

As práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro

Paloma Abelin Saldanha Marinho*
Hebe Signorini Gonçalves**

RESUMO

O objetivo deste trabalho é discutir quais são as práticas dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro. Dada a recente entrada da violência de gênero na agenda da saúde, com políticas, recomendações e protocolos para esse setor, faz-se necessário analisar de que forma essa entrada se faz presente no cotidiano dos profissionais de saúde. Para tal, foram entrevistados dez profissionais de uma maternidade, cujas entrevistas foram analisadas sob o método da análise do discurso. Concluiu-se que falta capacitação no tema, o que se traduz em práticas fragmentadas e alienadas em relação às normas e recomendações existentes.

Palavras-chave: Violência de gênero. Prática profissional. Instituições de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os movimentos feministas, que há pelo menos dois séculos lutam pelo reconhecimento dos direitos das mulheres, alcançaram conquistas importantes nos últimos 30 anos. A visibilidade da violência de gênero e seu lugar conquistado nas áreas jurídica e de segurança pública marcaram o início desse processo e, mais recentemente, a conquista dos direitos chegou à área da saúde.

A princípio ancoradas em convenções e acordos internacionais, diversas políticas foram traçadas incluindo a violência e a violência de gênero contra a mulher na saúde. No momento, esse processo encontra-se ainda em construção, mas um caminho importante já foi traçado política e academicamente no reconhecimento da violência de gênero como questão de saúde pública. Segundo Minayo (2007), alguns dos principais tratados são: o I Instituto Global de Violência e Direitos Humanos, ocorrido em 1991, nos Estados Unidos; a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (realizada em Viena, em 1993), reforçada pela Convenção de Belém do Pará (1994); a Conferência de População e Desenvolvimento (realizada no Cairo, em 1994) e a Conferência Mulher e Desenvolvimento (realizada em Pequim, em 1995). Para maior aprofundamento sobre o balanço no que diz respeito aos avanços no atendimento de mulheres em situação de violência na rede de saúde, consultar Lima e Deslandes (2014).

Na perspectiva teórica utilizada nesta pesquisa, considera-se a existência de uma matriz hegemônica de gênero, que estabelece quais devem ser os papéis masculinos e femininos. A matriz produz desigualdades na família, escola, igreja, meios de comunicação, relações de trabalho e relações sociais como um todo. Nesses espaços, a hierarquia dos homens em relação às mulheres é naturalizada e são desenvolvidos mecanismos de subordinação e de acesso desigual às fontes de poder e aos bens materiais e simbólicos. Ou seja, os papéis e funções construídos socialmente para homens e mulheres resultam em desigualdades que oprimem as mulheres, geram e mantêm a violência de gênero por meio do poder e da força (SAFIOTTI, 2005).

Nesse sentido, a violência de gênero consiste na subordinação de categorias oprimidas dentro da matriz social de gênero. Considerando a existência de relações sociais desiguais em termos de obtenção de poder entre homens e mulheres, trata-se neste trabalho de violência de gênero contra a mulher. Reconhece-se a existência de diversas tipologias no que diz respeito a essa forma de violência, que podem ser conhecidas em Almeida (2007) e Brasil (LEI 11340/2006).

Retomando a questão dos serviços de saúde, as mulheres constituem clientela importante dos serviços de saúde, por razões as mais diversas; aquelas que vivenciam situações de violência frequentam esses serviços sem necessariamente buscar atendimento para a violência que enfrentam em seu cotidiano.

* Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro- RJ.
E-mail: ppabelin@hotmail.com

** Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro- RJ.
E-mail: hebe@globocom

Segundo Borsoi, Brandão e Cavalcanti, “A violência doméstica é uma realidade bastante comum entre as usuárias dos serviços de saúde estudados, apesar de não se apresentar como a queixa principal que as leva a procurar atendimento”. (2009: p.171)

Uma vez dentro do setor saúde, alguns procedimentos e normas são recomendadas para o manejo da violência de gênero por parte dos profissionais. A Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes pode ser considerada o documento de referência para o setor saúde no que se refere às condutas específicas a serem tomadas em casos de violência sexual. Ela foi publicada em 1998, passou por várias reedições e a última versão foi reeditada em 2012 (BRASIL, 2012). Na Norma, os procedimentos para o atendimento dentro do setor saúde são descritos de forma técnica e detalhada. As diretrizes são especificamente referentes à violência sexual, mas oferecem as condutas essenciais a serem utilizadas para as outras formas de violência. Ainda que seu aperfeiçoamento seja constantemente solicitado (ver, por exemplo, VILLELA e LAGO, 2007), ela é o parâmetro essencial para o trato da violência sexual, e outras formas de violência, pelas equipes do campo da saúde.

