

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ELISIANE GOMES BONFIM**

**A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA  
PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL PÚBLICA**

**Porto Alegre**

**2008**

**ELISIANE GOMES BONFIM**

**A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA  
PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL PÚBLICA**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da Escola  
de Enfermagem da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul para a obtenção do título  
de Mestre em Enfermagem.**

**Profª Orientadora: Dra. Marta Julia Marques Lopes**

**Porto Alegre**

**2008**

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP**  
**BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

---

B698v Bonfim, Elisiane Gomes  
A violência doméstica contra a mulher na perspectiva  
da atenção pré-natal pública [manuscrito] / Elisiane Gomes  
Bonfim. – 2008.  
172 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2008.  
Orientação: Marta Júlia Marques Lopes.

1. Violência doméstica – Mulher – Período perinatal. 2.  
Cuidado pré-natal – Consulta pré-natal – Serviço básico de  
Saúde. 3. Saúde da mulher. I. Lopes, Marta Júlia Marques.  
II. Título.

NLM : WA308

---

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

ELISIANE GOMES BONFIM

**A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA PERSPECTIVA DA  
ATENÇÃO PRÉ-NATAL PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de Junho de 2008.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Presidente – Orientadora

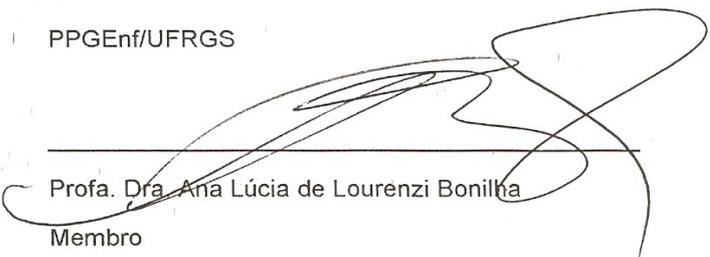
PPGEnf/UFRGS

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro

PPGEnf/UFRGS

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Membro

PPGEnf/UFRGS

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi

Membro

PPGSS/PUCRS

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a todos os que, de alguma forma, colaboraram para a elaboração deste trabalho.*

*Em especial, agradeço:*

*Ao Gustavo, meu companheiro, namorado, amigo, marido, que sempre está presente, dividindo os bons momentos e os nem tão bons assim e, sobretudo, apoiando minhas decisões nas escolhas pessoais e profissionais.*

*A minha família, que foi o berço de tudo; sem o seu apoio eu provavelmente não teria concluído nem a Graduação. Obrigada Mãe (Maria do Carmo), Pai (Telmo) e Mano (Elisandro).*

*À Thai (Thaiane) e à Tati (Tatiele), minhas primas, pela procura de apartamento para alugar, pela acolhida em Porto Alegre e por terem cedido um espaço de seu apartamento para receber-nos (eu e o Gustavo) por uma semana, que se transformou em um mês.*

*À tia Vera e ao tio Caruca (Omarim), por mais um mês de acolhida na casa da praia, que serviu como refúgio para o calor de Porto Alegre, durante a elaboração desta dissertação.*

*À professora Dra. Marta Julia Marques Lopes, que com sinceridade e objetividade marcantes, orientou-me na elaboração deste trabalho, conduzindo a refletir sobre as questões sociais, que, muitas vezes, me passavam despercebidas.*

*À Dda. Sandra Leal, pela acolhida, pela disponibilidade de dividir o seu conhecimento e pela parceria no grupo de trabalho, das tardes de sexta-feira.*

*À Bolsista de Iniciação Científica Marcele Peretto, pelo auxílio na coleta dos*

*dados dos prontuários. Sua colaboração e a disponibilidade de deslocar-se até os serviços foram muito importantes.*

*Aos profissionais da Gerência Partenon/ Lomba do Pinheiro, particularmente à Enfermeira Gerci Salete Rodrigues, pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa e aos profissionais das Unidades de Saúde, pelo acolhimento.*

*À professora Dra. Ana Bonilha e à colega Fernanda Córdova, pelas colaborações na qualificação do Projeto de Pesquisa, durante o Seminário Integrado de Pesquisa II.*

*Às professoras do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, pelo empenho e dedicação na melhoria do ensino e, conseqüentemente, na atenção à saúde.*

*Ao Professor Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, que, ainda na Graduação, plantou a semente da pesquisa e me incentivou a prosseguir na formação profissional.*

*Aos Colegas do GESC- Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo carinho e troca de conhecimentos, nesses dois anos de convivência.*

*À Capes, por ter me proporcionado a Bolsa de Estudos, o que foi um diferencial para o desenvolvimento das atividades do Mestrado.*

## RESUMO

Este estudo trata da violência doméstica contra a mulher, no período perinatal, considerando a atenção pré-natal pública. Constatou-se que, durante a gestação a mulher utiliza com maior frequência os serviços básicos de saúde. Essa presença mais frequente favorece a identificação de casos de violência. No entanto, estudos relatam baixo percentual de registros desses casos e de encaminhamentos de mulheres, por meio dos serviços de saúde, a Instituições de apoio. Investigou-se como as formas de consumir a violência são reconhecidas pelos profissionais que executam a assistência pré-natal, na atenção básica. Objetivou-se conhecer as concepções e percepções sobre violência doméstica contra a mulher entre profissionais de Saúde que realizaram consultas de pré-natal, no município de Porto Alegre, bem como identificar e analisar as condutas terapêuticas e estratégias utilizadas por esses profissionais na suspeita de casos de violência e na violência declarada, durante as consultas de pré-natal e, finalmente discutir e analisar a problemática dos atendimentos às gestantes, em situação de violência doméstica, realizados na perspectiva dos profissionais e dos registros dos serviços. Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza entrevistas semi-estruturadas e pesquisa documental na coleta dos dados. Foram entrevistados profissionais que realizam consultas de pré-natal na área de atuação de 12 serviços de atenção básica, em uma Região do Município de Porto Alegre, totalizando 24 profissionais. A partir da pesquisa documental identificaram-se 20 registros de violência contra a mulher, 10 deles relatados anteriormente ao pré-natal, 07, durante o pré-natal e 03, no pós-natal em um período de um ano. Constatou-se que a violência aparece de forma descontextualizada e a conduta centrou-se nas suas conseqüências sobre a saúde física e psicológica da mulher e dos filhos. A análise das entrevistas estruturou-se em 03 categorias: concepções e percepções da violência doméstica; fatores que interferem nos atendimentos às gestantes em situação de violência doméstica e planejamento da ação terapêutica: estratégias de ação. Foi constatado que a

maioria dos profissionais entrevistados não reconhece a violência como um problema de saúde pública e, frequentemente, não a identifica, evidenciando um olhar “naturalizado”, sustentado na violência de gênero. Assim, muitas vezes não registram como agravo à saúde da gestante, gerando omissões no atendimento, sub-registro e invisibilização desses eventos. Conseqüentemente, a naturalização e a invisibilização nos serviços e registros também inviabilizará a elaboração de estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher, Cuidado pré-natal, Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

*This study is about domestic violence against woman over the prenatal period taking the services of state prenatal care into consideration. It evidences that, during pregnancy, the woman utilizes the health basic care services more frequently. Being more frequent, this presence favors the identification of violence events. However, studies report a low percentage of records of such cases and regarding addressing women to support Institutions through health services. This investigation is about how the ways of making violence are recognized by the professionals that perform the pre-natal assistance at the basic health care. The objective is learning the conceptions and perceptions about domestic violence against woman among health professionals that perform prenatal consultations in the city of Porto Alegre as well as identifying and analyzing the therapeutic conducts and strategies utilized by these professionals on both the suspicion of violence events and on the declared violence during prenatal consultations and, finally, discussing and analyzing the problem of attendances to pregnant women undergoing domestic violence performed under the perspective of professionals and of services records. It is about a qualitative study that utilizes semi-structured interviews and documentary research upon the collection of data. Interview was carried out with professionals that perform prenatal consultations in the area comprised by 12 units of basic care service in a section of the Municipality of Porto Alegre totaling 24 professionals. Starting from the documentary research, out of 20 identified records of violence against woman, 10 were reported as having happened before the prenatal, 07 during the prenatal, and 03 in the post-natal, over the period of one year. It has been found out that violence appears out of the context and the conduct was centered on its consequences on the physical and psychological health of the woman and of the children. The analysis of the interviews was structured into 03 categories: conceptions and perceptions of domestic violence; factors that interfere in the attendances to pregnant women undergoing do-*

*mestic violence; and, planning of the therapeutic action: action strategies. It has been found out that most of the interviewed professionals do not recognize violence as a public health problem and, frequently, they do not identify it, evidencing a “naturalized” glance, supported in the gender violence. Thus, many times they do not record it as being harmful to the health of the pregnant woman, generating omissions in the attendance and in the sub-records, besides turning these events invisible. Therefore, the naturalization and invisibility within the services and records will also make the elaboration of confronting strategies non-feasible.*

**Keywords:** *Domestic and Sexual Violence against Woman, Prenatal Care, Woman’s Health, Health Primary Care.*

## RESUMEN

*Este estudio trata de la violencia doméstica contra la mujer, en el período prenatal, considerando la atención prenatal pública. Se constata que, durante la gestación, la mujer utiliza con mayor frecuencia los servicios básicos de salud. Esa presencia más frecuente favorece la identificación de casos de violencia. Sin embargo, estudios relatan bajo porcentaje de registros de esos casos y de acciones para encaminar a las mujeres, por medio de los servicios de salud, a Instituciones de apoyo. Se investiga como las formas de consumir la violencia son reconocidas por los profesionales, que ejecutan el cuidado prenatal, en la atención básica. El objetivo es conocer las concepciones y percepciones acerca de la violencia doméstica contra la mujer entre los profesionales de salud, que realizan consultas de prenatal en la municipalidad de Porto Alegre, bien como identificar y analizar las conductas terapéuticas y estrategias utilizadas por esos profesionales en la sospecha de casos de violencia y en la violencia declarada, durante las consultas de prenatal y, finalmente, discutir y analizar la problemática de los atendimientos a las mujeres embarazadas, en situación de violencia doméstica, realizados bajo la perspectiva de los profesionales y de los registros de los servicios. Se trata de un estudio cualitativo que utiliza entrevistas semiestructuradas e investigación documental en la recolección de los datos. Fueron entrevistados los profesionales, que realizan consultas de prenatal en el área de actuación de 12 servicios de atención básica en una Región de la Municipalidad de Porto Alegre, totalizando 24 profesionales. A partir de la investigación documental, se identificaron 20 registros de violencia contra la mujer, 10 de ellos relatados anteriormente al prenatal, 07, durante el prenatal y 03, en el posnatal, en un período de un año. Se constató que la violencia aparece de forma descontextualizada y la conducta se centró en sus consecuencias acerca de la salud física y psicológica de la mujer y de los hijos. El análisis de las entrevistas se estructuró en 03 categorías: concepciones y*

*percepciones de la violencia doméstica; factores que interfieren en los atendimientos a las mujeres embarazadas, en situación de violencia doméstica; y, planeamiento de la acción terapéutica: estrategias de acción. Se observa que la mayoría de los profesionales entrevistados no reconoce la violencia como un problema de salud pública y, a frecuencia, no la identifica, evidenciando un mirar “naturalizado”, sustentado en la violencia de género. Así, muchas veces, no registran como agravo a la salud de la mujer embarazada, generando omisiones en el atendimento y en el subregistro así como la invisibilidad de esos eventos. A consecuencia, la naturalización y la invisibilidad en los servicios y registros, también, inviabilizarán la elaboración de estrategias de enfrentamiento.*

**Palabras-clave:** *Violencia Doméstica y Sexual contra la Mujer, Cuidado Prenatal, Salud de la Mujer, Atención Primaria a la Salud.*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- Quadro do Número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica por Unidade de Saúde na Gerência de Saúde Lomba do Pinheiro - Partenon, Novembro 2007.....	47
Ilustração 2 - Mapa de Porto Alegre, situando a Gerência de Saúde Partenon / Lomba do Pinheiro. ....	56
Ilustração 3 - Mapa da Região da Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro situando as unidades de saúde pesquisadas.....	57
Ilustração 4: Quadro dos profissionais de Saúde que realizam atendimento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde da Gerência Partenon - Lomba do Pinheiro, segundo área de especialização, 2007.....	60
Ilustração 5- Quadro de distribuição segundo a profissão/ocupação das gestantes cadastradas, em 2006, nas Unidades Básicas da Gerência de Saúde Lomba do Pinheiro / Partenon.....	71
Ilustração 6: Síntese das Concepções e percepções da violência doméstica contra a mulher.....	101
Ilustração 7: Síntese dos fatores que interferem nos atendimentos às gestantes em situação de violência doméstica.....	119
Ilustração 8: Síntese do Planejamento da Ação Terapêutica: estratégias de ação. ....	138

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AGENDE- Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento  
CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNDM- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher  
DEAM- Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher  
DPP- Data Provável do Parto  
DUM- Data da Última Menstruação  
EENF- Escola de Enfermagem  
ESB- Equipe de Saúde Básica  
ESF- Equipe de Saúde da Família  
FEBRASGO- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia  
GESC- Grupo de Estudos em Saúde Coletiva  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano  
NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB- Norma Operacional Básica  
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde  
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PHPN- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
PIB- Produto Interno Bruto  
PSF- Programa de Saúde da Família  
SISPRENATAL- Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
SUS- Sistema Único de Saúde  
UBS- Unidade Básica de Saúde  
UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
USF- Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA- o problema e a ótica teórica.....</b>	<b>19</b>
1.1 <i>A Violência contra a Mulher: caso de polícia ou problema de saúde pública?.....</i>	19
1.2 <i>As Políticas Públicas e a Assistência Pré-natal: Princípios para Visibilizar a Violência Doméstica?.....</i>	31
1.3 <i>A Atenção Básica e o Espaço da Violência Doméstica: O pré-natal em questão.....</i>	39
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>44</b>
<b>3 TRAJETÓRIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>45</b>
3.1 <i>Pressupostos Metodológicos.....</i>	45
3.2 <i>Local de Estudo.....</i>	46
3.3 <i>Participantes do Estudo.....</i>	47
3.4 <i>Aspectos Éticos.....</i>	48
3.5 <i>Coleta dos Dados.....</i>	48
3.6 <i>Análise dos Dados.....</i>	51
<b>4 A ÁREA DO ESTUDO E OS PARTICIPANTES.....</b>	<b>54</b>
4.1 <i>O Contexto do Estudo na Perspectiva da Vigilância dos Eventos Violentos.....</i>	54
4.2 <i>Os pré-natalistas do Estudo. Quem Realiza e quais as Motivações?.....</i>	58
<b>5 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOS REGISTROS PROFISSIONAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>64</b>
5.1 <i>Os Registros Profissionais e a (In)Visibilidade da Vulnerabilidade à Violência.....</i>	64
5.2 <i>A Violência Registrada nos Prontuários.....</i>	76
<b>6 OLHARES PROFISSIONAIS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>99</b>
6.1 <i>Concepções e Percepções da Violência Doméstica contra a Mulher: o grave, o discreto e o invisível.....</i>	99
6.2 <i>Fatores que Interferem no Atendimento às Gestantes em Situação de Violência Doméstica.....</i>	118
6.3 <i>Planejamento da Ação Terapêutica: estratégias de ação.....</i>	137
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>166</b>

## INTRODUÇÃO

A motivação desta proposta de estudo advém da experiência que se teve ao trabalhar com mulheres em situação de violência e da necessidade formulada como problema de pesquisa, de conhecer e discutir como os serviços de saúde prestam assistência nessas situações.

O primeiro contato com o tema “violência contra a mulher” ocorreu no interior do estado do Piauí, enquanto se atuava em uma equipe do Programa de Saúde da Família, no ano de 2004. Durante a campanha de vacinação, no interior do Município, um agente comunitário de saúde relatou que a mulher que pedira carona, naquele dia, estava indo para a casa da mãe por medo de ser agredida, novamente, pelo marido. Na época, vários questionamentos surgiram, mas o mais marcante foi a dificuldade de enfrentar essa situação.

Durante o período de formação, não se recebera nenhuma qualificação, treinamento ou orientação para lidar com este tipo de problema e não havia rede de apoio, no Município, para se realizarem encaminhamentos. Em uma reunião da equipe, foi discutido o assunto e a maioria dos profissionais argumentou que, “se a mulher não tinha denunciado”, não tínhamos nada a fazer. Desde então, a violência doméstica contra a mulher passou a ser um tema de motivação para buscar leituras que auxiliassem em intervenções, no nível da Atenção Básica.

