



COMO A GENTE LIDA?: A ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

How do people deal?: The action of the family health strategy in situations of conjugal violence

Iara de Souza Januário*
Priscilla Brandão de Medeiros**



RESUMO

O artigo ora apresentado é subsídio para conclusão de residência multiprofissional e traz a sistematização do estudo sobre a atuação da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na problemática da violência doméstica contra mulher em sua interface na relação conjugal, a partir da pesquisa realizada junto aos profissionais da Unidade *Sílvio Bezerra de Melo* na cidade de Currais Novos (RN). Objetiva apresentar análises das percepções desses profissionais abordando desde os aspectos conceituais desta violência até a avaliação de sua própria intervenção, bem como, uma breve avaliação dos serviços que compõe a rede de enfrentamento a violência contra a mulher. Partindo da discussão de gênero inter-relacionando com a teoria crítica dialética, são feitas reflexões sobre preconceitos presentes nas falas e até mesmo tenta-se inferir o quanto esses profissionais – enquanto sujeitos sociais imbuídos de uma totalidade – estão imbricados da influência cultural e histórica do patriarcado. Os passos metodológicos se deram em uma pesquisa de caráter qualitativo, sob o viés do método crítico-dialético, usando da estratégia da entrevista guiada por questionário semi-estruturado. Sugere-se, portanto, que este serviço é de significativa importância na assistência a mulheres em situação de violência, por estar territorializado, sendo capaz de criar vínculo com a comunidade e assim, conseguir trabalhar prevenção, prestar atendimento digno e ser ordenador do cuidado para os demais serviços da rede.

PALAVRAS-CHAVE

Estratégia de Saúde da Família. Violência doméstica. Política de saúde.

* Assistente Social residente do Programa Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN, Caicó (RN), Brasil). Av. Cel. Martiniano, nº 541, Caicó (RN), CEP.: 59300-000. E-mail: <iara_januario@hotmail.com>. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-4487-3060>>.

** Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB, Campina Grande/PB, Brasil). Faculdade Católica Santa Teresinha. (FCST, Caicó (RN), Brasil). Visitador Fernandes, nº 78, centro, Caicó (RN), CEP.: 59300-000. E-mail: <pbmo_4@hotmail.com>. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0003-2183-6141>>.

ABSTRACT

The article presented here is a subsidy for the conclusion of multiprofessional residency and traces the systematization of the study on the performance of the Family Health Strategy (FHS) team in the problem of domestic violence against women in their interface in the conjugal relationship, based on the research carried out with the professionals from the *Sílvio Bezerra de Melo* Unit in the city of Currais Novos (RN). It aims to present analyzes of the perceptions of these professionals, ranging from the conceptual aspects of this violence to the evaluation of their own intervention, as well as a brief evaluation of the services that compose the network for coping with violence against women. Starting from the discussion of gender interrelating with the dialectical critical theory, reflections are made on the prejudices present in the speeches, and it is even attempted to infer how these professionals - as social subjects imbued with a totality - are interwoven with the cultural and historical influence of the patriarchy. The methodological steps were taken in a qualitative research, under the bias of the critical-dialectic method, using the strategy of the interview guided by a semi-structured questionnaire. It is suggested, therefore, that this service is of significant importance in assisting women victims of violence, because they are territorial, being able to create a bond with the community and thus, to be able to work prevention, provide decent care and be an other network services.

KEYWORDS

Family Health Strategy. Domestic violence. Health policy.

Submetido em: 2/3/2018.

Aceito em: 7/6/2018.

INTRODUÇÃO

Este artigo vem abordar acerca da violência doméstica nas relações conjugais e a rede de assistência a mulher em situação de violência, tomando como ponto de partida a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Todavia, percebe-se que o serviço de atenção primária da política de saúde, por ser de maior abrangência na cobertura dos territórios e de maior uso pela população do que os outros serviços - como os sócio assistenciais, por exemplo - pode ser um instrumento importante no enfrentamento a violência contra a mulher.

Assim, o estudo em questão foi motivado a partir da escuta dos relatos de usuárias dos serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Bairro Sílvio Bezerra de Melo em Currais Novos (RN), no período inicial da inserção enquanto Residente¹. A problemática advém dos relatos de mulheres que vivenciam a violência em seu contexto doméstico e expuseram informalmente que não trazem essas queixas aos profissionais de saúde. Com base nisso, percebeu-se a necessidade de analisar as concepções desses profissionais sobre a assistência prestada e assim compreender os possíveis entraves para melhoria dos serviços da rede, com novas estratégias de atuação e atenção às mulheres da Comunidade, abrindo caminho também, para uma provável atualização de práticas e reflexão sobre preconceitos.

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

O que veio a inquietar foi o número considerável de mulheres que sofrem violência na Comunidade, dado concluído após escutas em atendimentos não específicos e nas conversas informais. Sabe-se que é preciso responsabilização e sensibilização dos profissionais da ESF para trabalhar esse tema-problema – que é considerado grave à saúde pública, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) – e são estes profissionais os mais próximos da população e capazes de criar o vínculo e confiança necessários para que as vítimas consigam expor suas problemáticas, principalmente por se tratar de questões envolvendo relações afetivas no âmbito doméstico e sócio familiar. A escuta dos relatos incitou a realização de pesquisas bibliográficas a respeito da violência doméstica sofrida pelas mulheres e foram propostas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde da referida ESF, nas quais foram abordadas perguntas sobre o conceito de violência, o conhecimento sobre a rede de serviços, as publicações do Ministério da Saúde relacionadas a problemática da violência contra a mulher e o acesso às informações e atividades de educação permanente das quais deveriam dispor.