Pelas razões expostas, decidiu-se analisar de que forma o reconhecimento da violência de gênero como parte da agenda da saúde se traduz em práticas no dia-a-dia dos profissionais de saúde, considerando que este é um espaço frequentado por mulheres que podem estar em situação de violência, apesar de não anunciá-la. Para isso, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde na Maternidade Escola (ME) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, maternidade não-referência no município. A ME oferece serviços de saúde para mulheres gestantes, tais como consultas de pré-natal, consultas com outras especialidades médicas e serviços obstétricos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foram entrevistados dez profissionais da ME, sendo as categorias profissionais dos entrevistados: duas residentes, uma médica, uma psicóloga, uma assistente social, dois técnicos de enfermagem e três enfermeiras.

A pesquisa foi aprovada em 24 de março de 2010 pelo protocolo CAAE 004.361.000-10, dentro dos Termos da Resolução CNS no 196/96.

Os profissionais foram entrevistados individualmente por meio de entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e transcritas. Eles foram escolhidos de forma aleatória e de acordo com a disponibilidade que tinham para participar da

entrevista nos momentos em que a entrevistadora se encontrava no campo. Todos consentiram a participação no estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas no mês de abril de 2010.

As informações colhidas foram divididas em blocos previamente definidos e analisadas pela metodologia da Análise do Discurso.

A Análise de Discurso parte do pressuposto de que os discursos são dotados de repertórios interpretativos, cujos elementos essenciais são a estratégia de organização interna do discurso com unidades linguísticas vinculadas e coerentes entre si (WETHERELL e POTTER, 1996). Essa metodologia de análise considera que a linguagem que usamos, e a que é usada para se dirigir a nós, carrega formas específicas de ver o mundo, entendidas como “teorias” da realidade: diferentes estilos de discurso e de escrita apresentam formas de ver a realidade, análises contrastantes do mundo e pensamentos sobre temas específicos (FOWLER et al., 1979).

No presente texto, propomo-nos a apresentar e discutir três das categorias de análise identificadas nos discursos: a capacitação profissional para o trato de questões vinculadas à violência de gênero; a identificação dos casos e sua abordagem; e o conhecimento das rotinas de atendimento.

3 RESULTADOS

3.1 Capacitação para o trato da violência de gênero

A maioria dos profissionais entrevistados declara não ter tido acesso à capacitação em violência de gênero, nem na graduação, nem em treinamentos promovidos por instituições; alguns tiveram acesso apenas a uma aula, ou a palestras esporádicas. A única profissional que declarou capacitação formal foi uma médica que buscou, por iniciativa própria, cursos e congressos sobre violência de gênero; essa profissional constatou, na prática do seu dia-a-dia, que não tinha preparo para lidar com as pacientes em situação de violência que chegavam à instituição:

Eu busquei muito essa informação porque eu me achava muito despreparada de como abordar, de como proceder, de como... é... tomar as providências, como orientar e tudo o mais (Médica C)

Apesar de indagadas diretamente em relação à capacitação em violência de gênero, duas entrevistadas afirmaram ter tido capacitação em violência contra a criança.

(Capacitação de violência) de mulher não, de criança sim. (Residente A)

Eu já tive [capacitação de violência], que eu me lembro, acho que foi contra criança... Violência contra a mulher, não. (Enfermeira F)

A profissional que buscou capacitação específica ressaltou a importância de associar a prática profissional ao conhecimento acadêmico. Ao longo da entrevista, referiu-se com frequência à importância de lidar diariamente com as pacientes, o que, no seu entender, potencializa o aprendizado que se tem em cursos, congressos ou aulas.

3.2 A identificação dos casos e a abordagem da mulher

A grande maioria dos profissionais não pergunta diretamente, mesmo que tenha desconfiado ou até mesmo identificado um caso de violência.