Considerando a abrangência da temática, alguns recortes do problema foram definidos para este estudo. Assim, optou-se por trabalhar com a violência doméstica nos serviços da área de abrangência do Observatório de Causas Externas. Este observatório de vigilância foi criado no município de Porto Alegre, junto à Gerência de Saúde Partenon /Lomba do Pinheiro e, primeiramente, surgiu por necessidade de sustentação dos serviços. Posteriormente, configurou-se em parte de um projeto de pesquisa, desenvolvido em parceria entre a Escola de Enfermagem da UFRGS e

a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, com apoio financeiro do CNPq. Considerando a temática da violência doméstica e o período perinatal, a justificativa do local se dá na perspectiva de que a região em questão apresentou, em 2006, os maiores índices de recém-nascidos vivos de Porto Alegre, segundo o local de residência da mãe, e é umas das regiões mais vulneráveis do Município.

Avançando na construção da problemática, constatou-se a escassez de pesquisas sobre violência doméstica contra a mulher que enfocassem o problema na perspectiva da Saúde Pública, e mais precisamente, na gestação e na assistência pré-natal. Por entender-se que, em muitas situações, a assistência pré-natal oferecida na rede básica de serviços de saúde favorece a construção de vínculo usuárias-serviço, pois é um dos momentos em que as mulheres estabelecem contatos mais freqüentes com a equipe de saúde, elegeu-se, para este estudo, o espaço-tempo dessas consultas.

Inicialmente, tinha-se como objetivo identificar os casos de violência doméstica contra as mulheres atendidas nos serviços de Atenção Básica da Gerência Partenon /Lomba do Pinheiro, visando a discutir e analisar a problemática epidemiológica dos serviços, por meio do Banco de Dados do Observatório. Buscou-se, então, analisar os registros de morbidade por Causas Externas (violências e acidentes), identificados pelos profissionais de Saúde da região. Evidenciaram-se poucos registros de violência doméstica contra a mulher e particularmente, durante a realização de consultas no pré-natal, praticamente não havia registros.

Tal inexistência de registros atraiu a atenção pois se contrapõe às estatísticas de estudos realizados em outras regiões do País, os quais evidenciam prevalência de até 20% de ocorrência desses agravos, conforme descrito a seguir.

Ao contrário do que se espera, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. De fato, cerca de 13% das mulheres relatam aumento da freqüência ou severidade da violência durante esse período. A prevalência de violência física e sexual durante a gravidez oscila entre 1% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, apresentando risco duas vezes maior de serem estupradas, quando comparado ao risco das grávidas adultas (BRASIL, 2005,p.133).

Buscou-se então realizar uma investigação nos registros dos serviços e nos

“olhares” dos profissionais, por meio de entrevistas com aqueles que realizam consultas de pré-natal, na tentativa de identificar casos de violência que tenham sido evidenciados nessas ocasiões e que não aparecem em diagnósticos e nas estatísticas dos serviços. Evidenciou-se um outro problema que antecede ao que se propunha estudar. A partir das entrevistas piloto, identificou-se que os profissionais, em sua maioria, não reconhecem a ocorrência desses agravos como problema de saúde, indicando a difícil passagem da violência contra a mulher “de problema de polícia para problema de Saúde Pública”. Alguns profissionais de Saúde, de diferentes serviços, questionam “por que não procurar a delegacia da mulher para buscar casos de violência doméstica, em lugar de serviços de saúde”.

A problemática se torna mais consistente quando, se evidencia que, em estudo realizado com usuárias e ex-usuárias da Casa de Apoio Viva Maria, abrigo protegido para vítimas de violência de Porto Alegre, foi verificado, em 10 anos (502 mulheres atendidas), o baixo percentual de encaminhamento à Casa pelos serviços de saúde, os quais foram responsáveis apenas por 11,3% das usuárias, enquanto as Delegacias e o Conselho Tutelar somaram 62,6% (DAGORD, 2003, p.67). Esse dado apontou para as dificuldades de os serviços de saúde identificarem e intervirem na violência doméstica.

O estudo citado anteriormente mostrou que das mulheres atendidas na Casa, 14,7% residiam em Porto Alegre, nos bairros Parte0non e Lomba do Pinheiro, ambos localizados na Região compreendida pelo Observatório de Causas Externas, e na área de abrangência dos serviços que compuseram a base empírica deste estudo.

Os resultados mostram a complexidade e as dificuldades na abordagem dessa problemática e o isolamento dos profissionais na elaboração de estratégias de ação. Identificou-se, também, como fator de alerta a percepção dos profissionais de que somente as lesões físicas caracterizam a violência e que, como esta ocorre em espaço privado, comumente naturalizando a violência na perspectiva da relação homem-mulher, somente com o consentimento da mulher pode-se realizar alguma intervenção ou encaminhamento. Essa forma de pensamento persiste e prevalece, embora já tenha sido oficializada a Lei 10.778, pela qual foi estabelecida no Território Nacional, notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2003).

Para subsidiar esta investigação, buscou-se uma revisão da temática da violência doméstica, com ênfase no período da gestação, para a elaboração da problemática, considerando a construção teórica advinda desses estudos, culminando com os objetivos. Na seqüência apresenta-se a trajetória metodológica, com detalhamento contextual, tanto da Região, como da ação nos serviços de Atenção Básica estudados. Os resultados serão apresentados a seguir em capítulos temáticos denominados: A violência doméstica nos registros profissionais do atendimento pré-natal e Olhares profissionais sobre a violência doméstica no pré-natal. Por fim apresentam-se as considerações finais, os apêndices, como base da pesquisa e organização dos dados, e os anexos, como documentos de legitimação institucional do desenvolvimento do estudo.

# **1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA- O PROBLEMA E A ÓTICA TEÓRICA**

## **1.1 A Violência contra a Mulher: caso de polícia ou problema de saúde pública?**

A Organização Mundial da Saúde (2002, p. 91), define a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como na esfera privada”.

Do ponto de vista diagnóstico, a violência contra a mulher está inclusa nas Causas Externas de morbimortalidade, juntamente com as causas acidentais, que são as quedas, os envenenamentos, os afogamentos, os acidentes de trânsito, os acidentes de trabalho e outros tipos de acidentes. As agressões e lesões autoprovocadas são consideradas causas intencionais.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 1994, classificou a violência que atinge a mulher, de acordo com o espaço relacional onde ocorre, em: violência doméstica, violência no trabalho, violência institucional e violência nos conflitos armados e, a partir da forma como esta se manifesta em: violência física, violência sexual, violência psicológica, violência moral e violência patrimonial (AGENDE, 2004).

Nessa perspectiva, optou-se por definir o espaço relacional doméstico como território do objeto deste estudo, entendendo que a violência doméstica compreende aquela praticada dentro do lar (ou espaço simbólico representado por este). Neste tipo de violência o agressor mantém vínculos permanentes de parentesco e amizade e compartilha ou compartilhou o mesmo domicílio ou residência da mulher, mesmo

que a violência ocorra na rua (AGENDE, 2004).

### 1.1.1 Violência de gênero

Para auxiliar na formulação do problema da violência doméstica, nesta perspectiva de pesquisa, buscou-se as teorizações de gênero, o papel deste no pensamento e ação feminista, assim como, a noção de conflito e a tensão entre espaço público/privado que são resgatados a seguir.

As teorizações de gênero foram incorporadas aos estudos feministas, a partir da década de setenta. Em 1986, a publicação do artigo de Joan Scott “*Gender: a useful category of historical analysis*”, nos Estados Unidos, que foi, posteriormente, traduzido para diversos idiomas e publicado em vários países, possibilitou importantes desdobramentos teóricos, analíticos no que se refere à ênfase que o conceito de Scott coloca na dimensão da relação social feminino/masculino (MEYER, 1999; SILVA, 2004). O conceito remete à compreensão de construções históricas e sociais em torno do sexo, enfatizando os mecanismos e as instituições culturais e sociais envolvidas nessa construção.

Scott (1995, p.86) define gênero como “*um elemento constitutivo de relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma primária de dar significado às relações de poder*” ou seja, “*um campo primário, no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado*”. A autora referencia o trabalho de Bourdieu (1980, apud Scott, 1995, p.88) o qual entende que “*como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social*” e na medida em que essas referências estabelecem distribuições de poder, por meio do controle ou acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos, o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do próprio poder.

Essas teorizações vão permitir o adentramento acadêmico das reflexões sobre a construção social dos sexos e o uso desses elementos reflexivos na construção de categorias de análise, capazes de teorizar as relações homem-mulher e a materialidade das desigualdades colocadas nesses argumentos. No Brasil, a atuação dos movimentos feministas iniciou no final da década de 70, tendo como pioneiros o SOS Corpo de Recife, em 1978 e o SOS Mulher de São Paulo, em 1980. Suárez e

Bandeira (2002) referem que os movimentos feministas possibilitaram o reconhecimento crescente, nas esferas governamentais e acadêmicas, da existência de práticas discriminatórias contra as mulheres. Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Ministério da Saúde. Em 1985, foi instalado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), com o objetivo de promover, em âmbito nacional, políticas para eliminar a discriminação contra a mulher, assegurando condições de liberdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País. Foram criadas, ainda na década de 80, as DEAMs - Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher.

O estabelecimento dessas novas Instituições repercutiu positivamente, no plano dos direitos democráticos e da cidadania, não porque os propósitos expressos na criação da DEAM tenham sido atingidos, mas pelo fato de os movimentos de mulheres terem adquirido a expressividade política para interagir com as Instituições do Estado e incluir suas demandas nas agendas governamentais. Entretanto no campo da Saúde, *“ainda continua bastante ativa a redução da saúde da mulher a dimensão da saúde do aparelho reprodutor feminino”*(MEYER, 1999, p.116).

Em relação aos estudos da violência, o pensamento feminista trouxe grandes contribuições. Ao fazer da violência cotidiana um objeto de estudo acadêmico, legitimou a crítica do movimento social e, ao constatar sua disseminação na sociedade, a partir de denúncias de violência sofridas pelas mulheres no dia-a-dia, salientou sua disseminação nos mais diversos espaços sociais e deu visibilidade à problemática. A pronta resposta da comunidade acadêmico-científica, muito particularmente nas Ciências Sociais, a partir de pesquisas que fugiram da abordagem clássica para buscar novas linhas explicativas para o fenômeno da violência, orientou-se no sentido de perceber a violência como fenômeno substantivo e plural. Assim, o pensamento feminista, ao tentar explicar a violência que acomete as mulheres, defrontou-se com uma grande diversidade de explicações que podem ser sintetizados em quatro linhas de pesquisa: a hegemonia do poder masculino que permeia as relações de gênero; a subalternidade feminina baseada nas hierarquias de gênero; a reprodução das imagens de homem e mulher, dos papéis a eles atribuídos por meio da construção social da violência e a existência disseminada, e

ao mesmo tempo invisibilizada, das violências (SUÁREZ e BANDEIRA, 2002). Na Área da Saúde, mais da metade dos estudos produzidos no Brasil, na década de 90, explicam a violência contra a mulher como uma violência de gênero (GOMES, 2003; MEYER, 1999;).

Ao tratar-se da violência doméstica contra a mulher, autores como Moraes (1983) estabelecem diferença entre violência e conflito. A partir da tradução de trabalhos de Simmel, o autor, refere o conflito como inerente às múltiplas interações sociais que constituem o viver em sociedade, necessário para a promoção, tanto da divergência e da discórdia, como da solidariedade e da mudança social. Nessa perspectiva, o conflito liga os indivíduos e grupos, resolve tensões entre partes e erradicar o conflito seria o mesmo que criar um mundo congelado e imutável, onde todas as interações estariam fixadas a um padrão essencializado. A violência é definida como uma ação que envolve o uso da força real ou simbólica por alguém com a finalidade de submeter o corpo e a liberdade de um outro. Nesse contexto, ela aparece como tentativa de estender a própria vontade sobre a alteridade ou como a incapacidade de vivenciar internamente essa alteridade, muitas vezes ratificada pela sociedade (SUÁREZ e BANDEIRA, 2002).

Infelizmente, a violência doméstica contra a mulher é tão significativa nas relações de casais que assume caráter endêmico, como apontado amplamente nos estudos sobre o problema (BRUYN, 2003; OMS, 2002; SCHRAIBER *et al.*, 2002; SUAREZ E BANDEIRA, 2002), em razão de a negociação e o acordo serem relegados a um segundo plano, perante o hábito de resolver o conflito pela violência. Além disso a violência doméstica contra a mulher é, em muitas situações, reconhecida como “conflito de casal” e, por ocorrer na esfera privada, a denúncia aparece como um ato imprudente, por quebrar o imperativo moral de manter separadas as esferas do público e do privado. Assim, a violência praticada no contexto das famílias, a menos que se trate de violência criminalizada, como assassinato, não deveria ser de conhecimento público.

Essa dicotomia entre o público e o privado, de grande importância para classificar espaços físicos, também tem funções importantes de poder, porque, dependendo do campo onde um espaço, uma Instituição ou uma atuação estejam situados, ser-lhe-á garantido ou negado o acesso ao poder de definir os destinos da

sociedade e da história. Essa também estabelece fronteiras entre os sexos, estando historicamente referenciados os homens “públicos” como agentes e sujeitos das mudanças históricas através dos tempos e as mulheres “privadas” não têm sido agentes de mudanças, *mas signos (Levi-Strauss), alteridades simbólicas (Freud), propriedade (Marx) ou dádivas (Mauss) de intercâmbio entre os homens à procura de autonomia, identidade, poder e status* (SUÁREZ e BANDEIRA, 2002, p.314).

Nesse contexto, concorda-se com as autoras acima, quando referem que as violências que se dão nas esferas privadas dos indivíduos ou no percurso de suas vidas podem permanecer na privacidade dos indivíduos que as sofrem, como também podem se constituir em acontecimentos discutidos nas esferas não-privadas e em problemas administrados pelas políticas públicas. No que se refere à violência doméstica contra a mulher, pode-se dizer que os casos denunciados passaram da esfera privada para a esfera pública, onde estão sendo problematizados e administrados por meio da criação de estratégias que englobam leis de proteção, serviços de apoio à mulher em situação de violência, conscientização da população em geral e das próprias mulheres sobre o problema e sobretudo a busca pela identificação dos casos não denunciados, que, de acordo com as pesquisas, ainda são a maioria. Cabe ressaltar ainda que estas estratégias ocorrem em diversas Áreas, tais como Saúde, Educação, Direitos Humanos e Serviço Social.

Embora a violência doméstica seja sub-notificada, a bibliografia referenciada apresenta dados acerca da sua ocorrência no mundo e retrata a gravidade do problema de saúde pública que representa. Dados epidemiológicos evidenciam o prejuízo que este tipo de violência causa, tanto às mulheres que perdem anos de vida saudável, quanto ao país que tem entre 1,6% a 2% de seu PIB comprometido com custos da mesma. O mais alarmante nesses dados é o número de mulheres em situação de vítimas, principalmente de seus maridos ou companheiros.

Segundo o site Portal da Violência Contra a Mulher<sup>1</sup>, com referência à pesquisa do Banco Mundial, nos países em desenvolvimento, estima-se que, entre 5% a 16% de anos de vida saudável são perdidos pelas mulheres em idade reprodutiva como resultado da violência doméstica, e um estudo do Banco Interamericano de Desenvolvimento, estimou que o custo total dessa violência oscila entre 1,6% e 2%

---

1 [www.copodeleite.tits.org.br](http://www.copodeleite.tits.org.br)

do PIB de um país.

De acordo com a OMS (2002), quase metade das mulheres assassinadas são mortas pelo marido ou namorado, atual ou ex. A violência responde por, aproximadamente, 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 a 44 anos, no mundo. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente e até 47% declaram que sua primeira relação sexual foi forçada.

No Brasil, o cenário não é diferente. Estudos de casos denunciados em Delegacias da Mulher revelam que, em aproximadamente 77,6% dos casos, o agressor é o parceiro ou ex-parceiro (SCHRAIBER *et al.*, 2002).

O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em pesquisa sobre a violência doméstica e sexual entre usuárias de serviços de saúde, refere que 40% das mulheres entrevistadas relataram violência física e/ou sexual praticada por parceiro. Alguns serviços, como o Centro de Saúde Escola da Barra Funda (CSE) e o Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (CRT/AIDS), ambos situados na cidade de São Paulo, apresentaram taxas de violência física e/ou sexual mais elevadas, com mais de 50% das usuárias entrevistadas relatando casos de violência conjugal (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Em outros estudos constata-se reflexões sobre as manifestações e diferentes faces da violência, buscando subsidiar seu enfrentamento. Assim, o Instituto Patrícia Galvão (2004), no editorial do site Portal da Violência Contra a Mulher, refere que a violência doméstica compõe um ciclo, composto por fases, que pode tornar-se vicioso, repetindo-se ao longo de meses ou anos.

