirando conforme a gente vai colhendo a história. [...] Normalmente porque tá tendo dor pra tudo quanto é lado. E tá vivendo com angústia, são os casos de depressão”. (CG₁, mulher, 36 anos)

As diferenças de classe se expressam em um olhar de “estranhamento” e suspeição que o profissional dirige às mulheres atendidas na rede pública. O médico não hesita em lançar mão dos estereótipos de gênero para interpretar as várias situações de violência. Desse modo, sua percepção sobre essas mulheres parece estar calcada nas diferenças de situação socioeconômica e educacional das pacientes assistidas na rede pública, que é complementada por uma visão de gênero. Esta se evidencia quando se pressupõe que as mulheres “querem” permanecer nessa situação, aceitam ser subjugadas e inferiorizadas, ou mentem deliberadamente para proteger seus parceiros violentos. Essa visão é ancorada em preceitos que reforçam o estereótipo de gênero sobre a condição feminina em nossa sociedade. Outro estudo encontrou resultados semelhantes (Kiss, 2004).

Os relatos sugerem que as mulheres em situação de violência não necessariamente buscam as unidades de saúde para tratar das lesões, mas chegam aos serviços com as mais variadas demandas. Foi possível identificar no discurso de vários entrevistados que a relação estabelecida entre médico e paciente promove um sentimento de confiança, que viabiliza a abertura de um canal de comunicação da mulher com o profissional. Os médicos conseguem identificar que essas queixas, mesmo quando a mulher nega a situação de violência – tais como dores difusas, muitas vezes sem explicações físicas que as justifiquem –, podem estar relacionadas a outros determinantes. Algumas vezes, por meio do diálogo estabelecido com essas mulheres, eles terminam por confirmar a exposição à situação de violência.

As entrevistas indicam que, apesar de essas mulheres chegarem aos serviços com queixas diversas, que à primeira vista não são necessariamente relacionadas à violência, os profissionais são capazes de identificar essa conexão. Assim, ao estabelecerem uma relação de confiança e intimidade com suas pacientes, possibilitam que a violência doméstica perca sua aura de invisibilidade.

Os profissionais reconhecem também que existem casos que eles não são capazes de identificar, tal como mostra o relato a seguir:

“A mulher... eu acho que muito mais do que a gente estima... que a maioria das pacientes eu acho que nem falam, né. E se a gente não percebe... pelo o que ela falou, se não tem nenhuma marca no corpo... a gente não fica sabendo, né”. (GO₅, mulher, 30 anos)

Frente à identificação dos casos de violência, os médicos lançam mão de uma gama diversificada de **possibilidades de intervenções profissionais**, conforme cada caso, tais como: tratar ferimentos; dar apoio moral; orientar e esclarecer a usuária de que aquela situação lhe é prejudicial e que existem recursos para alterar aquele panorama; notificar; encaminhar para os mais variados serviços multidisciplinares. Selecionamos dois relatos que retratam as atitudes dos profissionais ao serem questionados sobre como agir frente a uma mulher que se encontra em situação de violência:

“Eu acho que a primeira coisa é identificar, né. Você tentar identificar o problema. Aí, tentar... ah... falei assim, tentar achar uma maneira de tentar ajudar, mandar, encaminhar pro psicólogo, mesmo que seja difícil, tentar ir abordando de forma... devagar pra conseguir encaminhar a paciente”. (GO₄, mulher, 29 anos)

“Eu acho que é isso... fazer isso... é... orientar: “o senhor acha que eu devo... o senhor acha que eu devo denunciar?” [...] “Eu acho que deve”. Dar força nesse aspecto... eu acho que esclarecer, esclarecer, né [...] mas, pelo menos orientar e achar o que é mais lógico de se fazer. Deixar assim... alertar, orientar... mostrar que não é desse jeito. Principalmente quando você tem confiança, né... de ela poder te dizer isso, elas confiam, né... não vão dizer pra qualquer um. Chegar no ponto de falar com o médico, né. Eu acho que é isso”. (CG₄, homem, 47 anos)