A gente não pergunta diretamente, a gente tenta arrumar artifícios e montar ali um contexto, né, que possa ter abertura pra perguntar, pra tentar saber (Psicóloga H)

Mas a gente não pergunta, né (Residente A)

Verbalizar a violência, ainda que como possibilidade, é tomado como comportamento invasivo por alguns dos profissionais, e fora da alçada da área de saúde, por outros:

A gente não se interfere na vida das pessoas, né... Difícil, né... Aquela expressão, como é que é? Entre briga de marido e mulher, não se mete a colher? (Técnico de Enfermagem G)

A questão da violência a gente sempre vai achar, mas mais por tabela, né, porque aqui não é uma delegacia, aqui não é um setor específico pras questões sociais, entendeu? E nem tampouco um hospital... vamos dizer assim: psiquiátrico, um serviço de psicologia. (Psicóloga H)

A discrição que rege a abordagem da violência de gênero não está presente quando se trata de violência contra a criança; nesse particular, a desconfiança é mais facilmente admitida e verbalizada, como se pode ver nas falas abaixo:

A gente desconfia mais assim de criança... Não, violência, mas às vezes mãe que a gente acha que tá rejeitando (Enfermeira F)

A gente[...] se preocupa muito da violência da mulher contra o bebê, tá? (Psicóloga H)

Por outro lado, há muitos profissionais que nunca nem mesmo desconfiaram da existência de mulheres em situação de violência.

Mas violência contra a mulher, que eu me lembro, eu ainda não peguei. (Enfermeira F)

Chama a atenção o fato de a categoria profissional mais distante desse reconhecimento ter sido a categoria de Enfermagem. O fato vai contra a literatura consultada a respeito do envolvimento da enfermagem com mulheres vítimas de violência em unidades de saúde, dado que as escolas de enfermagem incorporam com mais frequência a violência na grade curricular e dado ainda que os pesquisadores da área comumente estudam a relação entre saúde e violência, constituindo-se como autores de numerosas publicações, algumas inclusive incorporadas ao presente texto. Considerando os relatos dos trabalhos, que apontam a proximidade entre a área de enfermagem e a clientela dos serviços de saúde, em razão dos procedimentos médico-hospitalares que ficam a seu cargo, seria também de se esperar que a enfermagem estivesse melhor formada e mais informada a respeito da dinâmica da violência. Como lembra um dos entrevistados,

Não é só dar comprimido, dar medicação. Há esse trabalho, não invadindo a área da psicologia propriamente dita, de você dar um suporte (...) porque a gente tem mais contato com as pacientes, mais que as psicólogas. (Técnico de Enfermagem E)

O que se pode inferir, nesse cenário, é que os profissionais tendem a admitir que a violência habita a vida das mulheres que frequentam o serviço, mas as situações concretas não chegam a ser identificadas, ou quando suspeitadas não são verbalizadas. Assim, os episódios de violência tendem a permanecer na obscuridade. Essa hipótese ganha força quando examinamos as falas abaixo transcritas:

Hoje a gente sabe que a violência é muito maior do que o que a gente tem informação, porque às vezes não tem nenhuma marca física visível, que a gente consiga notar, e a paciente não relata. (Residente B)

Desconfiar a gente desconfia, a gente não tem certeza porque a vítima, que é a paciente, ela nunca vai delatar quem fez isso com ela. (Técnico de Enfermagem G)

A desconfiança acima referida advém de alguns sinais, por exemplo da postura da mulher:

Aquela paciente, por exemplo, nós estamos conversando, não te olha nunca, sabe? Tá sempre [olhando pra baixo], não é uma atitude muito normal... (Médica C)

A gente aprende com o tempo, com a prática, a detectar o caso até pela postura dela! (Psicóloga H)

Ou de comentários de outros pacientes:

Às vezes, às vezes ela fala pra uma companheira de alojamento. A companheira fala às vezes com a enfermagem, a enfermagem vem falar com a gente... (Psicóloga H)

Mas ela pode surgir, ainda, do acompanhamento do caso e da identificação de lesões repetitivas:

Quando começa a cair muito a gente, antes de cair muito a gente começa a ficar bastante atenta, de orientar, de se mostrar disponível para ouvir, pra ajudar, pra encaminhar, enfim, toda essa coisa (Médica C)