Inicialmente, vem a **fase da tensão**, que vai se acumulando e se manifestando por meio de atritos, cheios de insultos e ameaças, muitas vezes recíprocos. Em seguida, vem a **fase da agressão**, com a descarga descontrolada de toda aquela tensão acumulada. O agressor atinge a vítima com empurrões, socos e pontapés, ou às vezes usa objetos, como garrafa, pau, ferro e outros. Depois, é a vez da **fase da reconciliação**, em que o agressor pede perdão e promete mudar de comportamento, ou finge que não houve nada, mas fica mais carinhoso, bonzinho, traz presentes, fazendo a mulher acreditar que aquilo não vai mais voltar a acontecer. É muito comum que esse ciclo se repita, com cada vez maior violência e intervalo menor entre as fases. A experiência mostra que, ou esse ciclo se repete

indefinidamente, ou, pior, muitas vezes termina em tragédia, com uma lesão grave ou até o assassinato da mulher (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2004).

Essas “fases” tornam essas situações de difícil abordagem e identificação. Em relação a isso, é importante ressaltar o fato de as vítimas se calarem ante a violência sofrida, deixando de denunciar o agressor por medo de novos episódios de violência, ainda mais graves, por vergonha, por culpa ou por sentirem-se responsáveis pela violência sofrida. Muitas mulheres receiam, ainda, que o parceiro seja prejudicado socialmente, que os filhos sejam afetados e que sua sobrevivência não esteja garantida sem o suporte do companheiro (AGENDE, 2004).

Em nosso meio, a Delegacia da Mulher de Porto Alegre, criada em 1988, vem registrando uma média de 5.859 casos de violência, por ano, nos seus limites de atuação. Neste Município, a violência é classificada como problema de saúde para a mulher, devido aos agravos físicos e psicológicos que produz, e a cidade vem, na última década, desenvolvendo políticas e ações para o atendimento às mulheres vítimas de violência e também atuando na prevenção da mesma. A experiência no desenvolvimento de projetos, tais como a Casa de Apoio Viva Maria e o Projeto Daniella Perez, hoje implementado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, visando à formação de uma rede interinstitucional, deu à cidade o papel de referência quanto a essas políticas públicas, em particular no combate à violência doméstica e à violência sexual. Mas ainda é necessário melhorar muito a notificação e a qualidade do atendimento prestado às mulheres em situação de violência no lar.

### **1.1.2 Vulnerabilidade, violência e gestação.**

Alguns estudos evidenciam que mulheres gestantes são mais susceptíveis de sofrerem agressão que mulheres não grávidas e, outros demonstram que existe uma mudança nos padrões de violência durante essa fase. A violência é citada como uma complicação na gravidez mais freqüente que o diabetes, a hipertensão e outras complicações sérias. A prevalência estimada de violência doméstica, durante a gravidez, é de 0,9% a 20,1%. Esse amplo intervalo deve-se, entre outras, a questões metodológicas dos estudos (OPAS, 2000).

Em estudo realizado em Recife (PE) foi encontrada uma prevalência de 13,1% de violência doméstica, antes, e 7,4% de violência doméstica, durante a gestação. O

padrão de violência alterou-se durante a gravidez, tendo cessado em 43,6% dos casos, diminuído em 13,1% e aumentado em 11% (MENEZES *et al.* 2003).

Em estudo realizado por Kronbauer e Meneghel (2005), em Porto Alegre, em uma unidade de saúde próxima à área empírica deste estudo, a violência na gravidez apareceu nas respostas de 17% das mulheres sendo que 69% delas não reconheceram o agravo como tal.

Nesse sentido, a gestação pode ser considerada uma fase particularmente vulnerável, que agrava ainda mais as repercussões do ciclo da violência, estando definida a violência doméstica contra a gestante como “violência física, sexual, psicológica ou emocional ou ameaça de violência, que é dirigida às mulheres grávidas (OPAS, 2000)”.

Nesse contexto, além dos danos resultantes da violência contra a mulher, nos diversos ciclos da vida, outros podem resultar da violência durante a gestação tais como retardo em iniciar o pré-natal, abortamento e natimortalidade, baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro, perdas fetais, infecções vaginais, uterinas, hemorragias, traumas abdominais, ruptura prematura de membranas e morte materna (MENEZES *et al.*, 2003; OPAS, 2000). Também, as gestantes vítimas de violência doméstica podem ser vítimas de homicídios, praticados, na maior parte dos casos, por seus próprios parceiros.

Considerando a incidência da violência e seu possível agravamento na fase gestacional, tem-se que refletir sobre as causas dessa “pré-disposição” para compreender o fenômeno e elaborar estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, acredita-se que integrar ao estudo a noção de vulnerabilidade ajudará a compreender como as mulheres, em determinadas fases da vida, são susceptíveis à violência e o seu agravamento.

Os estudos de vulnerabilidade iniciaram na Área dos Direitos Humanos e o conceito foi incorporado à Área da Saúde nos anos 90, por meio dos trabalhos de Mann, na Escola de Saúde Pública de Harvard (TAKAHASHI, 2004). De acordo com esses estudos pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade busca avaliar a susceptibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravo à saúde.

Desclaux (1998) apud Gerhardt<sup>2</sup> (2000, p.16-17) refere que o conceito de vulnerabilidade remete a um conjunto de fatores, mas também para a capacidade de reação do indivíduo e a percepção que ele tem do ambiente ameaçador, e, portanto, dos recursos (material e simbólico) que mobiliza para desativar ou contornar um evento negativo. Neste sentido, a noção de vulnerabilidade compreende a idéia de pluralidade de adversidades e de eventos favoráveis à exibição do sujeito a um evento negativo.

Nesse sentido poder-se-ia citar o desemprego, as iniquidades de gênero, a falta de acesso a políticas sociais e programas de saúde e o aumento crescente da violência urbana como fatores coercitivos para a vida do indivíduo ou grupo de indivíduos.

Nessas condições, a vulnerabilidade leva em conta a idéia de dinâmica de mudanças inscritas no sistema social como elementos que participam no processo de sua própria reprodução, sendo permeável aos efeitos do ambiente externo, que pode se alterar a qualquer momento, de acordo com a capacidade do indivíduo para enfrentar o problema. Este conceito amplia a perspectiva da intervenção, no que se refere à modificação da susceptibilidade de indivíduos ou grupos a um evento negativo, ao considerar que sua ocorrência não depende apenas de características individuais, mas por considerar também o componente social (TAKAHASHI, 2004). Entende-se que gestação ou o fato de ser/tornar-se mãe pode alterar a susceptibilidade de uma mulher à violência, assim como, interferir na sua capacidade de enfrentá-la.

No Brasil, Ayres (1996), em São Paulo, buscou estabelecer as diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e as suas conseqüências indesejáveis. Para o autor, a vulnerabilidade procura particularizar as diferentes susceptibilidades diante da epidemia da AIDS em três planos analíticos: o individual, o programático ou institucional e o social. Estudos posteriores têm procurado estender essa noção de vulnerabilidade também para a violência contra a mulher, tais como o modelo integrado proposto por Heise (1998) e descrito por Bruyn (2003) que utiliza círculos para definir fatores que interferem na vulnerabilidade nos níveis individuais, familiar,

comunitário e social e a correlação entre eles. Essa análise pode auxiliar a refletir sobre a violência contra a gestante.

Da mesma forma que a vulnerabilidade, estudada por Ayres analisa a susceptibilidade ao HIV em três planos, Bruyn (2003) estabelece quatro planos analíticos para estudar a vulnerabilidade da mulher gestante à violência. Para a autora esses planos são:

1- *Plano individual*, onde a violência está indiretamente associada com a gravidez não desejada, em consequência do não uso de métodos contraceptivos. Estudos mostram que mulheres que sofreram violência durante a infância possivelmente tenham relações sexuais desprotegidas, com maior frequência que aquelas que não sofreram abuso. Além disso, a violência pode ter como consequência direta uma gestação não desejada.

2- No *plano familiar* são diversos fatores que precisam ser considerados. O primeiro deles é o fato de que, se uma mulher sente medo de seu companheiro, é difícil ou mesmo impossível que ela discuta métodos de planejamento familiar com ele. Outro fator que interfere é a não aceitação da gravidez pelo companheiro porque outro filho aumentará os custos financeiros para o lar. Além disso, a aceitação da violência como forma de resolver os conflitos domésticos ou como forma de controle da mulher pelo homem, pode estar diretamente associada com a violência.

3- No *nível comunitário e institucional* estão inclusas as faltas de assistência integral à mulher vítima de violência pelos Órgãos oficiais, tais como despreparo de profissionais de saúde para lidar com o problema, a falta de rede de apoio, as informações imprecisas fornecidas por Órgãos oficiais como delegacias, serviços de emergência e serviços básicos de saúde.

4- No *nível social*, as “normas” culturais relacionadas com o domínio do homem sobre a mulher contribuem para a associação direta entre violência e gestação. As adolescentes e mulheres adultas são violentadas por conhecidos ou estranhos e nem sempre isso é compreendido pela sociedade como violência. Em algumas sociedades, as normas de família e de honra permitem que mulheres sejam agredidas por seus parceiros, pais ou irmãos em defesa da sua “boa reputação” e da “reputação da família”. Por exemplo, a coerção de mulheres solteiras para realizarem

abortos ou ameaça de serem expulsas de casa por estarem grávidas ou casos de agressão por suspeita de traição e/ou dúvida sobre a paternidade.

No Brasil, diversos estudos apontam situações de vulnerabilidade às quais são expostas as mulheres nos serviços de saúde. Schraiber *et al.* (2002) referem a quase inexistência de registros de casos de violência nesses serviços. D' Oliveira (2000) evidencia o tecnicismo de profissionais de saúde ao trabalhar com questões de gênero, priorizando as questões técnicas em detrimento de dúvidas manifestas pelas mulheres durante as consultas. Nesse sentido pode-se agregar a noção de violência institucional, como ferramenta analítica ao apontar que é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão e pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso até a má qualidade dos serviços (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde refere que a violência institucional pode ser identificada de várias formas, entre elas a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência. *“Por exemplo, quando uma mulher chega à emergência de um hospital com “crise histérica” e é imediatamente medicada com ansiolíticos ou encaminhada para os setores de psicologia e psiquiatria, sem sequer ter sua história e queixas registradas adequadamente”*. Dessa forma a *“causa de seus problemas não é investigada e ela perde mais uma chance de falar sobre o que está acontecendo consigo.”* No contexto desse estudo, acredita-se que o exemplo, exposto pelo Ministério da Saúde para a violência institucional, seja ainda agravado no âmbito da Atenção Básica, visto que nesse nível é que as atividades preventivas e de promoção à saúde podem ser operacionalizadas, antes da violência ter resultados mais graves.

Considerando a identificação e encaminhamentos de situações de violência contra a mulher, Dagord (2003) relata o baixo percentual de encaminhamentos dos serviços de saúde ao abrigo protegido (Casa Viva Maria/Porto Alegre), quando comparado com as delegacias e o conselho tutelar. Leal (2003) evidencia a dificuldade dos trabalhadores de saúde em trabalhar as questões da violência em um sentido mais amplo, que englobe não apenas o tratamento das lesões físicas, conseqüentes do trauma, e cita a necessidade de os serviços criarem espaços para

refletirem e atuarem sobre o problema.

Além dessas evidências, outro ponto levantado por estudos, e em particular pelos de vulnerabilidade à violência, é a sua associação com a pobreza, muito embora não haja uma relação direta. É preciso salientar que ser pobre não significa viver em situação de violência e, principalmente de violência doméstica, a qual se manifesta em todas as classes sociais. Mas algumas características dos ambientes mais pobres são relatadas pelos autores como criadoras de alvos vulneráveis e atores motivados.

Nesse sentido Noronha (2003) refere a precariedade do emprego e a instabilidade dos trabalhadores como geradores de uma população de excluídos. De acordo com o autor até mesmo a informalidade, alternativa utilizada por aqueles que não conseguem uma vaga no mercado formal de trabalho, passou a ter limites em sua expansão. Corrobora-se a referência do autor e acrescenta-se que essa situação de precariedade pode ser agravada por uma gestação, que interfere nas condições de trabalho da mulher como gestante e altera as necessidades financeiras da família, após o nascimento da criança, uma vez que a família tem mais um integrante.

Um segundo aspecto bastante relatado pelos estudos sociológicos é a ascensão do individualismo, descrita por Wieviorka (2006), que hoje se alastra e difunde por todas as classes sociais. Nessa perspectiva, o indivíduo age em proveito de interesses próprios e encontra justificativas para isso, mesmo quando utiliza a violência como meio.

Uma terceira linha de argumentação evidencia a ausência do Estado em sua vertente redistributiva e uma face repressiva ambígua. Se por um lado a ascensão das taxas de violência é atribuída à insuficiência de políticas sociais, associada a isso tem-se a ineficácia das Instituições de prevenção e controle do crime, em especial nos espaços urbanos ocupados pelos mais pobres (NORONHA, 2003). Nesse sentido, remete-se à vulnerabilidade social na área empírica deste estudo, segundo dados de Porto Alegre (2003), evidenciada pelo elevado número de desempregados e sub-empregados, alto índice de analfabetismo e semi-alfabetizados e, alto índice de mulheres chefes de família na região.

Todos esses aspectos parecem contribuir para uma *naturalização* da violência,

no espaço público, o que potencializa as situações de vulnerabilidade, muitas vezes pré-existentes, no espaço privado, fruto de relações de dominação homem-mulher calcadas nas culturas e assimetrias de gênero. Além disso, essa naturalização dificulta a significação pelas mulheres e a materialização das brigas e agressões sofridas como formas de violência e as “normas” culturais que as cercam, muitas vezes, ratificam essa naturalização.

## **1.2 As Políticas Públicas e a Assistência Pré-natal: Princípios para Visibilizar a Violência Doméstica?**

A partir das reflexões acima concluiu-se que formas de reconhecer a violência e as nuances que incorporam a partir dos tipos de relações estabelecidas, nas quais as mulheres estão incluídas, materializam-se em situações de vulnerabilidade a atos violentos. **A questão que se levanta é de como essas “vulnerabilidades” ou formas de consumir a violência são significadas, concebidas e reconhecidas em sua materialidade pelos profissionais que atuam na assistência pré-natal na Atenção Básica de Saúde.**

Para a análise dessa questão retoma-se a evolução dos programas de Atenção à Saúde da Mulher, e a perspectiva da atenção básica, no que se refere à questão da violência doméstica contra a mulher.

Ao retomar a evolução dos programas de Atenção à Saúde da Mulher, no Brasil, verifica-se que esses, até os anos setenta, apresentavam características que reduziam a saúde da mulher à saúde do sistema reprodutor. Esses programas foram vigorosamente criticados, no âmbito do movimento feminista brasileiro, pela perspectiva com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida.

Com forte atuação no campo da Saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também por problemas de saúde que

afetavam particularmente a população feminina. Reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida.

No Brasil, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção. Paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, concebia-se o arcabouço conceitual do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, obstétrica, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades, identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

O SUS, implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) tem grande influência sobre a implementação do PAISM. Particularmente, com a NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País, que se constitui num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao Sistema e seguindo suas diretrizes.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001). Nesse âmbito, pela NOAS foi estabelecida para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-

natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevista a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças, a partir de 1998, quando a saúde da mulher passou a ser considerada uma prioridade de governo (BRASIL, 2004). O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna - pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção (CORREA e PIOLA, 2002). Embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas, do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher, comprometendo, inclusive, a transversalidade de gênero, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual.

Constata-se claramente essa prioridade nas Portarias 569/GM/2000 e 570/GM/2000, pelas quais foram instituídos, respectivamente, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), e o Componente I do PHPN - Incentivo à Assistência Pré-natal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Pode-se dizer que nessas portarias foi priorizado o acesso e definidos como princípios gerais e condições de acompanhamento adequado, atividades e procedimentos que têm como prioridade os componentes biológicos do pré-natal. São definidos o acesso às consultas: no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação e, uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; acesso aos exames laboratoriais, acesso à vacina antitetânica, realização de

atividades educativas, classificação de risco gestacional e garantia às gestantes classificadas como de risco, de atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Entre as limitações do Programa de Humanização do Pré-Natal, cita-se a avaliação da assistência pré-natal que apresenta indicadores que não contemplam variáveis socioeconômicas, restringindo-se ao percentual de gestantes que realizam consultas, exames e vacinas para a avaliação do processo. Para avaliar resultados os indicadores são os percentuais de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis neonatal e tétano neonatal, em relação ao número de nascidos vivos e para o impacto são utilizados coeficientes de sífilis congênita, tétano neonatal, razão de mortalidade materna, coeficiente de mortalidade neonatal precoce, tardia e total no Município, comparando-se com o ano anterior (BRASIL, 2000).