A pesquisa objetivou investigar o modo como se operacionaliza o atendimento às mulheres violentadas, o que os profissionais pensam a respeito da violência doméstica e os motivos que impedem ou dificultam esse atendimento da ESF à problemática da violência doméstica/conjugal que acomete essa população.

Quanto aos recortes metodológicos, é uma pesquisa qualitativa, cujo intuito foi fazer uma análise subjetiva das respostas obtidas, de modo a compreender o objeto estudado em sua essência, partindo da aparência o qual o mesmo se apresenta no cotidiano da realidade social, correlacionando isso com as categorias estruturais de gênero, violência doméstica e saúde.

Ainda foi proposto estudar/analisar as significações e os valores arraigados nas percepções dos profissionais entrevistados no que diz respeito à violência contra a mulher em sua conjugalidade. Em sua fase exploratória, a escolha do objeto de pesquisa foi feita por perceber que as mulheres violentadas, em sua maioria, não traziam esses relatos durante os atendimentos na Unidade de Saúde, o que agrava sua condição de saúde seja no aspecto biológico, social ou psíquico, podendo ainda trazer complicações a longo prazo. Sendo assim, se questionou sobre o motivo dessas mulheres omitirem suas queixas, se por razões próprias, envolvendo o medo e retaliações por parte do agressor, ou alguma falha do serviço em não lhe permitir abertura e espaço de fala nos atendimentos.

Para embasamento teórico-crítico, tomamos a corrente de pensamento marxista como fio condutor da pesquisa que com seu método dialético pressupõe uma visão totalizante do real, no conjunto das relações que fazem da totalidade, em seu sentido macro ou presente em cada indivíduo, uma realidade mutável e contraditória. Conforme cita Zago (2013, p. 115):

A dialética marxiana busca o significado do real na atuação histórica, concreta e material das pessoas. É na história que os seres humanos engendram e significam o mundo ao seu redor. História aqui entendida não como a sucessão dos fatos, mas como luta cotidiana dos homens e mulheres para produzir suas condições materiais de existência na relação com a natureza mediada pelo

trabalho, bem como, o modo como os seres humanos interpretam essas relações (ZAGO, 2013, p. 115).

Esse método permite compreender os determinantes do sistema vigente – o capitalista - para perpetuação do ciclo da violência que a pesquisa aborda, incluindo a desigualdade de gênero² como reflexo desse sistema dominante e explorador. O método dialético, interpretado sob a égide do materialismo histórico de Marx, é essencialmente qualitativo e propõe ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO, 2001).

A forma de coleta dos dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas, com perguntas abertas previamente definidas enfocando a temática da assistência aos casos de violência doméstica contra a mulher. As entrevistas foram realizadas com os 12 (doze) profissionais da Estratégia de Saúde da Família Sílvia Bezerra de Melo, identificados neste estudo como A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L e M, sendo o critério para escolha o fato de compor equipe, visando conhecer a percepção sobre o atendimento prestado, bem como, sobre a assistência dada às mulheres na rede de proteção. Dessa forma, as categorias profissionais dos entrevistados, corresponderam às de Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiro, Técnicos de enfermagem, Médico generalista, Cirurgião-dentista e Técnico de Saúde Bucal, a maioria trabalhando há mais de dois anos na ESF, sendo destes dois do sexo masculino.

O artigo se delinea inicialmente com alguns apontamentos sobre a Comunidade em que se deu a pesquisa, bem como a conceituação na visão dos entrevistados sobre a violência contra a mulher e por conseguinte, traz alguns apontamentos sobre o modo como essa mulher é vista – na figura de vítima ou culpada, arraigada de estereótipos e preconceitos. Essas reflexões incitaram a teorização da categoria violência doméstica conjugal, que tem por base a questão de gênero, e suas especificidades na Comunidade em estudo. Em seguida é feita uma análise sobre a rede de atenção e enfrentamento à violência contra a mulher na qual os serviços de saúde são primordiais e partindo disto, adentra nas reflexões das respostas dos profissionais da ESF acerca da responsabilização do serviço no tocante ao enfrentamento dessas violências.

(DES) CORTINANDO OS CENÁRIOS: A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA COMUNIDADE SÍLVIA BEZERRA DE MELO

A Comunidade *Sílvia Bezerra de Melo* no Município de Currais Novos (RN) se formou numa região periférica – quando vista geograficamente -, tendo em média 364 famílias, conforme o cadastramento realizado pela ESF no ano de 2017.

Essas famílias apresentam-se nos diversos arranjos – nuclear, monoparental, extensa, homoafetivas – mas em sua maioria seguindo modelo nuclear e tradicional, em que a

² A expressão desigualdade de gênero é utilizada para resumir todas as formas de submissão hierárquica da mulher pelo homem nos âmbitos doméstico e público, no trabalho, nas relações afetivas e conjugais, enfim, no contexto sócio-histórico, em que culturalmente essas desigualdades foram reproduzidas até o momento atual (SAFIOTTI, 2004).

mulher, muitas vezes, é um dos componentes *coadjuvantes* e ainda vítima da violência neste contexto familiar, fato este constatado segundo os relatos empíricos e informais das usuárias e profissionais, evidenciando assim as implicações das construções sociais de gênero no cotidiano de vida dessas mulheres.

Porém, as denúncias registradas através de Boletim de Ocorrência pela Polícia Civil³ para este território no ano de 2016 trazem um quantitativo controverso: um registro de caso de ameaça contra mulher e um caso de violência doméstica, sem especificar a idade e nem identidade de gênero da vítima.