Era uma das que sempre, um dia tinha um roxo no pescoço, um dia tinha o mamilo machucado, um dia tinha um joelho ralado, um dia tinha um ponto na perna, entendeu? Um dia tinha um queimado de cigarro, entendeu? É demais, não é? Você atende doze, quinze vezes e em doze, quinze vezes você tem uma, não eram lesões repetitivas, tá, o que sugere ainda mais! (Médica C)

Parece sintomático que as duas falas acima, assentando a desconfiança na lesão repetitiva, tenha sido trazida pela única profissional que buscou capacitação no tema. As marcas corporais, os ferimentos múltiplos no corpo, e a busca frequente por assistência, constituem, de fato, um dos principais indícios da violência, e são tomadas como signo que recomenda sua investigação mais acurada (MOREIRA et al, 2008). Parece assim que as capacitações variadas, incluindo a formação curricular e demais espaços, ao adestrarem o olhar, podem de fato se constituir em elemento relevante para observar além da superfície. Podem também ajudar o profissional a reunir elementos que facilitem o início e o desenvolvimento do diálogo com a mulher que precisa de auxílio.

O reconhecimento da existência de mulheres vítimas de violência na unidade de saúde, associado à existência de fatores que levam à desconfiança, vai de encontro à abordagem dos profissionais que, na prática, não indagam a mulher, seja por considerar o questionamento invasivo, seja por não acreditar que o questionamento faça parte da rotina da saúde. Aqui, fica clara mais uma vez a necessidade de capacitação, que viria a preencher a lacuna deixada pela falta de conhecimento a respeito da importância do questionamento direto, bastante presente na literatura já mencionada. Além da Médica C, cuja fala foi reproduzida acima, o único entrevistado com maior facilidade de abordagem possui informações sobre a violência ofertadas em contexto religioso, orientadas para a disseminação do cuidado para com o outro.

Na minha igreja tive essa palestra [sobre violência contra mulheres] [...] Eu fui devagarzinho conversando lá com ela e ela teve confiança, acabou se abrindo comigo. Ela tinha passado por violência desde a sua infância até a sua parte gestacional, já era mulher de vinte e poucos anos... (Técnico de Enfermagem E)

3.3 O conhecimento de condutas para a atenção à violência de gênero

Justamente devido à dificuldade de abordagem por parte dos profissionais de saúde, foram encontradas poucas descrições das condutas adequadas/utilizadas no atendimento das mulheres vítimas de violência.

Nos encaminhamentos para fora da Maternidade Escola, as mulheres são referenciadas para o Instituto Fernando Magalhães, unidade de referência para a violência sexual no município do Rio de Janeiro. Lá, os profissionais dispõem dos medicamentos específicos para atendimento emergencial e continuado, dos formulários recomendados pelo Ministério da Saúde, e de meios para encaminhar as mulheres ao Instituto Médico Legal para realização do exame de corpo delito. Quando se trata de meninas menores de dezoito anos, é realizado encaminhamento interno para o setor de Serviço Social que, então, direciona a menina ao Conselho Tutelar. Contudo, esses encaminhamentos foram descritos e adotados apenas pela Médica C.

Como era menor, a gente tomou todas as providências e comunicou o Conselho Tutelar (Médica C)

A falta de continuidade no contato com as instituições foi apontada por uma das entrevistadas como uma dificuldade, o que anuncia uma falha no enfrentamento em rede da violência de gênero, que deveria contar com comunicação clara e retorno para os profissionais a respeito das meninas e mulheres encaminhadas. Muitas vezes, as mulheres terminam seus atendimentos na Maternidade e não há retorno nem por parte delas nem por parte das instituições para onde são referenciadas, mesmo diante do interesse manifesto da Maternidade-Escola em conhecer o desfecho do caso.

Então quando você liga, por exemplo, a assistente social aqui liga pra de lá pra saber como é que tá, como é que tá, você nunca consegue ter uma resposta, entendeu, em que ponto tá, em que ponto não tá. (Médica C)

Ao invés de encaminhamentos formais, alguns profissionais optam pela apresentação informal de possíveis alternativas para as mulheres, tais como a delegacia, casas-abrigo e setores jurídicos. Apesar de essas alternativas estarem de acordo com a Norma Técnica de 2005, elas não são apresentadas à mulher como meios estruturados para o enfrentamento da violência.