Schraiber et al. (2002), ao destacarem a importância dos serviços de saúde para o enfrentamento da violência, afirmam que esses locais são portas de entrada para mulheres, sendo, portanto, necessário identificar os casos por meio do diálogo, para que ocorra o acolhimento e o encaminhamento adequados, estratégia condizente com as necessidades do cuidado integral. Carreira e Pandjarian (2003), ao apoiarem a criação de uma rede intra e intersectorial para lidar com a violência de gênero, destacam que é fundamental uma visão integrada, que inclua a prevenção-identificação para um correto encaminhamento-atendimento dessas mulheres. Pautados nesses autores, enfatizamos que o encaminhamento, para além da dimensão do acolhimento, seria uma alternativa eficaz de dar prosseguimento à assistência a uma situação de combate à violência, visando um melhor prognóstico para a usuária. Para os médicos que trabalham nas unidades de saúde, os locais mais referidos para se encaminhar uma mulher em situação de violência doméstica foram: a Delegacia de Defesa da Mulher, nos casos de violência física, e, nos casos de agressão sexual, o Hospital das Clínicas, por possuir um serviço especializado para tratar desse tipo de violência. Outra alternativa de encaminhamento que surgiu nos relatos foram os serviços de saúde mental, por disponibilizarem terapia de casal.

Além disso, pudemos constatar que parte dos entrevistados desconhece os recursos comunitários disponíveis para possíveis encaminhamentos dessas usuárias, delegando ao serviço de enfermagem tal função. Houve ainda uma parcela de profissionais que afirmou não conhecer os procedimentos adequados para dar andamento aos casos de agressão:

“Então... porque eu atendo aqui... daí eu preencho esse protocolo e passo pra enfermeira. Daí a enfermeira que vai... então eu não sei te falar... pra onde ir. A enfermeira que vai tomar essas providências. Então eu não sei pra onde eu mando a mulher, não sei”. (GO₆, homem, 41 anos)

“Eu não sei quais os passos certinho, assim... a gente fala: “oh, procura a delegacia”... Mas também não sei dizer com detalhes, não. Não sei se tem algum serviço de apoio psicológico, não sei”. (GO₅, mulher, 30 anos)

Essas passagens acabam por denunciar uma situação preocupante, também apontada por Pedrosa (2003) ao referir que os médicos não estão capacitados para lidar com usuárias que chegam aos serviços de saúde em situação de violência a que estão expostas muitas vezes cronicamente.

A falta de capacitação é destacada pelos participantes como uma barreira para o atendimento dessas mulheres, uma vez que muitos deles reforçam a necessidade de um treinamento voltado especificamente para os casos de violência de gênero. Esse achado é congruente com outros estudos, como os de Rodríguez-Bolaños et al. (2005), Schraiber et al. (2003, 2002) e Schraiber e D’Oliveira (1999). Além dessas, outras barreiras institucionais são referidas nos discursos dos profissionais, tais como: a falta de tempo para abordar a paciente; a falta de estrutura do sistema, que não disponibiliza profissionais suficientes e, ainda, a falta de capacitação de outros órgãos envolvidos na rede de apoio e assistência, sobretudo a polícia, a qual, segundo os médicos, não faz nada. Essas barreiras institucionais são destacadas nos relatos a seguir:

“Ai... na verdade o que eu tô fazendo é muito pouco. Porque você começa... você esbarra em tantas dificuldades aqui... primeiro que cê quase não tem tempo... você acaba tendo que... eu... é 15 minutos a consulta, mas pra você fazer uma orientação sexual mesmo, você tem

que... ou, então, de agressão, de conversar com a mulher, é muito mais que isso, então esse é um obstáculo". (GO₄, mulher, 29 anos)

"Também, como ajudar ela? Eu dou os conselhos, tudo bem. Tem mulher que quer sair desta situação, só que não acha um lugar onde ela pode ser ajudada. Onde poderiam ajudar? É a polícia, só que a polícia não faz nada. Tem a Delegacia da Mulher, que ela disse que fez vários BOs, só que a polícia também não faz nada. E ela continua apanhando". (GO₃, homem, 52 anos)

"[...] Eu acho que essa é uma inadequação do serviço público. Por exemplo, né... quê que adianta eu estar detectando e não conseguir trabalhar o quê que aquela violência pode estar fazendo na vida da pessoa, até pra que ela tenha condições de mudança ou de enfrentar a situação de outra forma? Eu não tenho tempo... eu não tenho formação pra isso... e não tenho o que fazer, pra onde encaminhar". (GO₇, mulher, 48 anos)

Chama a atenção que vários profissionais partem do pressuposto de que não há nada a ser feito, uma vez que as mulheres e/ou os serviços e/ou as delegacias de polícia não colaboram. Desse modo, subestimam a importância da detecção e encaminhamento, bem como o trabalho em rede.