Constata-se que há uma certa incongruência entre o preconizado na Norma Técnica Pré-Natal e Puerpério (BRASIL,2005), que parece mais sensível a outros aspectos do ser humano, que não apenas os biológicos, e o avaliado segundo o PHPN.

No *Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério-Atenção Qualificada e Humanizada (2005)* são estabelecidas como características essenciais da assistência obstétrica e neonatal a qualidade e a humanização, sendo indicado como dever dos profissionais de saúde acolher a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Nesse manual o PHPN é tratado como um importante instrumento para a organização da assistência, mas a atenção pré-natal é ampliada, seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde, que indica os dez princípios fundamentais para o atendimento pré-natal, perinatal e puerperal, descritos a seguir:

1. Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;
2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Este princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores;
3. Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível;
4. Ser

regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário; 5. Ser multidisciplinar, com a participação de profissionais da saúde como parteiras tradicionais, obstetras, neonatologistas, enfermeiros, educadores para parto e maternidade e cientistas sociais; 6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico; 7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal; 8. Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos; 9. Levar em conta a tomada de decisão das mulheres; 10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres (BRASIL, 2005, P.11-12).

Outro aspecto que merece destaque é o acolhimento, definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) como um aspecto essencial da política de humanização, e implica a recepção da mulher, desde sua chegada na Unidade de Saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Nesse sentido, Ramos e Lima (2003) e Marques e Lima (2007) referem que a relação usuário-profissional de saúde se estabelece por meio de um bom acolhimento à mulher no serviço de saúde e, em especial, as perguntas que esta se encoraja a fazer, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, especialmente, quando levado em conta seu modo de vida, conferem-lhe a segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades e aumentam a relação de confiança nos serviços.

Assim, é definido como responsabilidade da equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na Unidade de Saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. O contexto de cada gestação é referido como determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas do seu nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

Também, a participação do pai no pré-natal, deve ser estimulada e sua

presença facilitada durante as atividades de consulta e de grupo para o preparo do casal para o parto e durante a internação para o parto. Como princípio, a história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e o do seu parceiro. São também parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal. Entretanto, na prática, isso parece estar sendo desconsiderado e a avaliação, segundo o PHPN, não engloba tais fatores.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Se o acolhimento é realizado da forma como preconizado, acredita-se que a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade ou a violência doméstica poderão surgir e suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos, acompanhamentos e/ou encaminhamentos.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários (as) dos serviços, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade, entre outras.

Nesse sentido, o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em Saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família, atores principais da gestação e do parto, além de uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança e, para tanto, salienta-se que o ouvir a gestante não significa convencê-la a aderir às normatizações do pré-natal (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, essas proposições técnico-políticas salientam que a significação que a gestação tem para a mulher e para a família provavelmente irá interferir na adesão à assistência pré-natal. Escutar uma gestante é algo mobilizador. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções. Dessa forma, na escuta, o profissional dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida ou

reviver situações pessoais sofridas e, por isso, exige grande esforço para compreender, discernir e ser capaz de cumprir sua função (BRASIL, 2005).

Corroborando essas diretrizes, encontram-se os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, descritos na Portaria 648/GM/2006, que revisa e adequa as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF), que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização desse nível de atenção à saúde no País. São princípios orientadores da Atenção Básica: a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

Acredita-se que, considerando esses princípios, aliados à competência técnica e, a partir do vínculo relacional entre usuárias e profissionais, podem ser identificadas mulheres em situação de violência doméstica, que estão sendo estimuladas a fazer o pré-natal e estão respondendo a esse chamado, conforme pode ser evidenciado pela melhora dos índices de acompanhamento de pré-natal, no Brasil, nos últimos anos (DATASUS, 2004). Ao realizarem o pré-natal, as mulheres acreditam que terão benefícios ao procurar os serviços de saúde. Depositam confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas, legalmente, a cuidarem delas.

No entanto, a maior parte dos casos de violência contra a mulher ainda não é notificada ou registrada, por diferentes motivos, o que invisibiliza o problema (BRASIL, 2005). Propostas de intervenção vêm sendo implantadas nos últimos anos, com a finalidade de reconhecer e manejar a questão, dentre as quais a de perguntar diretamente a todas as usuárias dos serviços de saúde se enfrentam ou sofreram algum tipo de violência.

A atenção às mulheres em situação de violência apresenta uma tendência progressiva de expansão, nos últimos anos, ainda que os serviços estejam concentrados nas Capitais e Regiões metropolitanas. Em 1999, 17 serviços

hospitalares estavam preparados para atender às mulheres vítimas de estupro. Em fins de 2002, esse número chegou a 82, sendo o aborto pós-estupro realizado em 44 desses serviços. Observa-se maior investimento dos gestores na rede, porém, apesar dos esforços, a maior parte das mulheres vítimas de violência ainda não têm acesso a esse tipo de atenção (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres formulou o Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência contra a Mulher - Plano Nacional, no qual definiu-se a Rede de Cidadania, uma ação que reúne recursos públicos e comunitários, em um esforço comum para prevenir, atender e erradicar a violência doméstica contra a mulher no Brasil (BRASIL, 2003). Na constituição desta rede, as Unidades de Saúde e Serviços de Emergência são descritos como porta de entrada, tendo importante papel a desempenhar no combate, na assistência e no processo de erradicação da violência contra a mulher.

Nesse mesmo plano é citada a necessidade de desenvolver ações voltadas às unidades de saúde, na rede pública, gerando estratégias que ressaltem a noção de violência contra a mulher como um problema de saúde pública, garantindo um acolhimento receptivo, procedimentos adequados e, sobretudo, atendimento integral. Os profissionais, homens e mulheres, devem estar capacitados a identificar a vítima de agressão, garantir uma escuta não julgadora e prestar todas as informações para que a denúncia e posterior reparação possam ser buscadas pela vítima, se ela assim o desejar (BRASIL, 2003).

Esses elementos apresentados apontam para diretrizes indicadoras de transformação no assistir, no âmbito da saúde das mulheres e particularmente na fase reprodutiva. Apontam perspectivas que ampliam a noção de sujeito de direito e condutas nos serviços. No entanto, questiona-se em que nível os serviços incorporam essas perspectivas e as transformam em ação, nas práticas assistenciais cotidianas.

### **1.3 A Atenção Básica e o Espaço da Violência Doméstica: O pré-natal em questão.**

Constata-se que, durante a gestação, a mulher utiliza com maior frequência os

serviços básicos de saúde, seja para consulta pré-natal, para coleta de exames, para resgatar o resultado de exames, para vacinação ou mesmo em consultas de emergência e, após o parto, retorna para consulta pós-natal e puericultura.

Entende-se que essa presença mais freqüente da mulher pode auxiliar na construção de vínculo com a equipe de saúde e favorecer a identificação de casos de violência. Dessa forma, a equipe torna-se privilegiada na abordagem, no encaminhamento e acompanhamento sistemático dos problemas daí resultantes.

Na prática, é notável a falta de oportunidade da gestante de relatar suas dúvidas e vivências. A consulta de pré-natal parece estar mais focada nos procedimentos preconizados pelo PHPN, e procedimentos técnicos como mensuração de pressão arterial, peso, palpação obstétrica, ausculta de batimentos cardio-fetais, solicitação e avaliação de exames laboratoriais.

Schraiber *et al.* (2002) referenciam a incidência de 21,4% de mulheres com relato de violência nas Unidades de Saúde e de 22% a 35% em serviços de emergência, na cidade de São Paulo. Apesar destes dados, a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde estudados no Município. Embora pela Lei Federal 10.778/2003 seja estabelecida a notificação compulsória, no Território Nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2003), pesquisas do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SCHRAIBER *et al.*, 2002), sobre violência doméstica e sexual entre usuárias dos serviços de saúde, evidenciam a falta de registro da violência nos prontuários.

Dos 1.902 prontuários lidos, apenas quatro tinham registros de violência física. Todos estes casos foram de violência cometida por parceiro e também foram relatados na aplicação do questionário. Menos de 1% dos casos de violência física e/ou sexual sofrida alguma vez na vida e que foram relatados na pesquisa haviam sido registrados em prontuário durante o atendimento usual no serviço de saúde (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Esta situação demonstra a necessidade de as equipes da saúde estarem preparadas para identificar as mulheres em situação de violência, mesmo que estas não façam a denúncia, porque, com freqüência, os profissionais de saúde são os

primeiros a ser informados sobre episódios de violência e estão em posição estratégica para detectar riscos e identificar possíveis vítimas (BRASIL, 2002).

Observa-se por meio da análise dessas informações, que os serviços de saúde estão deixando de registrar e de notificar os casos de violência contra a mulher; o que leva a questionar: como o atendimento está sendo realizado nos serviços de saúde? Estará a mulher atendida na rede básica de saúde de Porto Alegre sendo acolhida e ouvida adequadamente nos serviços? Recebe as orientações legais, de acordo com o preconizado pela legislação? Essas orientações limitam-se ao legal preconizado? As profilaxias, no caso de violência sexual, estão sendo realizadas e/ou encaminhadas? As condutas estão sendo implementadas, considerando a complexidade dessa problemática?

A FEBRASGO (2004, p.13) cita que o atendimento à mulher vítima de violência precisa ser realizado por equipe multidisciplinar *“composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, embora a ausência de um não inviabilize o atendimento”*. Concorda-se que, dessa forma, os profissionais da equipe de saúde estariam aptos a acolher e ouvir a paciente, realizar o atendimento físico e psicossocial, realizar as profilaxias pertinentes e fornecer todas as orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos legais. Esses aspectos, segundo as pesquisas realizadas por Schraiber *et al.* (2007), em São Paulo, não estão sendo respeitados e nem realizados, o que pode estar prejudicando as mulheres que denunciaram a violência nos processos jurídicos e também interferindo negativamente na continuidade da assistência à saúde prestada, comprometendo a comunicação da equipe.

Sabe-se que o atendimento pré-natal parece facilitar a construção de um vínculo entre a mulher e os profissionais de saúde. No entanto, será que este vínculo está sendo eficiente para permitir a identificação e a abordagem dos casos de violência? Como os profissionais de saúde estão enfrentando o problema da violência doméstica, durante a gestação, no aspecto físico e psicológico? Que intervenções propõem? Estão registrando os casos de violência nos prontuários? Que tipo de registro pode ser encontrado? Existe uma rede de apoio social e comunitária para encaminhamentos necessários na localidade investigada?

Elaborando essas proposições investigativas, este estudo parte de uma base

institucional e de uma parceria de pesquisa local, situando seu campo analítico em serviços de Atenção Básica de uma Região do município de Porto Alegre.

Em Porto Alegre, foi criada, junto à Gerência de Saúde Partenon / Lomba do Pinheiro, uma base de observação dos eventos denominados de causas externas para permitir identificar como acontecem, onde ocorrem e quem são as pessoas atingidas, possibilitando, assim, sua visibilidade, territorialização e o planejamento de ações localizadas na prevenção deste tipo de morbidade. Essas informações sistematizadas objetivam detectar as ocorrências locais, o perfil das vítimas, os fatores ambientais mais agressivos, a gravidade da lesão e a definição exata do local das ocorrências e compõem o Banco de Dados do Observatório de Causas Externas (LOPES *et al.*, 2005).

Estudo referente às notificações do Observatório de Causas Externas refere, que entre 2002 e 2005 foram notificadas 88 ocorrências de violência doméstica na região do estudo, sendo que 73,7% contra a mulher e predominantemente na faixa etária dos 20 aos 59 anos (BUENO, 2006)

No município de Porto Alegre como um todo, é importante ressaltar que a rede de notificação de eventos por causas externas está em construção, sendo os dados seguintes provenientes do projeto-piloto de implantação da rede de notificação, ou seja, são relativos a apenas 27 serviços notificadores: doze Hospitais; oito Unidades Básicas de Saúde, cinco Serviços Especializados e duas Gerências Distritais (PORTO ALEGRE, 2007). Observa-se, nesses registros, que entre os casos de violência, notificados no ano de 2006, há predominância da violência doméstica, com 64,8% dos casos no âmbito intrafamiliar e 63,3% destes, foram cometidos contra pessoas do sexo feminino. Segundo o local de moradia da vítima, a região da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro Partenon destacou-se com 247 casos, 22,1% de todos os casos notificados de residentes em Porto Alegre; entretanto cabe ressaltar que as Unidades Básicas e Serviços Especializados foram responsáveis por apenas 5,6% das notificações de violência em Porto Alegre.

Essa Região também apresentou o maior número de nascidos vivos (2.895) em Porto Alegre, no ano de 2006, bem como os maiores números absolutos dos indicadores de risco: baixo peso ao nascer, prematuridade, gestação na adolescência e baixo nível de escolaridade no município de Porto Alegre, fatores de risco

associados à violência doméstica contra a gestante (MENEZES , 2003; OPAS, 2000;BRASIL, 2005).

Considerando o referido anteriormente e a constatação de que a violência doméstica contra a mulher não é visível a partir das estatísticas oficiais, seu diagnóstico sofre influência das próprias concepções e percepções dos profissionais que, não raramente, a naturalizam, em conformidade com atitudes e condutas de gênero; que essa naturalização transparece na omissão expressa ou omitida nos registros e condutas; que os profissionais e serviços não estão qualificados e apoiados por uma rede social de atenção, formularam-se os objetivos da pesquisa.

Acredita-se que as concepções dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher sofrem influências do processo histórico que envolve os programas de atenção à saúde da mulher, dos princípios do SUS, assim como da vivência social ou influência cultural que cada profissional adquiriu nas interações sociais e formação, afetando suas percepções da violência.

Nesse sentido, concepção é entendida como o conceito, a idéia ou noção que os profissionais têm da violência doméstica contra a mulher; é o modo de ver, o ponto de vista, a opinião dos profissionais sobre o que é, ou não, violência doméstica contra a mulher. Já a percepção é o ato de ir além, adquirir conhecimento por meio dos sentidos ou conhecer, distinguir, notar, ouvir, ver ao longe, enxergar, divisar (FERREIRA, 2004). Essa complementaridade, entre concepção e percepção se coloca como necessária em estudos sobre a temática da violência, em diferentes dimensões da existência. Portanto, investigar esses processos requer captá-los em sua complexidade, em uma abordagem investigativa plural, aliando diferentes informações de diferentes fontes, que dialoguem entre si.

As seguintes questões originaram os objetivos deste estudo:

1- Qual o entendimento dos profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal sobre violência doméstica?

2- Como os profissionais de saúde concebem e identificam a violência doméstica contra a mulher? Que estratégias adotam para identificar possíveis casos durante a consulta de pré-natal? Como registram nos prontuários?

3- Que ações os profissionais de saúde costumam implementar, mediante a identificação dessas situações?

4- Que dificuldades e/ou facilidades ou pontos positivos os profissionais encontram para o atendimento a esse problema?

## **2 OBJETIVOS**

1- Conhecer as concepções e percepções dos profissionais de saúde que realizam consultas de pré-natal, na Região Partenon /Lomba do Pinheiro do município de Porto Alegre, sobre violência doméstica.

2- Identificar e analisar as condutas terapêuticas, a partir dos registros e estratégias utilizadas por profissionais de saúde na suspeita de casos de violência e na violência declarada durante as consultas de pré-natal.

3- Discutir e analisar os atendimentos às gestantes em situação de violência doméstica, realizados na perspectiva dos profissionais e dos registros dos serviços.

## **3 TRAJETÓRIA DE INVESTIGAÇÃO**

### **3.1 Pressupostos Metodológicos**

Optou-se, neste estudo, pela abordagem qualitativa por permitir a análise de sujeitos em determinada condição social, pertencentes a determinado grupo social ou classe, que possibilita o estudo de significados, motivos, atitudes, crenças e valores, dados esses que não podem ser expressos em números (MINAYO, 1997, p.28).

Nesse contexto, é importante ressaltar que na abordagem qualitativa é possível contemplar princípios da pesquisa social que indicam uma consciência histórica do objeto de pesquisa, ou seja, o pensamento e a consciência são um processo que tem por base o próprio processo histórico e os seres humanos, embora diferentes, por razões culturais, de classe, de faixa etária ou outro, têm um substrato comum (MINAYO, 1997, p.28). Nesse sentido, para a compreensão da perspectiva dos profissionais, foram utilizados elementos discursivos.