Percebeu-se também a subnotificação pelo serviço de saúde, dado confirmado pelo Setor de Vigilância Epidemiológica do Município, pois conforme relato dos profissionais, não havia registro através do preenchimento da ficha de notificação compulsória, cuja Lei Federal nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 estabeleceu como sendo obrigatória para os estabelecimentos de saúde públicos e privados.

Assim, no propósito de contextualizar o universo que a pesquisa em questão se deu, trazemos, inicialmente, a reflexão sobre a violência, uma vez que se torna relevante pontuar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou em 2002 um documento intitulado *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, em que a violência é conceituada como o uso da força física ou do poder, através de ameaça, por exemplo, contra terceiros ou a si próprio, um grupo ou uma comunidade, resultando em lesão, morte, comprometimento psicológico e/ou no desenvolvimento físico ou ainda, em privação.

Os teóricos do tema conceituam algumas tipificações da violência, sendo uma delas a violência doméstica contra a mulher que vem acometendo tantas vítimas no seio de seu lar e com agravantes, pois esta geralmente sofre em silêncio, desprotegida e com medo de denunciar. Estes agravantes são reflexos da sociedade patriarcal, culturalmente machista e que impõe à mulher uma posição de submissão ao homem, pois historicamente se acredita ter o homem poder sobre ela e propriedade sobre seu corpo, o que consubstancia em situações de violência “[...] motivados por razões diversas (im)postas, sobretudo, pelo(s) agressor(es), que envolvem ódio, raiva, desprezo, humilhação, insubordinação feminina ao desejo masculino, o descontrole das emoções e a perda de prestígio viril” (BANDEIRA, 2016, p. 22).

A visão atual sobre o papel/lugar da mulher na sociedade é constituída de carga histórica, cultural, política e ideológica, já com muitas conquistas e avanços, mas ainda com diversas barreiras a serem quebradas para que a mulher tenha direito a ter seus direitos respeitados e em nível de igualdade com os homens. A posição de submissão à figura masculina é geralmente imposta primeiramente pela figura do pai, e após o casamento, passa a ser o marido o seu dominador, a quem *deve* obediência e respeito. Esse poder que ao homem culturalmente foi permitido exercer é o que gera esse ciclo de violência contra a mulher, que vive sob o medo, a dominação, a incerteza e as agressões. Para Dantas-Berger e Giffin (2005), uma ordem social de tradição patriarcal por muito tempo *consentiu* um certo padrão de violência contra as mulheres, designando ao homem o

³ Dados disponibilizados pela Delegacia de Polícia Civil do Município de Currais Novos (RN) em julho de 2017.

papel ativo na relação social e sexual entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a mulher à passividade e reprodução, demonstrando construções sociais que ancoraram as representações das mulheres.

Por isso, gênero e violências se relacionam, tendo em vista que gênero é “a construção social do masculino e do feminino” e não necessariamente “[...] desigualdades entre homens e mulheres [...]” (SAFFIOTI, 2004, p. 45), pois é preciso compreender como se constrói na sociedade atual o papel do homem e da mulher, para podermos ao menos entender de onde surgem as desigualdades e, como um reflexo disto, as violências.

Esses papéis demarcados ao homem e a mulher principalmente na constituição da família são resultantes do patriarcado, que delineou cultural e socialmente, a opressão e dominação da mulher. Ao nos reportarmos para um passado próximo é possível perceber a transição a qual deu posição de superioridade ao homem:

[...] com a descoberta da agricultura, da caça e do fogo, as comunidades passaram a se fixar em um território. Aos homens (predominantemente) cabia a caça, e às mulheres (também de forma geral, embora não exclusiva), cabia o cultivo da terra e o cuidado das crianças. Uma vez conhecida a participação do homem na reprodução e, mais tarde, estabelecida a propriedade privada, as relações passaram a ser predominantemente monogâmicas, a fim de garantir herança aos filhos legítimos. O corpo e a sexualidade das mulheres passou a ser controlado, instituindo-se então a família monogâmica, a divisão sexual e social do trabalho entre homens e mulheres. Instaura-se, assim, o patriarcado, uma nova ordem social centrada na descendência patrilinear e no controle dos homens sobre as mulheres (NARVAZ, 2006, p. 50).

O patriarcado construiu socialmente a ideia da mulher como responsável por manter a relação conjugal a ponto de se subjugar a muitas coisas, como a violência, em nome do casamento e do amor romântico para manutenção da família. Assim, Cunha (2007) *apud* Porto (2014, p. 271) “[...] identifica a mulher como alteridade, aquela que permanece na relação porque ter um homem em casa, mesmo sendo agredida, é estar protegida da violência de estranhos e é uma forma de ter *status* [...]” (CUNHA, 2007 *apud* PORTO, 2014, p. 271), como se a agressão fosse menos dolorosa do que o desamparo de não ter o homem, o marido, o pai dos filhos, o provedor, o patriarca.

Ancorado nesses conceitos teóricos é possível compreender o contexto macrosocial das situações às quais as mulheres da Comunidade Sívio Bezerra vivenciam no ambiente doméstico: de opressão, humilhações, agressões. E estes conceitos também podem explicar o silêncio naturalizado dos profissionais de saúde quando têm suspeita ou consciência do fato.

O QUE DIZEM E PENSAM OS PROFISSIONAIS?