Além das barreiras institucionais, encontramos, no relato dos médicos, barreiras pessoais, que muitas vezes os impedem de agir adequadamente frente a uma situação de violência. Entre elas, destacam-se: os médicos sentem-se impotentes frente às atitudes que a mulher possa vir a tomar, mesmo depois de orientada; afirmam que temem tomar qualquer atitude por medo da reação do agressor. Podemos inferir essas dificuldades nos relatos a seguir:

"Que ela veio uma vez com espancamento... e, assim... ela foi muito espancada, tava com marcas no pescoço. Aí eu falei pra ela procurar a Delegacia, fazer queixa... ir atrás. Aí o marido... ela... ela voltou com o marido e o marido veio aqui tirar satisfação: por que eu mandei ela fazer queixa? É uma situação complicada. Mas a gente tem que orientar sempre... é obrigação nossa orientar pra procurar a delegacia". (GO₄, mulher, 29 anos)

Esses resultados são convergentes com diversos estudos realizados sobre a violência de gênero (Rodríguez-Bolaños et al., 2005; Kiss, 2004), no que diz respeito às barreiras destacadas pelos profissionais de saúde para identificar e lidar com casos de violência. Frente a isso, Schraiber et al. (2002) propõem algumas estratégias: a comunicação, a capacitação e a implicação das instituições com o fenômeno abordado seriam os meios pelos quais a violência doméstica poderia finalmente ter seu espaço reservado na agenda do sistema público de saúde. Além disso, deveria ser mais desenvolvida uma rede de apoio multidisciplinar, que integrasse as áreas de saúde, segurança pública, educação, assistência psicossocial, entre outras, contribuindo para a prevenção e o combate da violência doméstica contra a mulher (Carreira, Pandjarian, 2003).

Conclusão

O presente estudo explora um tema relevante e atual para a área da saúde pública, visto sob a ótica dos profissionais. Os resultados revelaram que os médicos detêm alguns conhecimentos acerca dos tipos de violência de gênero e são capazes de identificar e, muitas vezes, acolher as mulheres que estão expostas à situação. Contudo, destacam uma série de dificuldades para atuarem frente a uma usuária que apresenta essa problemática, e reconhecem a falta de capacitação profissional, além de outras barreiras pessoais e institucionais, que limitam sua atuação, tanto em nível preventivo como interventivo.

Algumas características da interação médico-paciente também se mostraram úteis para a compreensão do fenômeno investigado. A percepção dos médicos sobre a violência perpetrada por

parceiro íntimo é influenciada pela condição social da mulher assistida no Sistema Único de Saúde, que é fortemente desqualificada. A essa dimensão dos preconceitos de classe dos profissionais se acopla a das relações de gênero, o que implica que a hierarquia de classe e a hierarquia de gênero se complementam e potencializam, atualizando, no interior da relação médico-paciente, a subordinação histórica das mulheres.

Frente aos resultados obtidos, podemos questionar se as dificuldades e barreiras destacadas pelos médicos não estariam denunciando que a violência, além de ser invisível – como abordada em estudos anteriores – não seria por vezes ignorada e negligenciada, visto que muitos profissionais não se sentem seguros, nem capacitados para lidar com mulheres expostas à situação de violência. Será que não poderíamos falar em uma invisibilidade institucional, uma vez que os profissionais não são preparados para as mais variadas situações que possam surgir em seu cotidiano, além do fato de a rede pública não disponibilizar uma estrutura capaz de dar suporte permanente a essas demandas?

Ao apontarem a singularidade da percepção dos médicos, os resultados sugerem a necessidade de um trabalho integrado e em rede, que ofereça uma resposta efetiva para o problema da violência de gênero. Além disso, é preciso investir na qualificação dos outros profissionais de saúde, além dos médicos, para que se viabilize um atendimento multidisciplinar. Nessa vertente, apontamos a importância de haver outros profissionais mais capacitados para a escuta, que não necessariamente o médico, uma vez que este dispõe de apenas 15 minutos para a consulta. Como apontam outros estudos, também é preciso oferecer supervisão interdisciplinar, para possibilitar que a rede seja capaz de oferecer uma infraestrutura que dê suporte a essa demanda. Finalmente, é preciso dar atenção para as questões de gênero e de classe que atravessam as percepções que os profissionais têm em relação ao fenômeno da violência doméstica e às mulheres acometidas, para que os serviços de saúde se constituam em espaços de acolhimento e apoio, integrando-se efetivamente à rede de atendimento.