A escolha dessa abordagem metodológica conduziu a busca de diferentes elementos para a compreensão do problema, considerando que a situação da entrevista exerce influência nas respostas dos indivíduos. Conscientemente ou não, os participantes dizem apenas o que podem e querem dizer, fato que é determinado pela representação que fazem da situação e por seus próprios objetivos, que nem sempre são os mesmos da pesquisa (GHIGLIONE E MATALON, 2001, p.02). Buscou-se portanto, além da perspectiva dos profissionais de saúde, obter outra fonte, a partir das informações registradas nos prontuários, para o melhor aporte compreensivo do problema.

### 3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado em Porto Alegre, nos serviços de Atenção Básica da Gerência de Saúde localizada na Região Leste do Município (Distrito 7- Partenon / Lomba do Pinheiro). Lopes *et al.* (2005) citando autores como Rodrigues e De Negri (2004) descrevem a Região como um grande espaço geográfico, somando sete bairros e mais de sessenta vilas, com diferentes níveis de urbanização e infraestrutura. A área possui, aproximadamente, 180 mil habitantes e é marcante a presença de população em condição de pobreza ou indigência (PORTO ALEGRE, [2003]).

Optou-se por desenvolver a pesquisa nessa área empírica que é formada por 12 Unidades Básicas de Saúde. Dessas unidades, algumas possuem mais de uma equipe de saúde atuando, perfazendo um total de 18 equipes de saúde, apresentadas no quadro abaixo, segundo a estratégia de atenção à saúde adotada.

UNIDADE DE SAÚDE	Nº Equipes Saúde da Família (ESF) por Unidade de Saúde.	Nº Equipes Saúde Básica (ESB) por Unidade de Saúde.
LOMBA DO PINHEIRO	03	00
HERDEIROS	01	00
PITORESCA I	02	00
VILA SÃO PEDRO	02	00
VILA VIÇOSA	01	00
ESMERALDA	02	00
BANANEIRAS	00	01
MAPA	00	01
PANORAMA	01	01
PEQUENA CASA DA CRIANÇA	00	01
SÃO CARLOS	00	01
SÃO JOSÉ	00	01
TOTAL	12	06

FONTE: pesquisa direta nas Unidades Básicas de Saúde da Gerência Partenon-Lomba do Pinheiro, elaboração do quadro BONFIM, E.G., Porto Alegre, 2007.

#### **Ilustração 1- Quadro do Número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica por Unidade de Saúde na Gerência de Saúde Lomba do Pinheiro - Partenon, Novembro 2007.**

Considerando a pequena proporção ou inexistência de registros no Banco de Dados do Observatório de Causas Externas no que diz respeito à violência contra a mulher, no contexto do pré-natal, buscou-se realizar a investigação nos próprios serviços. Foram privilegiadas as entrevistas com profissionais pré-natalistas para

tentar identificar casos de violência que tenham sido evidenciados durante o pré-natal, por meio de um estudo piloto que auxiliou na definição dos objetivos. Nessa fase, foram entrevistados 03 profissionais de três serviços diferentes da Região, em novembro de 2006. As entrevistas ocorreram nas próprias Unidades de Saúde, com duração de 20 minutos, aproximadamente, e não foram gravadas. O objetivo foi identificar a existência de situações de violência que os profissionais tivessem conhecimento, para a aproximação com a problemática, nos serviços. Nesse sentido, foi solicitado aos profissionais que relatassem situações de violência doméstica contra a gestante identificadas. Os profissionais para esse estudo-piloto foram selecionados a partir do critério de disponibilidade, considerando diferentes serviços.

### **3.3 Participantes do Estudo**

A partir do estudo-piloto e da precariedade dos registros, optou-se por investigar o universo dos profissionais pré-natalistas nos serviços da Região. Essa decisão deveu-se, também, à busca de informações consistentes para os diversos serviços e que abarcassem diferentes perspectivas e condutas profissionais.

Participaram do estudo 24 profissionais dos 26 identificados como pré-natalistas, nos serviços da área do Observatório de Causas Externas, abrangidos pela Gerência de Saúde Lomba do Pinheiro - Partenon. Os profissionais foram selecionados a partir de informações fornecidas por coordenadores/gerentes dos serviços citados, durante o mês de novembro de 2006. Inicialmente foram identificados 27 profissionais que atuavam na atenção pré-natal. Entretanto, no período da coleta de dados, observou-se que uma mesma profissional atuava em dois serviços distintos como pré-natalista. Não participaram um profissional que estava de licença por problemas de saúde, no período, e outro que foi exonerado, no período da coleta de dados.

### **3.4 Aspectos Éticos**

Conforme o que é preconizado pela legislação da pesquisa com seres

humanos, Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e a coleta dos dados foi implementada após a aprovação deste, conforme registro CEP 141, processo número 001.003454.07.0 (Anexo D). Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice C) no qual constava, de forma sucinta, os objetivos do estudo e informações acerca do anonimato dos participantes, direito de interromper sua participação, assim como endereço, para contato, da pesquisadora, da orientadora responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética.

O anonimato dos participantes foi mantido por meio do uso de código para a identificação: foi utilizado o prefixo “Med” para profissional médico(a) e o prefixo “Enf” para profissional enfermeira, seguido do número da entrevista, que variou de 01 a 24.

### **3.5 Coleta dos Dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas e pesquisa documental, entre abril e outubro de 2007.

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas que, de acordo com Minayo (1997,p.108) *“possibilitam a obtenção de dados subjetivos, isto é, expressam atitudes, valores e opiniões do entrevistado”*. A forma semi-estruturada foi escolhida, também, por permitir que o entrevistado *“discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”* e, ao mesmo tempo, possibilitar a utilização de um roteiro prévio (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas entre 20 de abril e 18 de outubro de 2007. Inicialmente foi feito contato com coordenadores das Unidades de Saúde, com objetivo de interferir o mínimo possível nos atendimentos. Dessa forma, agendaram-se horários com os profissionais pré-natalistas para apresentar o projeto e convidá-los a participar do estudo. Os profissionais que concordaram em participar foram entrevistados nas próprias Unidades de Saúde, com data e horário previamente agendados. As entrevistas, com duração média de 25 minutos, foram gravadas em formato digital e transcritas, na íntegra, com auxílio de bolsistas de Iniciação

Científica do GESC<sup>3</sup> e, após, codificadas com auxílio do *software Nvivo*, para categorização e análise. Conforme preconizado pela Resolução 196, os documentos da pesquisa, tais como arquivos digitais das entrevistas e dados da pesquisa documental, assim como Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Parecer Consubstanciado do CEP serão arquivados por um período de 5 anos.

O transcorrer da coleta de dados apresentou alguns imprevistos. O primeiro deles foi que o quadro de profissionais informados como pré-natalistas, durante o estudo exploratório se havia alterado por motivo de exoneração, por transferência de Unidade ou por reorganização interna dos serviços. O segundo, foi a greve de alguns profissionais de saúde, que ocorreu em 2007 e dificultou o agendamento das entrevistas, pois os profissionais que não haviam aderido ao movimento grevista encontravam-se sobrecarregados no atendimento à demanda. Um terceiro imprevisto a destacar, foi a mudança da Empresa que contrata os funcionários da Estratégia de Saúde da Família, em Porto Alegre, o que, na época, gerou insegurança entre os profissionais em relação à continuidade nos serviços sendo necessário transferir datas de várias entrevistas já marcadas. Superados esses imprevistos o desenvolvimento das entrevistas transcorreu com a colaboração de todos.

A pesquisa documental foi realizada pela autora, com auxílio de uma Bolsista de Iniciação Científica do GESC, nos registros das consultas de pré-natal dos prontuários das pacientes cadastradas nos serviços, entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2006. Foram pesquisados 784 prontuários nos 12 serviços da Região do estudo, sendo utilizado um Formulário-Guia para a Pesquisa Documental (Apêndice B). Para escolha do período considerou-se a possibilidade de pesquisar o atendimento pré-natal completo, inclusive a consulta de puerpério, além de permitir uma abrangência na coleta dos dados.

A elaboração do Formulário-Guia para a Pesquisa Documental teve como referência a história clínica a ser realizada nas consultas e os documentos de registro de acompanhamento do pré-natal, elaborados pelo Ministério da Saúde. Entre esses, particularmente a ficha perinatal (Anexo A), instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais na Unidade de Saúde e que deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério. Nesse

---

3 Grupo de Estudos em Saúde Coletiva - EENF/UFRGS. Grupo de Pesquisa do qual a autora faz parte.

sentido, além de dados da ficha perinatal, as anotações que constam na história clínica do pré-natal, e que “*deverão ser realizadas, tanto no prontuário da Unidade, quanto no cartão da gestante*” de interesse para a avaliação da violência, foram acrescentados ao instrumento-guia, tais como estado civil/ união, profissão/ ocupação, cor, número e idade de dependentes, renda familiar e pessoas na família com renda (BRASIL, 2005, p.23).

A ficha perinatal está entre os instrumentos de registro, processamento e análise de dados que o Ministério da Saúde recomenda, visando a permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério e para garantir o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência. Além dessa ficha, deverão ser preenchidos, durante o pré-natal, os seguintes instrumentos:

- 1- *cartão da gestante* (Anexo B): Deverá conter os principais dados de acompanhamento da gestação, os quais são importantes para a referência e contra-referência. Deverá ficar, sempre, com a gestante;
- 2- *ficha de cadastramento de gestante* (Anexo C): instrumento com informações da gestante;
- 3- *mapa de registro diário*: instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada (BRASIL, 2005, p.145).

Para a identificação das gestantes, inicialmente buscou-se utilizar o relatório das que estavam cadastradas no SISPRENATAL- Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, fornecido pela Coordenação de Vigilância em Saúde. Entretanto, ao cruzar as informações com os registros dos próprios serviços, constatou-se que havia muita sub-notificação. Os registros das Unidades apresentavam um número maior de gestantes cadastradas. Optou-se, então, por utilizar os registros das próprias Unidades de Saúde, quando disponíveis. Algumas Unidades não apresentavam livro de cadastro das gestantes ou outra forma de acompanhamento dos atendimentos de pré-natal; foi necessário, então, cruzar informações de registros de acompanhamento da puericultura e, por meio desses, buscar os prontuários das mães para verificar se haviam realizado acompanhamento pré-natal, nos serviços.

Nessa etapa da pesquisa ocorreram dificuldades em encontrar os prontuários, por vários motivos, entre eles, o fato de algumas usuárias terem mudado de

endereço e o prontuário ser transferido para outras unidades; em outros casos, havia registro de mudança de endereço e de número do prontuário, porém não havia identificação de qual era o número atual; em casos de mudança de endereço para fora da área de atuação e o prontuário ser transferido para arquivo morto, este era depositado, aleatoriamente, em caixas, impossibilitando a localização; houve casos em que o número do prontuário informado no cadastro de acompanhamento pré-natal não conferia com o prontuário familiar, ou seja, não havia qualquer informação da gestante no prontuário em questão; e em outros casos, ainda, a gestante constava no cadastro da família mas o prontuário individual não foi localizado. Considera-se no entanto, que apesar das dificuldades e do trabalho exaustivo, houve, efetivamente, acesso à maioria dos registros.

### **3.6 Análise dos Dados**

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, gravadas em formato digital, transcritas na íntegra e após a transcrição, confrontadas com o referencial teórico, categorizadas e codificadas para análise e processadas por meio do *software* Nvivo.

Para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, por meio da técnica da análise temática e sua variante, que trabalha com os significados em lugar de inferências estatísticas que, “de certa forma, reúnem, numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala”, e evidencia os núcleos de sentido de um documento, cuja frequência trará significado para um determinado objetivo analítico (MINAYO, 1997, p. 234; RODRIGUES e LEOPARDI, 1999, p.32).

O processo de análise das entrevistas seguiu a técnica proposta por Minayo (1994), com fundamentação na abordagem proposta por Bardin (1977), que adota três etapas básicas para a análise de conteúdo e foi realizado com auxílio do *software* Nvivo como ferramenta para classificação e categorização dos dados. A seguir estão descritas as etapas e a forma como foi realizada cada uma delas, no *software*:

*Ordenação dos dados* - corresponde à organização do material. Nessa fase foi

realizada a transcrição e a leitura fluente das transcrições das entrevistas e inserção integral dos textos no *software Nvivo*, para posterior codificação. Neste sentido, foi criado um documento para cada entrevista, dentro do *software*, e importadas as transcrições em formato digital (formato .rtf) já que a versão utilizada não aceita arquivos no formato de documento do Word (.doc).

*Classificação dos dados* – corresponde aos procedimentos de codificação, classificação e categorização. Foram criados os *nodes (unidades de registro) a partir de recortes de texto ou núcleos de sentido, no software* e do referencial teórico, utilizado na construção da problemática e na elaboração dos objetivos do estudo. Criaram-se *nodes free* (categorias livres), num primeiro momento, para a categorização dos dados, a partir das questões do formulário-guia da entrevista. Após essa primeira categorização, foram criados os *node tree* (categorias hierarquizadas), a partir do confronto dos dados empíricos com o referencial teórico e *subnodes (subcategorias)* mais específicas, de acordo com o andamento da classificação. Exemplificando, foram criados 13 *nodes free* (categorias livres), um para cada questão da investigação temática da entrevista. Após, foi realizada a classificação dos dados por categorias empíricas hierarquizadas como:

1. Identificou violência doméstica contra a mulher (*node tree*).
  - 1.1 *Identificou violência contra a mulher em atendimento pré-natal (sub node);*
  - 1.2 *Identificou violência contra a mulher em outros atendimentos (sub node);*
2. Não identificou violência doméstica contra a mulher, dentro do pré-natal ou fora do pré-natal (*node tree*).

Salienta-se que esse processo de categorização foi realizado por meio do *software*, o que favoreceu a classificação, pois, durante as leituras, já é possível ir marcando e realizando as classificações e também fazendo buscas de excertos por categoria. Isso tornou bem mais dinâmica a exploração do material.

*Análise final*- a partir dessas categorias empíricas, realizou-se o cruzamento com o referencial teórico e construíram-se os modelos analíticos que auxiliaram na elaboração das categorias descritas na análise, representadas nas figuras-síntese descritas no início dos capítulos analíticos.

Além do auxílio na análise de conteúdo, o *software* também foi utilizado como ferramenta para facilitar a caracterização dos participantes. Assim, foram criados um

documento para cada entrevista e atributos para cada documento, tais como sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação no serviço, tempo de realização de atendimento pré-natal, área de especialização, entre outras variáveis constantes no formulário-guia para a entrevista. Essa forma de organização tornou mais completa e ágil a caracterização dos participantes do estudo.

Na análise dos prontuários, também foi utilizado o *software Nvivo* como ferramenta para categorização dos dados. Inicialmente foi criado um documento para cada formulário-guia para a Pesquisa Documental. Após foram criados atributos para esses documentos, de acordo com as variáveis constantes no formulário, o que permitiu a categorização dos resultados e facilitou o processo de digitação, já que o *software* permite que sejam criadas variáveis-padrão para os atributos, tornando mais rápida a inserção dos dados no formato digital. Também foram criados *sets* (grupamento de dados) por serviços, o que permitiu que fossem trabalhados, pontualmente, os dados de determinado serviço, para a análise.

Para a análise dos registros da violência doméstica contra a mulher, encontrados nos prontuários das gestantes cadastradas no pré-natal, em 2006, os prontuários que apresentaram registros de violência foram identificados e separados, de acordo com o período de identificação da violência, ou seja, antes do pré-natal em 2006, durante o atendimento pré-natal ou após o fechamento do pré-natal. Esses registros foram transcritos, na íntegra, para análise de conteúdo.