Com base nas entrevistas realizadas com os doze profissionais da ESF *Sívio Bezerra de Melo*, dentre estes apenas dois homens, o que possibilita um viés não somente feminino nas respostas, trazemos a evidência dos principais resultados da pesquisa, no propósito de contribuir com o levantamento teórico acerca do objeto em questão.

A violência conjugal como sendo uma das especificações da violência contra mulher, de gênero⁴ e intrafamiliar⁵, é resultado da sociedade patriarcal, do machismo, da posição de submissão a qual a mulher historicamente foi colocada e isto se reproduz naqueles que são responsáveis pelo cuidado destas mulheres, os profissionais de saúde, que por vezes, ainda utilizam o velho ditado *Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher* para justificar a omissão da notificação e da investigação dos reais determinantes das doenças dessas mulheres ao chegarem nos atendimentos com marcas da violência.

No senso comum, há uma generalização do conceito de violência apenas enquanto física, mas sabemos que esta pode se perpetrar em diversas formas segundo a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b), sendo psicológica, moral, sexual, patrimonial, física e institucional, porém nem todos os profissionais compreendem e reconhecem essas violências. Sumariamente, a violência psicológica é a conduta que causano emocional ou a autoestima da mulher; a moral é qualquer ato de calúnia, difamação ou injúria; sexual é a ação forçada de manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais; a violência patrimonial é a conduta de destruição, retenção ou subtração de bens e/ou objetos pertencentes a mulher; a física refere-se a ofensa a integridade ou saúde corporal; e por último, a violência institucional é aquela praticada por ação ou omissão dos agentes e serviços públicos, quando são julgadas, revitimizadas e discriminadas (Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b)).

Entre os entrevistados G, A, F e J, foi factível a conceituação da violência para além da agressão física: *“Qualquer agressão, atitude, ou qualquer coisa que não seja da vontade dela, feito contra ela, que humilha, que diminua”* mais ainda: *“Violência é todo ato que traga constrangimento a mulher”* desvelam a violência como ato abusivo que atinge não apenas a integridade física e *“Toda coisa que viole os direitos da mulher, que constrange”* trazendo uma perspectiva de violação de direitos, mais precisamente os direitos humanos de igualdade e liberdade da mulher pelo homem, numa relação onde *“ta impregnado o machismo. Os homens acham que são donos delas”* [mulheres]. Interessante revelar que o termo “machismo⁶” foi citado por um dos homens entrevistados como a causa da violência contra a mulher, apreendendo a relação desigual a qual a mulher socialmente é submetida ainda nos tempos atuais, como a figura que na relação conjugal deve obediência e respeito, mas não pode exigir minimamente do homem.

Assim, tem-se que o machismo dissemina a ideia de que o homem comanda e à mulher cabe apenas aceitar para não ser julgada negativamente, como se a responsabilidade de manter o respeito na relação conjugal fosse dela, já que nesta sociedade patriarcal ao

⁴Para uma compreensão sobre a Violência de Gênero, recorremos a Saffioti (2004), compreendendo ser uma forma de violência em que homens e mulheres sofrem múltiplas formas de impactos em suas vidas, a partir das relações socialmente construídas mediante as determinações de gênero. Ou seja, é a categoria mais ampla, portanto, necessária de entendimento quando falamos em violência doméstica e, no caso que a pesquisa foca, a violência conjugal.

⁵ Violência intrafamiliar é aquela cometida por um ente da estrutura familiar contra outro, causando danos físicos, psicológicos, materiais, morais.

⁶ O machismo aqui é entendido como um sistema de valores e concepções, socialmente construídos, que legitima e reforça a dominação/exploração do homem sobre a mulher.

homem se deu o poder e o direito de ser o provedor do sustento familiar e com isso, todas as regalias para este manter a submissão da mulher. Como nesse caso relatado por M: *“marido que obriga mulher trabalhar muito, fazendo tudo em casa sozinha sem ajuda dele. Temos muito aqui. Causa muito adoecimento”*, num claro exemplo da divisão sexual do trabalho⁷ em que a obrigação pelo trabalho doméstico é da mulher, como também o cuidado dos filhos, enquanto o marido trabalha fora. Também foram trazidos relatos por G sobre violência patrimonial: *“Já chegou gestante que dependia financeiramente do marido e foi preciso prescrever [por escrito como se fosse prescrição medicamentosa] alimentos, frutas e legumes adequados, porque ele não queria comprar.”*, nesse caso, o marido se negou a satisfazer uma necessidade da esposa gestante mesmo tendo sido indicada por profissional para prevenir problemas de saúde.

Corroborando com o conceito, M e B também trouxeram as consequências dessa violência para mulher: *“Afeta mentalmente, fisicamente, atinge o organismo, causa depressão, ansiedade, estresse”* estas como exemplo do adoecimento e *“pode causar [...] até a falta de interesse pela família”* trazendo também questões do relacionamento sóciofamiliar como possível agravo, pois provavelmente a mulher não sai ilesa de um relacionamento conjugal violento e isso tende a se refletir no modo como ela afetivamente enxerga a família.

Sobre as causas dessa violência, o entrevistado E trouxe que *“é a violência em casa, do marido, às vezes viciado em drogas”* o que é ratificado por Saffioti (2004) ao afirmar que a violência intraconjugal pode ter como potencializador o álcool, atrelado também às situações de desemprego, que como bem frisa a autora, não é fator condicionante, mas que se associado à desigualdade e a pauperização, podem afetar a figura do homem de chefe da família, pois:

O papel de provedor das necessidades materiais da família é, sem dúvida, o mais definidor da masculinidade. Perdido este status, o homem se sente atingido em sua própria virilidade, assistindo à subversão da hierarquia doméstica. Talvez seja esta sua mais importante experiência de impotência (SAFFIOTI, 2004, p. 84).