A gente dá o apoio pra ela, a gente incentiva ela a denunciar. (Psicóloga H)

A opção por alternativas informais pode ser explicada pela falta de capacitação dos profissionais, já que constatamos que a denúncia aparece como

uma alternativa sugerida à mulher - não por estar previsto nas Normas Técnicas - mas como fruto de conhecimentos não fundamentados, em geral veiculados por campanhas de divulgação. Essa impressão deriva do fato de a residente em questão ter-se mostrado evasiva quando questionada a respeito dos procedimentos tomados na Maternidade nos casos que envolviam, comprovadamente ou não, uma situação de violência. Internamente, os casos são comentados com a própria equipe, mas não parece existir nenhuma providência depois disso.

A gente comenta 'Isso aqui tá estranho', mas ninguém leva muito a sério... [...] eles falam: 'não, isso aí não tem nada' e aí você tem que tocar, continuar trabalhando e acaba deixando casos. (Residente A)

E: Você já teve alguma vez que você tenha desconfiado e você conversou sobre isso com alguém da equipe?

G: Não, só com os amigos do trabalho, só o pessoal técnico mesmo, ou com a enfermeira, né, só nesse nível.

E: E você já soube de alguém que tenha decidido "Ah, será que existe mesmo? Vou investigar!?", você soube de algum curso assim?

G: Não, nunca vai adiante. (Técnico de Enfermagem G)

Em uma situação em que houve a identificação de uma situação de violência por parte de um técnico de enfermagem, o mesmo sugeriu que a mulher buscasse a psicologia, mas não houve encaminhamento formal para o setor.

Não sei realmente se ela passou [...] pelo trabalho de psicologia, entendeu? Eu disse pra ela que aqui existia essa cadeira e ela poderia ser assistida, né. (Técnico de Enfermagem J)

Em todas as situações citadas, a equipe deveria seguir as recomendações da Norma Técnica: comunicar-se internamente; oferecer atendimento psicológico individual à mulher (dentro ou fora da instituição de saúde em que ela está sendo atendida); apoiá-la no registro policial da agressão e informá-la a respeito do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal; sugerir encaminhamento à Delegacia Policial, à Delegacia de Proteção à Mulher e ao Instituto Médico Legal; e, caso a mulher queira iniciar o processo de separação, encaminhá-la aos órgãos responsáveis pela oferta de apoio jurídico. Além disso, faz parte dos procedimentos: traçar um plano terapêutico individual e apoiar a decisão da mulher de interromper a gravidez caso esta tenha sido consequência de violência sexual.

4 DISCUSSÃO

A falta de capacitação, por parte dos/as trabalhadores de saúde em relação à violência de gênero, observada nesta pesquisa foi relatada também por outros autores. O trabalho de Vicente e Vieira (2009) analisou o conhecimento de violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. Dentre os entrevistados, 68,9% declararam nunca ter recebido nenhuma informação sobre a violência de gênero. Menos da metade dos participantes (41%) foi considerado com alto conhecimento sobre a violência de gênero. O estudo constatou também alto índice de desconhecimento dos participantes quanto à existência de casas-abrigo para mulheres ou ao endereço de delegacias especializadas. A falta de conhecimento das condutas a serem seguidas levava frequentemente à esquivia no tratamento. Constatação de mesmo teor aparece em Cavalcanti (2002, apud Borsoi 2009), para quem o principal problema no enfrentamento da violência de gênero não é sua identificação, mas o desconhecimento do que fazer quando a violência é identificada. Visentinet al (2015), ao entrevistarem enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde, observaram que o conhecimento dessa categoria profissional a respeito da violência de gênero era limitado mas, para além do desconhecimento, um fator importante era a falta de formação no tema em seus currículos escolares.

Mesmo quando se trata da violência contra a criança, que tem sido objeto abordado mais frequentemente na graduação em Medicina, há um número expressivo de pediatras que em nenhum momento, ao longo de sua formação, foi capacitado para identificar situações de violência ou para saber como agir após essa identificação. (CARVALHO et al, 2010) Esse achado corrobora os resultados encontrados no presente estudo.

Reitera-se que os profissionais de saúde desempenham um papel importante na identificação dos casos de violência, nas ações preventivas e nas possíveis intervenções que se seguem à demanda (SOUZA et al, 2009). Isso pode ser observado nas instituições que contam com profissionais devidamente capacitados.

Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) estudaram uma unidade de referência em saúde, distinta das demais e daquela que investigamos por ser dotada de profissionais capacitados e atualizados no tema da violência de gênero. Ali, a violência era percebida como demanda imediata para o setor saúde; além disso, as autoras identificaram na equipe a preocupação com acompanhamento de longo prazo, evidenciada na marcação e remarcação de consultas para não perder contato com as usuárias, no esforço em realizar o

mínimo de encaminhamentos para fora da unidade, onde seria possível perder o vínculo com a paciente, na inclusão de familiares nos atendimentos e na elaboração de soluções conjuntas para o tema. Os encaminhamentos não eram decididos unilateralmente pelos profissionais que atendiam as mulheres em situação de violência, mas sim sugeridos, conversados e refletidos até que a própria usuária decidisse quais condutas seguiria a partir daquele momento.

Também no que diz respeito às condutas dos profissionais de saúde, em estudo realizado com médicos e enfermeiras de serviços de saúde de São Paulo (Hasse e Vieira, 2014), observou-se, por outro lado, que em muitas situações as condutas adotadas na identificação de mulheres em situação de violência eram adequadas apesar de limitadas. Entretanto, faltava conhecimento aos profissionais em relação às melhores formas de abordagem, em relação à rede de atenção existente para as mulheres e à possibilidade de atuação interdisciplinar dentro do próprio serviço de saúde.

5 CONCLUSÃO

Em nosso estudo, os entrevistados não dispunham de informações acerca dos procedimentos básicos recomendados no trato com a mulher em situação de violência. A falta dessas informações, usualmente oferecidas em atividades de capacitação, não só representou um impedimento para a discussão acerca de rotinas, procedimentos e práticas no dia-a-dia dos profissionais, como – e mais importante – vem alicerçando práticas fragmentadas e por vezes contrárias aos procedimentos básicos recomendados para o setor saúde no manejo de situações de violência de gênero.

Atesta essa análise a constatação de que a única profissional com capacitação no tema, buscada e reatualizada por iniciativa própria, era também a única com facilidade na abordagem, com conhecimentos embasados dos sinais recorrentes de que a mulher se encontra em uma situação de violência e com conhecimento dos encaminhamentos possíveis para essa mulher, tanto dentro como fora do hospital. A profissional é quem, inclusive, reconheceu uma maior variedade de sinais que apontam para a existência de uma situação de violência. Todas essas observações apontam claramente para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde no tema da violência de gênero, já que desse conhecimento resulta maior facilidade na identificação da violência, na abordagem da mulher e na adoção das práticas recomendadas.

Nenhum dos demais profissionais, em qualquer fase de seus processos de formação, teve acesso a capacitações a respeito da violência de gênero: não

houve capacitação durante a graduação, assim como ela não foi valorizada nos concursos de acesso à maternidade em questão e não é promovida durante o exercício profissional pela instituição ou por outros órgãos, como preconizado pela Norma Técnica. Os reflexos da inexistência de capacitação da área de saúde para lidar com a questão, já apresentados na literatura sobre o tema, podem ser observados também nas entrevistas apresentadas e discutidas no presente trabalho.

Para além do reconhecimento da inclusão da temática nos currículos escolares e atividades pedagógicas de formação em saúde, reconhece-se também que as diretrizes da Política Nacional de Humanização pode ser uma importante orientação para dar suporte aos profissionais de saúde (BRASIL, 2008).

A partir do conceito de clínica ampliada, compreende-se o compromisso do profissional de saúde com o sujeito, dentro de um processo amplo de produção de saúde, que ultrapasse a queixa ou motivação inicial que levou a pessoa a buscar o serviço de saúde. É a proposta de um olhar macro sobre o sujeito que busca o serviço de saúde e, nesse sentido, a mulher em situação de violência que frequenta a maternidade, pode ser olhada para além de sua necessidade de pré-natal, parto e acompanhamento.

O conceito de acolhimento propõe a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo tanto com usuários de serviços de saúde como dentro da própria equipe por meio da escuta qualificada. Nesse sentido, o acolhimento permite o encontro de saberes e a possibilidade de troca de afetos e de construção de vínculos, atuando na dimensão comunicativa. Dessa maneira, o acolhimento pode ser elemento que norteia o encontro entre profissionais de saúde e mulheres que frequentam os serviços de saúde, abrindo o canal para que as situações de violência possam ser reconhecidas e relatadas.