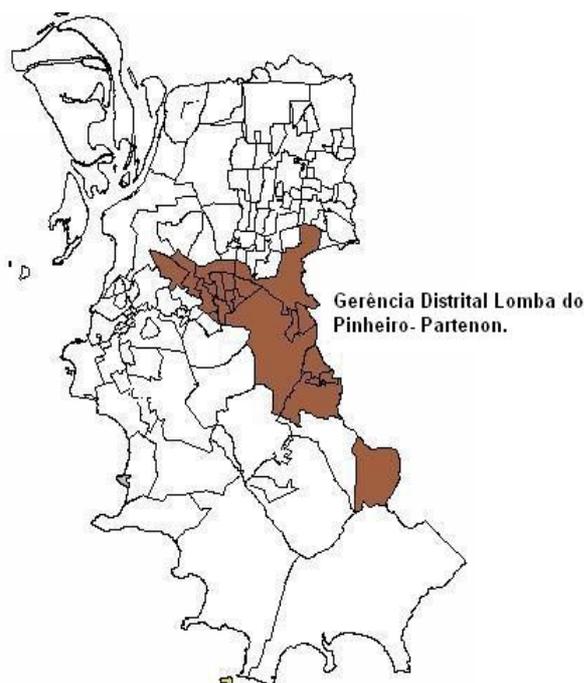
## **4 A ÁREA DO ESTUDO E OS PARTICIPANTES**

### **4.1 O Contexto do Estudo na Perspectiva da Vigilância dos Eventos Violentos.**

Esta pesquisa desenvolveu-se no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, considerada a cidade com a melhor qualidade de vida, entre aquelas com mais de um milhão de habitantes, embora apresente desigualdades entre seus bairros e regiões com índices sociais preocupantes (PORTO ALEGRE, 2006). A população da cidade, no ano de 2006, era estimada em 1.440.940 habitantes. Essa população, conforme extratos, é constituída por 475.488 mulheres em idade fértil, sendo esse extrato de interesse para o estudo (IBGE, 2000; DATASUS, 2006).

Para fins de organização da Atenção em Saúde, o município de Porto Alegre é dividido em oito Distritos: Centro, Leste-Nordeste, Sul - Centro Sul, Glória - Cruzeiro-Cristal, Norte - Eixo Baltazar, Lomba do Pinheiro- Partenon, Noroeste-Humaitá- Ilhas, Restinga - Extremo Sul. Este estudo foi realizado na Gerência Distrital Lomba do Pinheiro- Partenon, no 7º Distrito, localizado na região leste do município (Ilustração 2).

A Gerência de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro é constituída por sete bairros, cinco na região do Partenon e dois na região da Lomba do Pinheiro. A região do Partenon conta com 120.682 habitantes e a da Lomba do Pinheiro, com 58.031, conforme censo de 2000 (PORTO ALEGRE,[2000], 2003). Estima-se que esses índices, atualmente, sejam bem superiores, no entanto, estão indisponíveis para consulta.



FONTE: PORTO ALEGRE, Relatório SISPRENATAL, 2006.

**Ilustração 2 - Mapa de Porto Alegre, situando a Gerência de Saúde Partenon / Lomba do Pinheiro.**

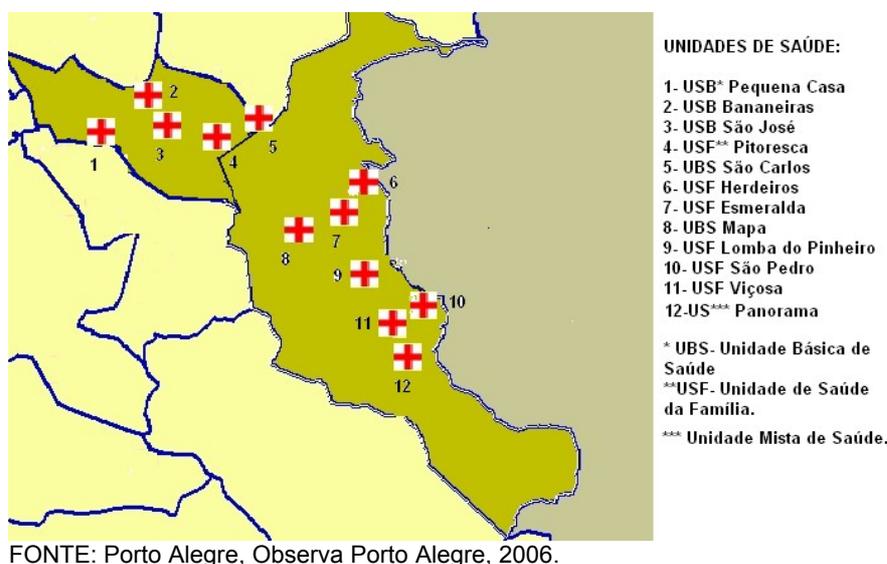
Têm sido uma constante os assentamentos, as ocupações irregulares e instalações de cooperativas habitacionais na Região da Lomba do Pinheiro, apresentando uma intensa degradação ambiental, precariedade no atendimento de serviços públicos e equipamentos comunitários, além da ocupação desordenada e irregular nos morros e margens de arroios, no Partenon (PORTO ALEGRE, 2003).

Observa-se um elevado número de desempregados e sub-empregados, alto índice de analfabetismo e semi-alfabetizados e, alto índice de mulheres chefes de família nas áreas mais vulneráveis das duas regiões, o que remete a uma estreita relação com a mortalidade infantil (PORTO ALEGRE, 2003).

Agronomia e Lomba do Pinheiro estão entre os onze bairros com maior vulnerabilidade social de Porto Alegre, com Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,497 e 0,463, respectivamente, ocupando a oitava e décima primeira posição no ranking da vulnerabilidade social (PORTO ALEGRE, 2007). Os Bairros da Região Partenon: Coronel Aparício Borges, Partenon, Santo Antonio, São José e Vila João Pessoa, apresentam IDH que varia de 0,546 a 0,919, refletindo a forte heterogeneidade social da Região (PORTO ALEGRE, 2007).

Em relação aos serviços públicos de Atenção Básica em Saúde, a área é

constituída por cinco Unidades Básicas de Saúde, seis Unidades de Saúde da Família e uma Unidade de Saúde Mista (possui Equipe de Atenção Básica e Equipe de Saúde da Família). A gerência de Saúde abrange também equipes de saúde básica, do Centro de Saúde Murialdo, serviços que são administrados pela Secretaria Estadual de Saúde, em processo de municipalização que, para fins de dados estatísticos, são inseridos na Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro. As Unidades Básicas de Saúde que fizeram parte desta pesquisa estão representadas na ilustração 3.



**Ilustração 3 - Mapa da Região da Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro situando as unidades de saúde pesquisadas.**

A mortalidade infantil por anomalias congênitas e doenças infecciosas e a mortalidade na infância por causas externas, destacam-se na Região do estudo em relação à cidade, o que constitui-se em alerta para a qualificação da atenção ao pré-natal e aos cuidados com os recém-nascidos e com as crianças, no seu primeiro ano de vida. Saliem-se as precárias condições socioeconômicas que podem ampliar a predisposição de pais, parentes e cuidadores às situações de injúrias tais como maus-tratos, acidentes e negligência contra as crianças (PORTO ALEGRE, 2007).

Kronbauer e Meneghel (2005) em estudo desenvolvido no Campo da Tuca, no bairro Partenon, na Unidade de Atenção Básica de Saúde VII, que integra junto com outras seis unidades o Centro de Saúde Escola Murialdo, próximas a região do estudo, observaram uma prevalência de 17% de violência durante a gestação,

superior à descrita na literatura para outros locais, em torno de 10%.

Com relação ao registro das causas externas na Região, o Observatório registra ocorrências, desde fevereiro de 2002, ou seja, as causas externas na Região de estudo são discutidas em reuniões de trabalho, seminários, treinamentos e qualificações de agentes de saúde e outros profissionais e outros eventos, na Gerência de Saúde, desde essa época (RODRIGUES *et al.*, 2008). Alia-se a essa iniciativa, o Projeto de Pesquisa Observatório de Causas Externas, envolvendo a Escola de Enfermagem da UFRGS/GESC e a Gerência de Saúde Partenon - Lomba do Pinheiro, com diversos resultados de pesquisa sobre violências divulgados<sup>4</sup>.

Especificamente sobre a violência doméstica, dados do Observatório de Causas Externas apontam 88 ocorrências notificadas, no período de 2002 a 2005, na Região. Dentre os registros estudados, as mulheres apresentaram os maiores índices de vitimização por violência doméstica, com 73,7% dos casos e situaram-se, predominantemente, na faixa etária dos 20 aos 59 anos, com 76,7% dos registros relativos a esse tipo de violência. O mesmo estudo salienta que o universo da violência em ambiente doméstico, provavelmente é superior aos registros obtidos nesta análise, em razão de ser um dos tipos de violência mais naturalizada nas condutas entre casais e, portanto, invisibilizada. Nesse contexto, salienta-se que essa amplitude de faixa etária, na sua maioria, compreende as mulheres em idade fértil; nesses casos, *força física esteve envolvida, majoritariamente nos agravos, representada por escoriações, equimoses, hematomas e objetos cortantes* (BUENO,2006).

Salienta-se que esse observatório é uma iniciativa dos profissionais de saúde da região, e a notificação das causas externas (violências e acidentes) não é realizada em todo o Município. O instrumento nacional para esse fim, é utilizado em Porto Alegre, exclusivamente no Hospital Presidente Vargas, a partir de outubro de 2006. Como já referido nesse estudo, os serviços de Porto Alegre utilizam um instrumento de notificação municipal, por meio do Sistema de Vigilância da Violência que foi implantado de dezembro de 2005 até março de 2006 como projeto piloto. São 27 serviços notificadores no Município: doze Hospitais; oito Unidades Básicas de Saúde, cinco Serviços Especializados e duas Gerências Distritais. A meta

---

4 BUENO (2007); COCCO (2007); DAGORD (2003 ); IMPERATORI E LOPES (2008); LEAL (2003);LEAL E LOPES (2006); RODRIGUES *et al.* (2008);

estabelecida pelo Município, para 2007, foi de ampliação do número de serviços notificadores. A tendência é que a notificação da violência seja implantada em todos os Hospitais (públicos e privados) da cidade, Serviços de Emergência, Pronto Atendimento municipais e Serviços Básicos de Saúde que desejarem, progressivamente. A migração para o sistema nacional se dará a partir de 2008 (PORTO ALEGRE, 2006).

A Equipe de Vigilância de Eventos Vitais do município de Porto Alegre, nas ações de vigilância da violência, trabalha com dois sistemas: Sistema de Informação de Violência e O Programa de Vigilância da Violência. O primeiro, gerencia o fluxo de informações, qualifica os dados, capacita os profissionais para o uso do instrumento de notificação, elabora e divulga informações epidemiológicas. O Programa de Vigilância, trabalha com o repasse sigiloso e imediato dos casos notificados ao Centro de Referência às Vítimas de Violência e aos serviços básicos de saúde. Esse sistema procura atender à legislação que determina a notificação compulsória, às autoridades competentes, de casos suspeitos ou confirmação de maus-tratos e violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos atendidos na rede do SUS (PORTO ALEGRE, 2006).

Esse panorama apresentado demonstra a ainda recente e precária atenção intersetorial, no âmbito da violência, no Município. Nesse cenário passa-se a apresentar e discutir a ação dos atores.

#### **4.2 Os pré-natalistas do Estudo. Quem Realiza e quais as Motivações?**

Participaram do estudo 24 dos 26 profissionais que realizam consultas de pré-natal e atendimentos em grupos nos serviços de abrangência da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro. Ressalta-se que foram entrevistados os profissionais declarados pelas Unidades de Saúde como pré-natalistas, no período da coleta dos dados.

Em relação aos profissionais que atendem ao pré-natal, nos serviços do estudo, observa-se que a maioria das consultas são realizadas por médico(a) e/ou enfermeira, com a dinâmica de atendimento variando em cada serviço. Em algumas Unidades, as consultas são realizadas somente por médicos (as) intercalando as consultas entre esses profissionais. Em outros serviços, as enfermeiras são

responsáveis pelo pré-natal de baixo-risco, outros intercalam consultas entre médicos e enfermeiras, outros ainda, as enfermeiras realizam a primeira consulta e, alguns têm apenas um profissional que atende a todas as consultas de pré-natal da gestante. Conforme os prontuários pesquisados, 413 gestantes foram atendidas exclusivamente por médicas, 59 por médico, 10 por médico e médica, 86 por enfermeiras, 141 por médicas e enfermeiras, 29 por médico e enfermeira e 46 por médica, com consultas da nutricionista registrada.

Foram entrevistados 08 enfermeiras e 16 médicos, sendo 21 profissionais do sexo feminino e 03 do sexo masculino. Em relação à idade, os profissionais tinham entre 26 e 56 anos, com média de idade de 39 anos. Quanto à formação profissional, constata-se que a maioria dos participantes possuía Especialização, estando essas concentradas nos cursos de Ginecologia e Obstetrícia e Saúde da Família e Comunidade, conforme o quadro .

Área Especialização dos profissionais pré-natalistas	Profissionais (Nº)
Ginecologia e Obstetrícia	10
Saúde da Família e Comunidade	8
Administração	2
Saúde Mental	1
Nenhuma Especialização	3
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>

FONTE: Pesquisa direta nas Unidades de Saúde da Região Lomba do Pinheiro- Partenon. Elaboração da tabela BONFIM, E.G. Porto Alegre, 2008.

**Ilustração 4: Quadro dos profissionais de Saúde que realizam atendimento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde da Gerência Partenon - Lomba do Pinheiro, segundo área de especialização, 2007.**

Essas duas Áreas de Especialização têm a saúde da mulher ou como Área prioritária de atuação, no caso da Ginecologia e Obstetrícia, ou como uma das Áreas de destaque para o atendimento, no caso da Saúde da Família, uma vez que são as mulheres as usuárias mais frequentes dos serviços de atenção básica e estão incluídas na maioria das estratégias voltadas à prevenção de doenças ou promoção da saúde.

O período de atuação na profissão e na realização de atendimento pré-natal variou de um ano e meio a vinte e nove anos de prática. A realização de atendimento pré-natal faz parte da trajetória profissional dos médicos do estudo, durante todo o tempo de atuação na profissão. Apenas 01 médico referiu que começou a realizar atendimento pré-natal somente após dois anos atuando na profissão. Em relação às enfermeiras constatou-se que a realização do atendimento pré-natal não

acompanhou a trajetória profissional, elas iniciaram o atendimento do pré-natal há, no máximo, 08 anos, independente do tempo de formação. Assim, as enfermeiras que iniciaram sua atuação na profissão, a partir de 1999, começaram a realização de consultas de pré-natal, o que não ocorreu com as diplomadas há mais de 10 anos. Esse fato provavelmente está relacionado à consolidação do Programa de Saúde da Família no Estado e Município, quando se difundiram as consultas de enfermagem à população e às gestantes.

Em relação ao atendimento pré-natal, nas Unidades de Saúde em estudo, todos os profissionais a realizaram desde o início de suas atividades. Constata-se que aqueles que atuavam nas Unidades de Saúde da Família, tinham, em média, menos tempo de serviço e, conseqüentemente, menos tempo de realização de atendimento pré-natal na Unidade, quando comparados com os profissionais que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde, fato que pode estar relacionado ao tipo de vínculo desses profissionais, que foram contratados, e não concursados, o que pode resultar em sua maior rotatividade, como foi observado nos serviços estudados.

Outro aspecto investigado foi a opção pelo atendimento pré-natal. Buscou-se relacionar sua realização como opção pessoal do profissional ou como necessidade do serviço. O atendimento foi referido como uma necessidade do serviço, mas também, pela quase totalidade, como uma opção pessoal sendo referenciada como uma atividade que os profissionais gostavam de realizar. Além disso o pré-natal foi referido como uma atividade que fazia parte da atenção básica, o que vai ao encontro das políticas de atenção à saúde da mulher e da atenção básica, nas quais o atendimento pré-natal é definido como uma prioridade (BRASIL, 2003, 2006).

Para fins desse estudo e melhor sistematização dos resultados, os aspectos investigados e fragmentos das entrevistas aqui discutidos, são apresentados na forma de colunas temáticas e os correspondentes pressupostos interpretativos. Essa forma de apresentação aponta, visualmente, pistas analíticas. As colunas a seguir trazem elementos sobre as motivações ao exercício no pré-natal.

*É uma necessidade do serviço, porque faz parte. A gente faz o concurso em Gineco e Obstetrícia, então já está incluído o serviço de Obstetrícia. Mas é uma coisa que eu*

De 24 entrevistados 23 referiram que o atendimento pré-natal é uma atividade que gostam de realizar.

*gosto de fazer. Se me dessem a opção de fazer ou não, eu continuaria a fazer (Med 06).*

*Eu gosto mesmo, mas eu acho que também tem que cuidar muito assim de organizar a agenda. Mas é porque eu gosto de fazer, não é uma coisa imposta (Enf 21).*

O pré-natal é uma necessidade do serviço e faz parte do trabalho dos profissionais de saúde - “não é imposto”.

Apenas uma profissional referiu que preferia o atendimento em grupo e por opção pessoal não realizaria as consultas de pré-natal, que segundo ela, são muito demoradas devido ao número de registros que são preenchidos na primeira consulta.