Com base nisso e na afirmação do entrevistado, podemos compreender as inter-relações que podem levar às violências numa comunidade com altos índices de drogadição – álcool e outras drogas – e de pobreza como o *Sílvio Bezerra de Melo*.

Outra concepção sobre a violência doméstica, trazida por D, recai sobre as punições: *“Acho o cúmulo. Porque hoje em dia é muito bem esclarecido, mas as pessoas ainda cometem os mesmos erros, não tem muita penalidade”* deixando uma inquietação a respeito desse esclarecimento que existe atualmente, como se o fato de se saber muito sobre a violência fosse um motivo para o agressor não praticá-la ou ainda, que apenas as punições previstas na lei fossem suficientes para sanar a violência.

⁷ O conceito de divisão sexual do trabalho segundo Hirata e Kergoat, (2007), refere-se à forma modulada histórica e socialmente de divisão do trabalho decorrente das relações sociais entre os sexos, em que determinou quais atividades são de cada sexo - reservando à mulher geralmente uma dupla jornada, pois o trabalho doméstico lhe é imposto - e também que o trabalho do homem vale mais.

A partir da década de 1970, com o advento do movimento feminista e do movimento em torno da defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes na década de 1980, a sociedade civil passa a se mobilizar para garantir direitos até então negligenciados, e daí a questão da violência no âmbito doméstico torna-se publicizada (MIOTO, 2003).

Quanto aos estereótipos e preconceitos acerca da imagem da mulher, em situação de violência conjugal, esta se torna ainda mais invisibilizada pela valorização da instituição *família* requerer da mulher a maior responsabilidade em mantê-la e assim, aquela se propõe a aceitar situações de violência. A sociedade, onde estão inclusos os profissionais de saúde, tem seus valores morais e modos de pensar que podem ou não condizer com os valores éticos requisitados para atuar profissionalmente.

Ao serem indagados para relatarem sobre um caso de violência contra mulher ao qual têm conhecimento, os entrevistados – principalmente as mulheres - demonstraram empatia e aversão ao fato, sendo alguns inclusive no seu âmbito familiar como F e C: *“Minha mãe, senti na própria pele, todo dia meu pai batia nela, e [outros casos] com vizinhas, irmã.”*; *“Um caso próximo de um familiar que morava vizinho, tinha que abrir a porta para ela fugir, sendo ameaçada com faca. Eu não tinha medo do agressor, que era meu tio e ajudava ela a fugir. Eles se separaram, mas ele pede pra voltar. Era terrível”*. Em contrapartida, ainda existem discursos culpabilizadores como L *“As mulheres são fortes, ela só vive na situação se quiser, tem que tomar atitudes. Não justificar porque ele [o agressor] sustenta, pois sempre tem saída”*.

Com os profissionais homens isso não foi muito perceptível, pois um deles apenas disse que tinha conhecimento de uma situação, mas não quis relatar e o outro respondeu *“soube de um caso que se separa bastante e volta, existe agressão física, mas eles se mudam da área. É um relacionamento hostil, eles são jovens”* sem expressar nenhum envolvimento com o caso.

Os participantes da pesquisa G, F, E e J também opinaram sobre a percepção da Comunidade a respeito da mulher agredida, e contraditoriamente enxergaram que tanto a mulher é considerada vítima, como também culpada, por permanecer no relacionamento: *“é menosprezada, vista como errada, é excluída, a população critica”*; *“vê como uma coitada ou que gosta de apanhar”*; *“uma vítima, mas nem todos vêem como vítima. É vista também como culpada, que está na situação porque quer, que já devia ter tomado decisão pra vida.”*; *“fica excluída de certa forma. Em alguns casos é vitimizada, mas na grande maioria o povo nem leva a sério”*.

Ainda há as situações em que a Comunidade se sente responsável por ajudar aquela mulher, visualiza que sozinha ela não consegue sair do ciclo da violência, como bem destaca L *“se a comunidade souber ela se sente envergonhada, no geral as pessoas ajudam e aconselham para revidar se a mulher aceitar, quando não, a comunidade nem se mete”*. Importante notar que a profissional atentou a perceber que a mulher mesmo na situação de vítima, pode se culpar, se envergonhar, de estar naquela situação, concluindo assim, que são múltiplos os sofrimentos: a violência provocada pelo companheiro, a vergonha dos outros saberem e assim se isolam, a auto culpa de não conseguir denunciar, os julgamentos e críticas daqueles que não compreendem a permanência na relação. Um

estudo de Porto (2014), sobre a percepção das psicólogas que atendem mulheres vítimas de violência doméstica sobre os motivos da permanência na relação, identificou discursos como a dependência financeira e emocional, o desejo de mudar o marido e não de sair da relação, a responsabilidade de cuidar dos filhos, o status que o casamento concede a mulher, e por fim justifica que “Tendo o patriarcado definido uma psicanálise que representa o feminino pelo negativo e pela falta, pode-se pensar que continuar nessa situação seria uma forma de tentar conseguir realizar o desejo de ser amada e reconhecida” (PORTO, 2014, p. 273).

“O povo se afasta, não quer se meter, como se ela sozinha tivesse que resolver o problema” e com isso, o profissional C ratifica a importância da equipe da ESF para identificar as situações e se disponibilizar a ajudar a vítima da forma mais adequada possível.