Ainda, a gestão participativa, que também norteia a Política Nacional de Humanização, aponta para a construção de processos de análise e aprendizados compartilhados. A troca de informações e definição conjunta de encaminhamentos por parte dos profissionais de saúde das usuárias dos serviços de saúde pode permitir que as condutas estejam estabelecidas formalmente e que as dúvidas dos profissionais de saúde sejam discutidas conjuntamente.

Seria recomendável desenhar um panorama mais amplo acerca dos procedimentos adotados pelos profissionais de saúde no manejo da violência de gênero no dia-a-dia dos serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção. Pesquisas em postos de saúde, hospitais gerais e emergências darão um quadro mais

completo das práticas dos profissionais de saúde no enfrentamento da violência de gênero. No entanto, o presente estudo já permite trazer importantes elementos de reflexão sobre essas práticas. Nossa intenção, aqui, é apontar os problemas concernentes

à atuação do setor na abordagem da violência, para tornar claros os obstáculos do campo e possibilitar a tomada de posições e atitudes no sentido de aprimorar os serviços para que estes estejam preparados para atender mulheres em situação de violência de gênero.

The routine of health care professional regarding gender based violence in a maternity in Rio de Janeiro

ABSTRACT

The aim of this paper is to reflect upon the routine of health care professional regarding gender based violence in a maternity in Rio de Janeiro. Given the recent connections between gender based violence and the health care system, including policies, recommendations and protocols, it is necessary to analyze the connection between health and gender based violence is present in the routine of health care professionals. With this concern, ten professionals from a maternity were interviewed and the interviews were analyzed by using the method of speech analysis. The research concluded that there is a lack of training in the area of gender bases violence, which translates into practices poor coordinated and apart from the existing protocols.

Key words: Violence against women. Professional practice. Health facilities.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.S.; .In: ALMEIDA, S.S. (Org). *Violência de Gênero e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, p. 23-42, 2007.
- BORSOI, T. S., BRANDÃO, E.R., CAVALCANTI, M.L.T. *Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro*. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, Boucatu, v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.
- BRASIL. *Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília, Ministério da Saúde, 126 p., 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 74 p., 2008.
- _____. *Lei 11340/2006 - Lei Maria da Penha*. Publicada no Diário Oficial da União em 07 de agosto de 2006.
- CARVALHO, S. et al. *Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos*. HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 3, p. 183-187, jul./set. 2010.
- FOWLER R.G et al., *Language and Control*. London, Roulledge& Kegan Paul Ltd, 120 p., 1979.
- HASSE, M.; VIEIRA, E.M. *Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada dos dados*. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 38, n.102, p. 482-493, 2014.
- LIMA, C.A; DESLANDES, S.F. *Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setornadécada de 2000*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.23, n.3, p. 787-800, 2014.
- MINAYO, M.C.S. *A Inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, suplemento, p. 1259-1267, 2007.
- MOREIRA, S. da N.; GALVÃO, L. L. L. F.; MELO, C. O. M.I; e AZEVEDO, G. D. de A. *Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol. 42, n.6, 2008.
- SAFFIOTI, H. I.B. *Gênero e Patriarcado: a necessidade da violência*. In: CASTILLO-MARTÍN, M. e OLIVEIRA, S. (orgs.). *Marcadas a Ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar*. Brasília: SEPM, Pp. 35-76, 2005.
- SOUZA E.R. et al. *O tema da violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1709-1719, 2009.
- VICENTE, L. M.; VIEIRA, E. M. *O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes*. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2009.
- VILLELA, W V. e LAGO, T. *Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 471-475, 2007

VISENTIN, F., Vieira, L.B., Trevisan, I., Lorenzini E., Silva, E.F.
Women's primary care nursing in situations of gender violence.
Investigación y Educación em Enfermería, Medellín, v.3, n3,
p.556-564, 2015.

WETHERELL M.; POTTER J. El análisis del discurso y
la identificación de los repertorios interpretativos. En: Gordo, A. y
Linaza, J. Psicologías, discursos y poder. Madrid, Visor, p.63-78,
1996.

Enviado em 17/10/2014

Aprovado em 22/3/2016