Colaboradores

Fernanda Garbelini De Ferrante coletou e analisou os dados e redigiu este artigo sob supervisão de Elisabeth Meloni Vieira, que desenhou e orientou o estudo. Manoel Antônio dos Santos participou da análise dos dados e da redação final do manuscrito.

Referências

- ANGULO-TUESTA, A.J. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997.
- AZEVEDO, M.A. **Mulheres espancadas**: a violência denunciada. São Paulo: Cortez, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Press Universitaires de France, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CARREIRA, D.; PANDJIARJIAN, V. **Vem pra roda! Vem pra rede!**: guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.
- CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L.V.C.; HEILBORN, M.L. (Orgs.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. v.4. p.23-62.

DAY, V.P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.25, n.1, p.9-21, 2003.

DE FERRANTE, F.G. **Violência contra a mulher**: a percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.

GARCIA-MORENO, C. et al. **Who multi-country study on women's health and domestic violence against women**: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.

GREGORI, M.F. **Cenas e queixas**: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra-ANPOCS, 1993.

KISS, L.B. **A violência contra mulheres na educação e prática em saúde**: a violência como questão para a formação e o trabalho de médicos e profissionais de enfermagem. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

MARINHEIRO, A.L.V. **Violência doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto, SP. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2004.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, K.N.L.C. **Relações conjugais violentas**: suas contradições e novas configurações contemporâneas pós-feminismo. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres**. Resolução nº 48/104, 20 de dezembro de 1993 [sob proposta da Terceira Comissão (A/48/629)], 85ª sessão plenária. Nova York: ONU, 1993.

PEDROSA, C.M. **Mulheres em situação de violência**: o discurso dos profissionais de saúde. 2003. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2003.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L.M. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Campinas: IFCH-Unicamp, 2002. p.7-42. (Textos didáticos, 48)

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê violência contra a mulher: um problema que afeta toda a sociedade**. Recife, 2001. Disponível em <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Viol%EAncia%20Contra%20a%20Mulher.pdf>>. Acesso em: 23 mai 2007.

RODRÍGUEZ-BOLAÑOS, R.A.; MÁRQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M.L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. **Salud Publica Mexico**, v.47, n.2, p.134-44, 2005.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.3, n.5, p.11-27, 1999.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

_____. Violência contra a mulher: estudo em unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saude Publica**, v.36, n.4, p.470-7, 2002.

SCOTT, J.W. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1988.

SUGG, N.K.; INUI, T. Primary care physician's response to domestic violence. **JAMA**, v.267, n.23, p.3157-60, 1992.

VERARDO, T. Violência. In: D'OLIVEIRA, A.F.P.L. (Org.). **Curso de capacitação para o atendimento a mulheres em situação de violência**. São Paulo, 1997. p.18-22.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Violence against women: a priority health issue**. World Health Organization: Geneva, 1997.

DE FERRANTE, F.G.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Violencia contra la mujer: percepción de los médicos de las unidades básicas de salud de la ciudad de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.287-99, out./dez. 2009.

Violencia contra la mujer es un fenómeno complejo y altamente prevalente, considerado problema de salud pública. Comúnmente las mujeres afectadas buscan servicios de salud para tratar síntomas asociados. Este estudio, de planteamiento cualitativo, ha tenido por objeto verificar la percepción de los médicos de las unidades básicas de salud de Ribeirão Preto sobre violencia contra la mujer perpetrada por su compañero. Los datos se han obtenido por medio de entrevistas con 14 médicos ginecólogos-obstetras y clínicos generales. El análisis del contenido ha permitido definir los siguientes temas: conocimiento sobre tipos y gravedad de violencia, percepciones acerca de quien es la mujer afectada, práctica médica frente a la situación de violencia, posibilidades de intervenciones y barreras de acceso al servicio. Los médicos, al no sentirse preparados para afrontar el tema, lo encaran con muchos preconceptos de clase social y género, transfiriendo la responsabilidad por fallos eventuales en el atendimento a los "otros": los servicios, la red y las mujeres.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Médicos. Personal de salud. Atención primaria de salud. Salud de la mujer.

Recebido em 10/10/08. Aprovado em 19/07/09.