O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE DE ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO A MULHER: A REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CURRAIS NOVOS/RN

A problemática da violência contra a mulher é complexa e por isso, a assistência e proteção a vítima exige um conjunto de ações e serviços para que os direitos das mulheres sejam minimamente assegurados. Esses serviços quando articulados formam o que chamamos de *rede*.

Antes de avaliar a rede de assistência é preciso saber seu conceito atual, conforme publicizado pela Secretaria de Políticas para Mulheres (BRASIL, 2011a) através do dispositivo intitulado *Rede de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres*:

[...] diz respeito à atuação articulada entre as instituições/ serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Portanto, a rede de enfrentamento tem por objetivos efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos - e dar conta da complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres (BRASIL, 2011a, p. 13).

Dessa forma, percebe-se que a assistência é vista num conceito mais amplo para enfrentar as situações de violência, numa união de forças onde são muitos os responsáveis e estando a saúde fazendo parte dos serviços de atendimento, cujo objetivo é garantir a integralidade. Na fala dos entrevistados apareceram na maioria deles os serviços sócioassistenciais, da justiça e segurança como componentes dessa rede: “CRAS e CREAS que realizaram uma oficina na Unidade”(A); “Só [conheço] o CREAS” (D); “o CRAS e o CREAS” (F); “o CREAS, CRAS pra prevenir e Polícia” (G); “Não conheço. Por alto, não sei quais serviços diretamente, mas acredito que sejam CRAS, CREAS” (I); “Conheço CRAS, CREAS, em alguns casos o MP e Fórum” (J), “O CREAS e o CRAS podem atuar” (L).

Apenas B disse não conhecer os serviços da rede, C afirmou não existir rede e E e H destacaram sem muita veemência os serviços de saúde NASF e CAPS como responsáveis por atender essa demanda e M acrescentou o serviço Policlínica, onde atendem os

profissionais de psicologia e psiquiatria. Sendo assim, pode-se inferir que os profissionais não conhecem a rede e reconhecem minimamente os serviços de saúde, bem como a ESF, como componentes dela, o que dificulta ainda mais o atendimento da mulher violentada, e o posterior encaminhamento aos demais serviços fica comprometido ou até inexistente.

No que se relaciona ao enfrentamento da violência e suas múltiplas faces, podemos inserir a importância da saúde enquanto política pública que, conforme as observações empíricas que despertou essa pesquisa, ainda se mostra como um segmento *distante* do ideal para atenção às situações de violências domésticas em sua integralidade.

Assim, segundo a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002), a violência é um problema social e de saúde pública, podendo aparecer multifacetada e deixando consequências a curto e longo prazo, que atinge a agredida, sua família, a comunidade. Ambos sofrem e adoecem, seja no aspecto físico ou psíquico, e por vezes, esse adoecimento se mascara em doenças que não são diretamente ligadas a agressão, mas um olhar atento e sensibilizado, muito pode descobrir e intervir para amenizar os sofrimentos.

A gestão dos serviços de saúde em suas esferas federal, estadual e municipal ainda não se deu conta que “[...] a carência de estudos populacionais sobre a violência baseada em gênero no país, bem como de pesquisas operacionais nos serviços, acaba por impossibilitar um melhor conhecimento sobre este fenômeno e suas consequências em saúde [...]” (BERGER, 2005, p. 419) e consequentemente pouco se intervém, se investiga e se notifica os casos, ocasionando uma invisibilidade da violência doméstica, e mais ainda a violência conjugal. Como bem corrobora Freire (2015, p. 73):

A violência doméstica em âmbito nacional é reconhecido como expressão da questão social no âmbito da saúde pública, demandando atenção e intervenção do Estado para seu enfrentamento. A comprovação do fenômeno da violência ficou ‘invisível’ durante décadas, pois nenhum registro e/ou obtenção de dados contabilizavam os índices existentes nos estados brasileiros, assim a ausência de indicadores sociais retardou a visibilidade da temática no país (FREIRE, 2015, P. 73).

Sabe-se que o enfrentamento à violência deve se pautar em ações intersetoriais, visando trabalhar desde a prevenção até ao atendimento das vítimas e a assistência aos agressores, formando uma rede que envolve as políticas de saúde, assistência social, educação, segurança pública, judiciário e ações da própria sociedade civil. A partir do ano de 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres atua nesta problemática e vêm sendo criados dispositivos como a Lei nº 11340/2006, denominada Maria da Penha e publicações dando diretrizes para ampliação da assistência como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004 (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulher publicada em 2011 (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto, um dos serviços potentes para identificação, notificação e assistência às situações de violência é a Estratégia de Saúde da Família, que pode servir como instrumento de potencialização da assistência à mulher e componente importante da

rede de atendimento às vítimas de violência doméstica. Mas para isto, os profissionais precisam estar sensibilizados e capacitados para atenderem essa demanda, deixando de lado ou vencendo seus preconceitos e sendo capacitados para intervir nessas situações.

A começar pela notificação dos casos de violência, que foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal e compulsoriamente em casos suspeitos, e que serve de subsídio para implementação de novas estratégias de assistência e implantação dos serviços especializados nos locais com maiores índices. Freire (2015, p. 73) destaca para além desta relevância que “A ficha de notificação é ampla e contém elementos importantes para fundos de pesquisa, pois permite identificar o perfil da mulher, situação socioeconômica, tipo de violência, tempo de convivência na relação e autor, agravo adquirido após o trauma e dados de profilaxia” (FREIRE, 2015, p. 73).