*É por necessidade do serviço. Eu gosto muito dos grupos...Eu acho essa consulta de pré-natal, essa primeira que a gente faz, uma consulta muito maçante assim...uma consulta muito demorada, pela parte burocrática. E os grupos...eu adoro .*

*Acho que a gente poderia ter um tempo pra conversar mais com a paciente, chegar e abordar outras questões que não só aquelas da papelada do pré-natal, mas, na verdade o que a gente faz na consulta é preencher papel... é uma questão bem técnica mesmo... Acho que a gente teria que ter um tempo assim para uma conversa mais livre... (Enf 15).*

*Então eu acho que o grupo de pré-natal que a gente faz, o grupo de gestantes é um momento que elas têm mais liberdade de conversar. Tu não consegue conversar bem, muitas vezes... O que salva é esse grupo assim... Elas conseguem aí perguntar, porque uma puxa conversa (Med 19).*

Evidencia o aspecto normatizado do pré-natal, principalmente na primeira consulta, na qual é realizado o cadastro da gestante, a anamnese, o exame físico e a solicitação de exames de rotina e muitas vezes, apresenta registros duplos que comprometem o acolhimento.

Os grupos são vistos como uma alternativa para ouvir e conversar com a paciente

A primeira consulta na Unidade, referida pela enfermeira acima, é realizada pelas enfermeiras, sendo feito o acolhimento à gestante, o cadastro no serviço, o cadastro no SISPRENATAL, a anamnese, o exame físico e solicitados exames de rotina. Torna-se uma consulta sobrecarregada do ponto de vista da administração da assistência, pois é necessário o preenchimento de uma série de formulários, que ocupam grande parte do tempo, comprometendo a escuta da gestante. Essa normatização do pré-natal foi referida também por outros profissionais como limitante da escuta e atendimento às situações de violência e será discutida, com mais detalhes, no capítulo de concepções do atendimento pré-natal e violência doméstica.

Constata-se que o pré-natal é uma atividade consolidada nos serviços de atenção básica à saúde e é reconhecida pelos profissionais como parte do trabalho, como uma atividade que gostam de realizar. Já a normatização e o excessivo envolvimento burocrático, em alguns momentos, deixa de ser um subsídio para tornar-se o foco principal do tempo da consulta. As contradições aparecem em alguns momentos ao se referirem à normatização como a parte propriamente do pré-natal. O acolhimento, como estímulo ao vínculo e ao desenvolvimento relacional, parece não ser considerado como parte do pré-natal.

*Então a gente vê mais assim a parte do pré-natal propriamente dito. A parte referente, digamos assim, a parte emocional, a parte da relação daquela mãe com aquele bebê, isso aí a gente tem dificuldade de fazer. Por falta absoluta de tempo (Med 23).*

Essa prioridade “às normas” compromete a atenção integral e a escuta ativa nas situações de violência, por exemplo. Entretanto, os profissionais pontuam os grupos como uma opção para ouvir a mulher. Em alguns serviços esses grupos já foram implantados, embora muitos, não tivessem êxito. Uma das profissionais refere que “os grupos nunca deram muito certo” e outra referiu que “para que as mulheres participem, os grupos são realizados antes da consulta, porque se o grupo não for vinculado às consultas, as gestantes não comparecem,”. Nesse sentido, observa-se que a motivação das gestante é a consulta. Outra profissional referiu dificuldade na continuação das atividades de grupo, devido à falta de espaço físico para a realização dos grupos.

Acredita-se que essas dificuldades também resultam do despreparo e ausência de qualificação para o desenvolvimento de ações fora da “clássica” relação

de consulta. A ação nos grupos demanda outras referências e atitudes que extrapolam os limites da clínica e, em particular, da clínica médica e de seus rituais de atendimento. Nesse sentido, parte do insucesso de atividades, não enquadradas nessa perspectiva, como a dos grupos, se deve ao despreparo profissional e, portanto, à desvalorização dos aspectos relacionais (emocionais entre outros) envolvidos no processo de saúde e de adoecimento. Os relatos referentes aos grupos corroboram a pesquisa sobre grupos na Atenção Básica de Porto Alegre, a qual constatou que dentre as 124 Unidades Básicas de Saúde estudadas, 45 tinham grupos voltados para gestantes e, entre as dificuldades apontadas para o desenvolvimento dos grupos estão a adesão pouco satisfatória e as dificuldades estruturais, tais como o aporte físico das Unidades e a falta de qualificação dos recursos humanos (MAFFACCIOLLI, 2007).

Esse panorama de profissionais e suas respectivas formas de envolvimento com a consulta pré-natal está expressa nos registros técnicos adotados nos serviços. Os registros expressam essas abordagens e condutas “dando visibilidade ou invisibilizando situações” em que a violência se faz presente.

No próximo item buscou-se sistematizar análises relativas ao exercício dos profissionais no pré-natal, focalizando as condutas relativas à violência doméstica, materializadas nos registros dos serviços.

## **5 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOS REGISTROS PROFISSIONAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL.**

### **5.1 Os Registros Profissionais e a (In)Visibilidade da Vulnerabilidade à Violência.**

O objetivo da etapa documental da pesquisa foi o de discutir e analisar a problemática dos atendimentos a situações de violência realizados, a partir da perspectiva dos profissionais e dos registros dos serviços. Foram pesquisados 784 prontuários de gestantes cadastradas no pré-natal, em 2006, nas 12 Unidades Básicas de Saúde do estudo (Apêndice D). Durante a coleta dos dados, constatou-se que muitos serviços não utilizam a ficha perinatal e que, as informações das consultas são registradas nos prontuários das gestantes de forma incompleta. Já as fichas, quando utilizadas, apresentam a maior parte dos campos em branco.

Para a apresentação dos dados da análise dos registros, optou-se por utilizar a mesma seqüência de apresentação na ficha perinatal. Estão divididos em: dados de identificação, dados socioeconômicos, antecedentes obstétricos e dados da gestação atual. Essa sistematização se justifica no sentido da análise da completude e do nível de informações obtidas, e da valorização destas pelos profissionais, como importantes para o acompanhamento, tanto técnico como administrativo, nos serviços.

No grupo dos dados de identificação estão inseridos o nome da gestante, a idade, a cor, o endereço e a equipe de saúde de referência. Como o nome da gestante e endereço são dados mínimos necessários ao cadastro nas Unidades, todos os prontuários têm esses dados e, como os serviços trabalham com populações adstritas, ou seja o serviço que atendeu é o serviço de referência, serão apresentados os registros de idade e cor/ raça.

Em relação ao registro da idade das gestantes cadastradas no pré-natal, em 2006, nas Unidades de Saúde da Gerência Partenon- Lomba do Pinheiro, observa-se que a maioria dos prontuários têm esse dado disponível e que apenas 07 dos prontuários pesquisados não o apresentavam. Saliencia-se que a idade é um fator importante no atendimento pré-natal uma vez que a gestação em menores de 15 anos, assim como a gestação a partir dos 35 anos é considerada, fator de risco gestacional, devendo a gestante ser encaminhada ao pré-natal de alto risco. A gestação na adolescência, entre 15 e 19 anos, também requer cuidados diferenciados, pois são mais comuns, entre as primigestas com idade precoce, ocorrências como abortamentos, parto prematuro, doença hipertensiva específica da gestação (BRASIL, 2005; NEME, 2000).

Convém observar que esse campo para preenchimento situa-se no cabeçalho da folha de evolução dos serviços, muitas vezes o preenchimento foi realizado na recepção da Unidade de Saúde e, em outras situações, está descrita a idade da gestante também na evolução da consulta, deixando claro que o profissional tomou conhecimento do dado.

Outro fato que merece destaque é o índice de gravidez na adolescência encontrado nos 784 prontuários pesquisados: 25,13% (197 prontuários) das gestantes eram adolescentes, entre 10 e 19 anos, e dessas, 14 gestantes tinham entre 10 e 14 anos. Quando se comparam aos índices de gestação na adolescência, em 2006, do Município(17,4%) e do estado (18,4%) constata-se que o número da Região era elevado, refletindo a vulnerabilidade das jovens (PORTO ALEGRE, 2006).

Nesse sentido os dados referentes à violência sexual apresentados por Cocco (2007), em estudo do Observatório de Causas Externas, enfocando as ocorrências entre jovens, na Região, corroboram os dados aqui encontrados, relativos à vulnerabilidade das adolescentes. A autora refere que, entre as ocorrências de violência sexual notificadas, mesmo considerando a existência de sub-registros e aspectos que levam à omissão das causas do agravo, as meninas apresentavam os maiores índices, com 19 das 27 ocorrências, em sua maioria (77%), no ambiente doméstico.

Ainda assim, independente de ser ou não considerada violência, a atividade sexual com adolescentes menores de 14 anos, têm aumentado nos últimos anos os

índices de gravidez na adolescência e, nesse contexto o Ministério da Saúde refere a gravidez na adolescência como *uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho* (BRASIL, 2006b, p.17).

Constata-se, portanto, a importância de registros que demonstrem as dimensões dessa problemática e atestem a vulnerabilidade das meninas frente à violência sexual e também da gravidez na adolescência. Na Região de estudo evidenciou-se que, em muitas situações, a gravidez pode ser um dos fatores desencadeantes da violência contra a mulher, quando não resultante desta, conforme será discutido, posteriormente, neste trabalho.

Informações sobre cor/ raça não são registradas, como rotina, nos prontuários; embora conste nos diversos formulários das Unidades, frequentemente esse campo de registro não é preenchido. Entre os 784 prontuários pesquisados, 573 não continham informações acerca desse dado para as gestantes. Essa incompletude dos registros, no que se refere à categoria de raça/cor, foi constatada também por Bueno (2006) e segundo o autor, *“atesta a pouca importância que os profissionais, agentes comunitários e outros notificadores atribuem a essas informações”*. Para este *“é provável que a justificativa seja a tradicional abordagem calcada no modelo biologicista, que não confere importância aos constitutivos de morbidade que extrapolam o dano físico”* (BUENO,2006 p.25).

Nesse sentido, questiona-se se a justificativa para a ausência dos dados seja apenas a abordagem biologicista e amplia-se para a incompletude dos registros como um todo. Concorde-se com o fato de que os registros socioeconômicos são mais subnotificados, mas os biológicos também deixam a desejar, conforme evidenciado no decorrer deste trabalho.

Estudo que analisou as causas de mortalidade segundo características de raça/ cor no Estado de São Paulo, entre 1999 e 2001, revelou associações importantes entre óbitos e raça/ cor e que a “morte tem cor”. Pretos e pardos têm padrões semelhantes de morte, associados às causas externas (mortes violentas), complicações da gravidez e parto (geralmente relacionadas ao acesso e qualidade da

assistência), transtornos mentais e causas mal definidas (indicador da qualidade da assistência). Os brancos têm como causas de morte diferentes doenças. Os autores referem que *“a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/ étnico é”* (BATISTA, *et al.*, 2004, p.635), entretanto *características étnicas com repercussões corpóreas podem ser importantes para a evolução do ciclo gravídico-puerperal* (NEME, 2000, p.71).

No contexto da gestação, sabe-se que algumas patologias como anemia falciforme e a doença hipertensiva específica da gravidez são mais comuns em mulheres da raça negra, assim como em mulheres orientais; devido à baixa estatura elas têm bacias mais curtas que podem gerar distócias (NEME, 2000). A mortalidade materna, em São Paulo foi 6,4 vezes maior em mulheres de raça negra, quando comparadas às de raça branca, segundo dados da Secretária da Saúde, possivelmente pela inserção social adversa; entretanto, sabe-se que, especificamente, durante a gestação, a raça interfere em morbimortalidade materna pela maior probabilidade do desenvolvimento de patologias específicas, nesse período (SÃO PAULO, 2005).

Constatou-se que essa informação é sub-registrada na Região, o que não permite que sejam desenvolvidas maiores análises segundo essa perspectiva. De acordo com os prontuários pesquisados, 147 gestantes eram brancas, 53 pretas, 06 pardas, 05 indígenas e, conforme mencionado anteriormente, 573 prontuários não tinham a informação acerca da cor/raça da gestante.

As informações relativas aos dados socioeconômicos são aquelas de menor registro. Mais uma vez identifica-se que os registros estão mais relacionados a fatores biológicos do pré-natal, em detrimento dos socioeconômicos ou de outra ordem.

Nessa perspectiva vê-se que, por exemplo, informações sobre escolaridade podem ser indicativos importantes de vulnerabilidade. A escolaridade da gestante é apontada como um importante fator associado à violência contra a mulher, na gestação, como também a violência em geral (MENEZES *et al.*, 2003, DURAND, 2005. HEISE, 1998) além de estar associado a risco de mortalidade neonatal (MENEZES *et al.*, 1998) e interferir na adequação do uso do pré-natal devido a menor condição social (COIMBRA, *et al.*, 2003).

Menezes *et al.* (2003) referem risco quase 10 vezes maior de violência na gestação entre mulheres com até 03 anos de estudo. A escolaridade também é relacionada à morte perinatal. Estudo de coorte realizado em Pelotas mostra que crianças pertencentes a famílias pobres ou com pouca escolaridade apresentam mortalidade perinatal até 03 vezes maior do que aquelas famílias mais abastadas ou com grau elevado de escolaridade (MENEZES, *et al.*, 1998).

Entretanto, entre os 784 prontuários pesquisados, em 703 deles não havia registro quanto à escolaridade da mulher. Dentre aqueles que possuíam essa informação, 39 gestantes não tinham o nível Fundamental completo, 17 o completaram, 10 iniciaram o Ensino Médio e 13 o completaram. Apenas duas gestantes iniciaram o grau de Educação Superior e apenas uma o completou. Considerando-se apenas os prontuários com esta informação disponível contata-se que se trata de uma população em que as mulheres apresentavam baixa escolaridade, o que, segundo estudos, pode resultar em riscos perinatais e maior vulnerabilidade à violência doméstica, tanto por dependência econômica, quanto por dificuldade de acesso a informações e serviços.

O estado civil/ união é outra informação que também não estava registrada no pré-natal da Região, dos 784 prontuários pesquisados, 501 não apresentavam dados relativos ao estado civil/ união da gestante e entre os que continham essa informação 57 gestantes eram solteiras e 162 referiram união estável, 03 eram separadas ou divorciadas e 61 eram casadas.

Embora a equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, necessite buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente, o estado civil da gestante não foi registrado. Considerando que o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento, constata-se a desvalorização dessa informação. Além disso, o estado civil da mulher está relacionado a risco de violência na gestação. As mulheres que não possuem parceiros e aquelas que namoram e mantém relações sexuais apresentam maior prevalência de violência na gestação que as mulheres casadas (DURAND, 2005). A violência pode ser perpetrada, nesse caso, por familiares que não aceitam que a

mulher esteja grávida ou pelo próprio companheiro, quando tem dúvidas sobre a paternidade.

Assim como o estado civil, o planejamento e a aceitação da gestação pela mulher e pela família não são, na maior parte das vezes, questionados na efetivação dos registros e no primeiro contato com os serviços; 621 prontuários não continham essa informação. Chama atenção também o fato de que nos 163 prontuários em que ela constava constatou-se que a maioria das gestações não foi planejada (92 casos), e entre estes, 10 gestantes tentaram interromper a gravidez, 05 não aceitavam a gestação e 41 relataram que a gravidez não foi planejada sem referir aceitação ou não. Apenas 71 mulheres planejaram a gravidez.

Considerando o grande número de prontuários sem registros sociodemográficos e socioeconômicos, parecia que a gestante era isolada de seu contexto familiar e social. Não foi encontrada nenhuma referência à participação do “pai” no pré-natal, embora seja recomendado que “*sua presença deva ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo para o preparo do casal para o parto e durante a internação para o parto*” (BRASIL, 2005, p.13), assim como não foi referida a participação de outros familiares.