A Equipe de Saúde da Família pode ser um aparelho potente de orientação, acompanhamento e apoio a mulher violentada, bem como pode trabalhar a prevenção destas situações. Este serviço está próximo às famílias, geralmente com o tempo passa a conhecer não apenas as queixas clínicas, mas também muito sobre os conflitos intrafamiliares, o que pode levar a reconhecer situações de violência, quando não ocorre de as próprias mulheres confienciarem seus problemas domésticos e agressões conjugais por sentirem confiança no profissional.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE ACERCA DA RESPONSABILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE NO TOCANTE AO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CURRAIS NOVOS (RN)

A Estratégia de Saúde Família (ESF) surgiu como estratégia de superação do modelo biomédico centrado no cuidado individualizado da doença e propõe a reorganizar os serviços da Atenção Básica, que é a ordenadora do cuidado continuado em saúde nos territórios, composta por equipe multiprofissional devendo se responsabilizar por até três mil e quinhentas pessoas, a depender do grau de vulnerabilidade da população.

Na área da Comunidade *Sílvio Bezerra de Melo* existem algumas problemáticas que a colocam como território vulnerável: drogadição e alto índice de violência. Como o estudo aponta, a violência doméstica contra a mulher é uma realidade para a ESF *Sílvio Bezerra*, que cotidianamente toma conhecimento de casos de mulheres violentadas por seus companheiros, como os seguintes proferidos por A, J, E, L e M:

“uma mulher alcoólatra, tem um companheiro que agride fisicamente, toma o dinheiro do BPC para beber, xinga, tem violência física, patrimonial e psicológica, nos momentos de sobriedade ela reconhece, mas depois volta pra ele”;

“tem um caso que separa bastante e volta, existe agressão física, porém eles se mudam da área, é um relacionamento hostil, eles são jovens”;

“tem uma mulher que é agredida pelo esposo e negava por medo dele, sofria todos os tipos, física, verbal...”;

“o marido bate na esposa na frente da criança, ele era muito jovem, quando se juntaram ele tinha 17 anos e ela 35, ela sofre agressão física, ela não reage e apanha calada, ela diz que os vizinhos escutam mas não querem se meter, o filho pede pra ele não fazer”;

“uma mulher que é abusada, chegou de óculos escuros, estava com hematomas no rosto, contou que há tempo é agredida, mas aceita porque depende dele, ela deve sofrer ameaça. Ela faz tratamento pra ansiedade, um dia ta bem, outro não.”

As situações são as mais diversas e a atuação dos profissionais de saúde é algo importante para prevenção e enfrentamento da violência, pois como relata o profissional D: *“já identifiquei uma mulher com marcas, mas ela negou dizendo que havia batido em algum lugar”*, e após a negativa, não foi realizada nenhuma oferta de serviço e isto condiz ao relato de quase todos os profissionais ao serem questionados sobre o contato com mulheres em situação de violência, pois mesmo tendo conhecimento do caso, se a vítima não expressar a agressão, o profissional não se sente no direito, as vezes nem enxerga como atribuição sua, de tentar investigar um pouco mais se há outros indícios, como no relato de E: *“Nunca apareceu nenhum caso, mas posso perceber e perguntar o que houve. Se a pessoa negar, omitir eu vou aceitar, porque não tenho preparação.”* Há ainda aqueles que dizem não adentrar no assunto por receio de conflitos entre o agressor e a equipe, bem como deste se voltar contra a mulher e agredi-la ainda mais.

A desresponsabilização por parte do profissional em não entender o atendimento aos casos de violência como atribuição, pode ser decorrente da inexistência ou insuficiência na formação desses profissionais, o que pode resultar involuntariamente numa violência institucional nos casos de omissão, ao não garantir o acolhimento, a atenção humanizada e preventiva, através também de atitudes preconceituosas e discriminatórias que venham a revitimizar as mulheres que sofrem violência. A compreensão deve ser:

Que a violência doméstica é um fenômeno multicondicionado, em cuja dinâmica estão articulados aspectos sociais, econômicos, políticos, psicológicos, culturais que não podem ser tratados de forma isolada e nem complementar. Por isso o processo de intervenção profissional, nesse campo, pressupõe reconhecer a complexidade do objeto de trabalho numa perspectiva de totalidade e o terreno contraditório sobre o qual as ações profissionais se desenvolvem (MIOTO, 2003, p. 101).

Sendo assim, a educação permanente dos profissionais da ESF pode contribuir para atualização dos conhecimentos, assegurando uma atuação preventiva, o atendimento qualificado e humanizado cujos são requisitos para assistência digna aos casos de violência doméstica.

A respeito dos avanços visualizados pelos profissionais durante o período de atuação na saúde, foram trazidas as seguintes falas: *“houve principalmente depois da implantação da Residência, pois eu nunca tinha visto nenhuma assistência”* (B); *“hoje é mais falado, tem mais oficinas que preparam. No SUS acredito que tem”* (H); *“a Residência ajudou muito, outros serviços [...] hoje temos muito mais jeito de cuidar das pessoas”* (M); *“a vinda dos residentes para ajudar no aconselhamento, encaminhamentos. Antes disso, poderíamos recorrer a polícia, antes eu não achava que podia me meter nessas situações, o diálogo com profissionais mais antigas também ajuda”* (D); *“houve avanço, as novas leis, as novas equipes, só se não detectar é que essa equipe não intervém”* (F); *“em termos de escuta qualificada, o aconselhamento, sim, melhorou. Mas nenhuma política garante a assistência e*

o bem-estar da mulher depois da violência. Poderia existir uma casa de apoio para poder ficar enquanto estabiliza”(J).

Vale destacar que o entrevistado G demonstrou conhecimento crítico sobre a definição de violência doméstica e alguns manejos nessas situações, fala com segurança sobre os encaminhamentos e serviços da rede e a importância da notificação mesmo sem realizar e se mostra sensível a problemática ao dizer “*as vezes numa frase dita, você pega nas entrelinhas o que a mulher está passando*”. Isso demonstra a percepção do profissional sobre a escuta atenta e sensibilizada da usuária que chega para atendimento e muitas vezes, não relata diretamente a violência, mas é algo que pode ser identificado quando demonstra-se interesse, atenção e cuidado no momento do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo vem reafirmar que os profissionais de saúde compreendem o impacto da violência contra a mulher no âmbito individual e coletivo, mas foi possível perceber que alguns discursos dos entrevistados ainda têm enraizados moralismo e preceitos até mesmo embasados em pré-conceitos, resultantes das construções sociais, simbólicas, políticas e culturais, o que pode ser explicado por estarem imbricados nessa ótica da sociedade patriarcal e reproduzirem o discurso de “*em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher*” já tão fadado e contrário às novas discussões e legislações.

A fragmentação da rede de enfrentamento e a fragilidade em compreender a responsabilidade com o bem-estar biopsicossocial comprometem a assistência à vítima, que é revitimizada pelos profissionais e pelo Estado ao não garantir atendimento eficaz, nem dispor de medidas preventivas. A exemplo, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) profere que “*os casos não chegam*”, enquanto os profissionais de saúde relatam vários casos em apenas uma área do Município, não havendo assim, registro e notificação dos casos e ainda, ausência de gestão de informação, ambos de extrema importância para que sejam criados novos serviços e dispositivos legais como o atual assegurado através da Lei nº 13.427/17 (BRASIL, 2017), inserido na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) em seu Art. 7º, inciso XIV a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.

A ESF então, se caracteriza como um serviço não especializado, mas de relevância para a assistência por estar territorializado e sendo porta de entrada da mulher aos demais serviços desde que atue de forma articulada e integrada. A equipe multiprofissional da ESF com suas diferentes categorias desempenhando papéis de mesma importância, pois desde o Agente Comunitário de Saúde que faz as visitas ao domicílio, até o cirurgião-dentista que atende uma mulher com ferimentos bucais supostamente resultantes de agressão, ambos devem estar aptos a identificar as situações de violência, saber abordar, ouvir e não julgar as mulheres que precisam, muitas vezes, de intervenção externa para romper o silêncio e buscar ajuda. Dessa forma, a diretriz de acolhimento traçada na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003) e a educação permanente dos

profissionais podem trazer melhorias no acesso das mulheres violentadas aos serviços de saúde.

Portanto, a pesquisa resulta a importância de fortalecer a prática a partir dos embasamentos teóricos, haja vista defendermos a indissociabilidade entre o binômio *Teoria e Prática*. Assim como, entender que a realidade social é permeada por múltiplos marcadores sociais, os quais devem ser vistos/compreendidos em sua totalidade, para que não caiamos na violação (in) direta dos direitos dos/as usuários/as quando não entendemos os cotidianos.

Por fim, sendo a violência doméstica uma das principais expressões da questão social visível na contemporaneidade, apontamos a urgência na formação dos/as profissionais de saúde no tocante as normativas, legislações e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o que trazemos como sendo dever desses/as para guiar uma prática fincada nos pilares éticos e responsáveis para com os direitos sociais.

A pesquisa tem, assim, relevância social, não somente para aqueles/as da Comunidade *Sílvio Bezerra* e a rede de serviços – especialmente de saúde – da cidade de Currais Novos (RN), mas com todo o universo acadêmico/profissional. Como também, para a categoria dos/as Assistentes Sociais, uma vez que, sendo uma profissão majoritariamente feminina, a ampliação desse debate cruza com nosso Projeto Ético Político, assim como os princípios éticos que regem o Serviço Social.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência, gênero e poder: múltiplas faces. In: MULHERES e violências: interseccionalidades. Brasília (DF): Technopolitik, 2017. p. 14-35.

BARALDI, Ana Cyntia Paulin et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, jul. / set., 2012.

BERGER, Sandra Maria Dantas; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, mar./abr. 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.427/17, de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.** Brasília (DF), 2017. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13427-30-marco-2017-784552-publicacaooriginal-152276-pl.html>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a

mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 25 nov. 2003. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Rede de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres Brasília**. Brasília (DF), 2011a. (Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres).

BRASIL. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as Mulheres**. Brasília (DF), 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília (DF), 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF), 2004.

FREIRE. Mariana Frizheiro da Silva; PASSOS. Rachel Gouveia. Ensaio acerca da notificação da violência doméstica contra as mulheres: a realidade dos municípios de São Gonçalo e Niterói. In: **POLÍTICAS públicas, gênero e violência: contribuições para o Serviço Social – Campinas: Papel Social**, 2015. p. 59-80.

HIRATA, Helena; KERGOAT. Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, Regina Celia Tamasso. Para que tudo não termine como um "caso de família": aportes para o debate sobre a violência doméstica. **Katálysis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 96-103, jan./jun. 2003.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER. Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, jan./abr. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

PORTO, Madge. A Permanência de Mulheres em Situações de Violência: Considerações de Psicólogas. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília (DF), v. 30, n. 3, p. 267-276, jul./set. 2014.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

ZAGO, Luis Henrique. O método dialético e a análise do real. **Kriterion**, Belo Horizonte, n. 127, p. 109-124, jun.2013.