No que se refere aos dados econômicos, esses também eram inexistentes ou subnotificados. Relativamente à profissão/ocupação da gestante, embora seja necessário avaliar sobrecarga de trabalho, conhecer se a mulher atua no mercado formal ou informal para orientações acerca da licença-maternidade, também estava entre as informações negligenciadas. Além disso a profissão/ocupação pode representar risco relacionado a intoxicações, por exemplo, que podem resultar em abortamentos e óbito do concepto. Gestantes que atuam em atividades que exigem maior atividade muscular podem apresentar abortamentos, rotura prematura de membranas e parto prematuro (NEME, 2000). Além desses riscos, o conhecimento da profissão/ocupação interfere no planejamento das ações educativas, durante o pré-natal, pois o trabalho pode limitar horários para alimentação, demandar esforço físico diferenciado, períodos de repouso diferentes, e, de acordo com o vínculo da mulher com a empresa/empregador, terá ou não direito à licença maternidade remunerada, o que interfere nos cuidados com o recém-nascido após o nascimento. Mulheres que trabalham no mercado informal e não têm direito à licença maternidade

remunerada, provavelmente voltarão a trabalhar logo após o parto e, necessitam de orientações diferentes daquelas fornecidas às mulheres que usufruem desse direito e que terão um período maior para dedicar-se aos cuidados com o recém-nascido e para se recuperar do parto. Entretanto essa informação estava ausente em 493 dos 784 prontuários pesquisados, conforme ilustra o quadro a seguir.

Profissão/Ocupação	Número de Gestantes
Do lar	120
Estudante	35
Atendentes do comércio - atendentes (confeitaria, cafeteria, pizzeria), balconistas, operadora caixa, secretária, aux. administrativa, digitadora, promotora vendas, etc.	34
Doméstica	27
Auxiliar Serviços Gerais	22
Outros Serviços - Costureira, Aux. Costura, Atendente Creche, Manicure, Babá.	11
Serviços Educação - Educadora/Professora/Pré-escola	10
Autônoma-Artesã, diarista, comerciante	08
Serviços em Hotéis/ Restaurantes- cozinheira, aux. cozinha, copeira, camareira.	07
Desempregada ou não trabalha	06
Serviços Técnicos- enfermagem, nutrição, laboratório, manutenção	04
Outros	07
Não Consta	493
Total	784

FONTE: Pesquisa direta nas Unidades de Saúde da Região Lomba do Pinheiro- Partenon. Elaboração da tabela BONFIM, E.G. Porto Alegre, 2008.

#### **Ilustração 5- Quadro de distribuição segundo a profissão/ocupação das gestantes cadastradas, em 2006, nas Unidades Básicas da Gerência de Saúde Lomba do Pinheiro / Partenon.**

Nos prontuários que continham informações sobre a profissão/ocupação das mulheres, identifica-se que 120, dentre elas, referiram “ocupação do lar”, 35 eram estudantes. Considera-se que as que atuavam como do lar, assim como as estudantes, e as que estavam desempregadas ou não trabalhavam fora dependiam economicamente de alguém, o que as tornava potencialmente vulneráveis à violência doméstica, durante a gestação. Essas representam mais da metade das gestantes com informações sobre a ocupação/profissão, ou seja, 161 gestantes entre os 291 prontuários com esse registro.

Em relação à probabilidade para a violência, sabe-se que a dependência econômica é um dos fatores que leva as mulheres a permanecerem nessa situação. Cabe ressaltar que a violência doméstica contra a mulher ocorre em todos os estratos sociais, porém as mulheres em situação de pobreza, sem renda e sem oportunidades de trabalho, ou com trabalho precário, estão mais sujeitas à dependência econômica. Assim, a falta de autonomia e o medo das dificuldades para prover o seu sustento e o de seus filhos, após a separação, são fatores importantes para o não enfrentamento da situação de violência pela mulher (BRASIL, 2002; BRUYN, 2003; HEISE, 1998; FRANZOI, 2007; SCHRAIBER, 2005).

Entre as que trabalham fora de casa, a maioria exerce atividades no setor de serviços, atuando em atividades do comércio e como domésticas, ocupando postos de baixa qualificação e remuneração. Na maioria dos casos analisados, não se sabe se o vínculo empregatício era formal ou não, sendo poucos os prontuários que referiam “trabalha com carteira assinada”, o que permite estabilidade para a realização do pré-natal e garante a licença de saúde remunerada. Alguns registros apontavam queixas da gestante sobre dificuldades para a realização do pré-natal devido à má vontade do empregador com a ausência do emprego, mais uma vez reforçando a vulnerabilidade e desestimulando o efetivo comparecimento à consulta.

Além da renda da própria gestante, a renda da família interfere no acesso aos serviços e cuidados pré-natais. Uma gestante com renda familiar baixa poderá ter limitações no acesso a alimentos, transporte para realização de exames, vestuário adequado, assim como, acesso a medicamentos e outros bens necessários à saúde. Entretanto, essa informação não constava em 763 dos 784 prontuários pesquisados. E dos poucos prontuários que a apresentavam mostravam que 09 referiram renda familiar menor que um salário mínimo e que 02 não possuíam nenhuma renda e a família vivia da ajuda de terceiros.

Salienta-se que além da renda familiar, é importante definir quem é ou quem são as pessoas responsáveis ou colaboradoras no sustento da família. Esse é um dado que interfere no enfrentamento da violência doméstica (BRASIL, 2002; BRUYN, 2003; HEISE, 1998; FRANZOI, 2007; SCHRAIBER, 2005), assim como nos cuidados e na realização do pré-natal. É importante saber como essa nova gravidez está sendo planejada, do ponto de vista financeiro, pela família. Uma gestante sem fonte de renda, que depende financeiramente do companheiro, ou dos pais ou de outros familiares, pode sofrer violências por estar grávida e aumentar o custo financeiro da família, assim como uma gestante que é responsável sozinha pelo sustento familiar não consegue cumprir determinações de repouso para não prejudicar a receita da família e garantir a subsistência de outros filhos.

Dentre os prontuários pesquisados, em 668 não constava essa informação e em apenas 33 foram constados a gestante e o companheiro e/ou outros familiares. Do total, 14 prontuários apontavam a gestante como responsável pela renda familiar e 72 referiam como responsável apenas o companheiro e/ou outros familiares e 03

prontuários indicaram como forma de subsistência a ajuda de terceiros ou assistência social, não tendo ninguém com renda, na família.

No que se refere às informações específicas relativas à história gestacional e aos antecedentes obstétricos, são registrados os números de gestações prévias, número de cesáreas prévias, número de abortos. Em relação ao número de gestações, em 119 prontuários não havia esse registro. É um número menor quando comparado à ausência de informações socioeconômicas mas, ainda assim, elevado, uma vez que deveria fazer parte do registro de todos os prontuários. O número de gestações faz parte da avaliação da história obstétrica da gestante, com o objetivo de determinar número de filhos vivos para avaliar sobrecarga de trabalho em casa, assim como avaliar complicações em gestações anteriores e risco gestacional e do parto na gravidez atual, em caso de multiparidade, morbidades em gravidez anterior e em nulíparas (NEME, 2000). Além disso, um número maior de gestação foi relatado por Durand (2005) e Bruyn (2003) entre mulheres que reportaram violência por parceiro íntimo durante a gestação.

Entre os prontuários com registro, em 261 eram apontadas mulheres grávidas pela primeira vez, 158 com uma gravidez anterior, 100 duas vezes, 71 três vezes, 36 quatro vezes, 18 cinco vezes e 21 seis ou mais vezes. Índices menores de multiparidade indicam melhoria nos padrões demográficos e reprodutivos, no entanto, o que a princípio parece ser um dado positivo com 261 mulheres grávidas pela primeira vez, apresenta-se como um fator preocupante, pois muitas dessas estavam na adolescência, ou seja, tinham menos de 19 anos e estavam iniciando a vida reprodutiva. Esse indício coloca sob suspeita a melhora do acesso ou informações sobre métodos contraceptivos, já que é grande número de gravidez não planejada encontrada nos registros. Sugere também que as motivações para a maternidade são resultado de uma complexa interação de fatores individuais e coletivos.

O número de cesáreas prévias também faz parte da avaliação obstétrica para determinar o risco da gravidez atual, avaliando riscos como iteratividade (diagnóstico em que a mulher tem duas ou mais cesáreas prévias), cesárea há menos de dois anos ou complicações em partos anteriores. Como 261 mulheres estavam grávidas pela primeira vez, em 2006, 523 mulheres poderiam ter tido cesáreas prévias. Dentre essas observa-se que 77 não tinham registros desse dado, 83 mulheres tiveram um

parto cesáreo, 17 dois partos cesáreos, 03 tiveram três cesáreas prévias e 06, quatro cesáreas. Dentre as mulheres com três cesáreas ou mais, na maioria dos prontuários não haviam informações sobre complicações em gestações anteriores.

Em relação ao número de abortos constata-se que 85 prontuários não tinham registros quanto à essa ocorrência. Entre os 699 prontuários com esse dado disponível, observa-se que 150 gestantes referiram abortamentos, em torno de 21% delas. Esse índice aproxima-se daquele encontrado para mulheres que relataram violência no estudo realizado por Schraiber e D'Oliveira (2002), no qual foi encontrada uma frequência de 28% para mulheres que relataram violência, em São Paulo, e 9% para aquelas que não relataram.

Kronbauer e Meneghel (2005) em estudo desenvolvido na Unidade de Saúde Campo da Tuca, no bairro Partenon de Porto Alegre, situada próxima a Região do estudo, observaram prevalência de 17% de violência durante a gestação bem como maior número de abortamentos, risco de aborto duas vezes maior, número de filhos mais elevado, além de um risco quatro vezes maior do recém-nascido ter sido de parto prematuro, entre as mulheres que reportaram situação de violência doméstica.

Cabe ressaltar que não havia, na imensa maioria dos prontuários, referência à causa dos abortamentos. Não havia registros dos que foram provocados e dos que eram espontâneos. Entretanto, entre os registros sobre o planejamento e a aceitação da gravidez, contata-se que a maioria das gestações não foram planejadas e que algumas mulheres relataram tentativas de interromper a gestação atual.

Os registros referentes à gestação atual englobam a assistência pré-natal, com dados acerca da idade gestacional no início do pré-natal e número de consultas realizadas, além dos hábitos da gestante na gravidez, relacionados ao consumo de cigarros, drogas ilícitas e álcool.

Em relação à idade gestacional no início do pré-natal, em 28 prontuários não constavam informações. Ressalta-se que mesmo nos prontuários em que não estava explicitamente informada a idade gestacional, na primeira consulta, esse número foi calculado quando havia informação da data da última menstruação ou ultrassonografia que possibilitasse o cálculo da idade gestacional.

Constata-se que a maior parte das gestantes iniciou pré-natal no primeiro

trimestre e, se considerarmos a idade gestacional de 16 semanas, recomendado pela portaria 569-GM-2000, 523 gestantes desse estudo iniciaram o pré-natal no período adequado. Outras 202 gestantes iniciaram o pré-natal no segundo trimestre e 31, no terceiro trimestre.

Em relação ao número de consultas, observa-se que 391 gestantes realizaram 06 ou mais consultas de pré-natal, 231 realizaram entre 04 e 06, na Unidade estudada. Esse número refere-se às consultas realizadas nos serviços de atenção básica pesquisados e não ao número total de consultas do pré-natal. Não estão incluídas as consultas realizadas em Serviços de Alto Risco ou outras Unidades Básicas assim como em Convênios. Observa-se que, de maneira geral, as mulheres comparecem ao pré-natal na idade gestacional recomendada e comparecem às consultas conforme o agendamento.

Quanto ao consumo de álcool, drogas ilícitas e tabagismo constata-se que os registros não são completos. Entre os prontuários pesquisados, 698 não tinham registros sobre o consumo de drogas ilícitas e 86 apresentavam essa informação, sendo que seis gestantes relataram o consumo: quatro referiram uso de maconha, três de crack e duas relataram uso de cocaína.

O uso de drogas está relacionado a importantes conseqüências materno-perinatais, tais como abortamento, parto prematuro, crescimento-intra-uterino retardado e até óbito fetal. Além disso, são mais freqüentes as infecções genitais, relacionadas a *hábito sexual liberado* e subnutrição da gestante. Maior índice de abuso de drogas também é associado à violência doméstica (NEME, 2000; BRUYN, 2003).

Referente ao consumo de álcool, 719 prontuários não apresentavam registro. Sabe-se que esse consumo pode acarretar anomalias fetais, tais como a síndrome alcoólica fetal, com anormalidades neurológicas, deficiência mental, dismorfias faciais (microcefalia, fissuras palpebrais, microftalmia, etc) conforme descrito por Neme (2000) e ainda estar associado a condições socioeconômicas e psicológicas negativas (BRUYN, 2003). Entre os prontuários com esse registro, 52 referem gestantes que negaram o uso de álcool, 12 referiram que usavam nos finais de semana, bebiam socialmente ou ocasionalmente e, uma gestante foi diagnosticada como alcoolista. Autores, como César (2005), salientam que a violência doméstica

pode também estar associada a um consumo maior de álcool pelas mulheres.

Entre o uso de substâncias tóxicas, o consumo de cigarros foi o mais registrado; ainda assim, 464 prontuários não apresentavam essa informação. Sabe-se que o consumo de mais de 15 cigarros/ dia está associado à maior incidência de abortos, partos prematuros e redução ponderal do feto (NEME, 2000).

Nos registros observa-se que 188 mulheres negaram o uso de cigarros, 24 referiram que pararam de fumar, algumas em função de estarem grávidas e 108 referiram ser fumantes. Destas, 36 fumam até 10 cigarros por dia, 32 mais de 10 cigarros por dia e, para outras 40 fumantes não havia informações sobre a quantidade de cigarros consumidos por dia.

Constata-se que os registros, de forma geral, não estão sendo realizados de acordo com o preconizado pelas instruções normativas dos programas de pré-natal na Região do estudo. Pela experiência de atuação em atendimento pré-natal, supõe-se que algumas das informações que não estão registradas nos prontuários constem no cartão da gestante, visando à comunicação entre os serviços de referência e contra-referência. Porém como este documento permanece com a gestante, o serviço fica sem registro adequado do pré-natal e em caso de perda, furto ou roubo do cartão, torna-se praticamente impossível recuperar as informações para fornecer uma segunda via.

Além das conseqüências já analisadas e discutidas anteriormente, outra conseqüência dos registros não serem realizados de forma correta, é a dificuldade de avaliar o atendimento. Fica a dúvida se a proposta de acolhimento visando à integralidade e à resolutividade da assistência está sendo efetivamente implementada.

Se for considerado apenas o que está registrado, pode-se pensar que as gestantes estão comparecendo às consultas de pré-natal; entretanto, o atendimento está focado nos aspectos biológicos e nas informações obrigatórias para o cadastramento e acompanhamento do pré-natal pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. No entanto, sustenta-se que esses elementos não dão conta das situações e dos dramas humanos, nessa fase da vida reprodutiva das mulheres. Tentando avançar nessa perspectiva parte-se para a análise da especificidade da

violência nos registros profissionais.

## 5.2 A Violência Registrada nos Prontuários.

Foram encontrados, nos 784 prontuários pesquisados, 20 registros de relatos ou atendimentos a situações de violência contra a mulher. Desses, 10 situações registraram-se durante o atendimento pré-natal, em 2006, 7 foram registradas antes do início de pré-natal, em 2006 e 3 situações, no puerpério.

### 5.2.1 Situações de violência prévia

Identificaram-se, em sete prontuários, registros com situações de violência anteriores ao pré-natal, mas que de certa forma tiveram relação com esse atendimento. Os registros não serão apresentados, na íntegra, neste estudo, por razões éticas e preservação dos profissionais participantes e das mulheres atendidas. Faremos referência às situações de um a sete e ao contexto referido na conduta profissional.

Na primeira situação registrada, a paciente já havia sido atendida no serviço por três tentativas de suicídio, antes do início do pré-natal. Foi registrado na ocasião *“abuso sexual na infância”* e no período da consulta, em março de 2006, estava *“passando por uma crise conjugal e apresentando sintomas psiquiátricos graves”*. Nessa situação o sofrimento psíquico, descrito como o *“medo de tudo, medo de sair sozinha ou ir ao centro e a tentativa de suicídio”* são descritos na literatura (BRUYN, 2003, HEISE, 1998; SCHRAIBER E D’OLIVEIRA, 2003) como possíveis conseqüências da violência doméstica, que é relatada, nessa situação, na forma da violência sexual na infância e repercute sobre a vida atual da gestante.

Considera-se dois aspectos principais nessa situação. O primeiro é que a mulher referiu crise conjugal, dois meses antes de iniciar o pré-natal; entretanto, não consta nenhum registro em relação ao contexto da gestação para essa mulher ou para a família. Observa-se que, mesmo com registros de relatos da mulher de que *“o marido é muito ciumento”* e a *“culpa de ter outro homem”*, fato já apontado na

literatura e relacionado a mulheres em situação de violência doméstica (FRANZOI, 2007), não existe referência a condutas relativas a esse fato. E o segundo aspecto é o relato de suspensão do uso da medicação psiquiátrica em função da gravidez, o que poderia colocar em risco a vida dessa mulher, já com três tentativas de suicídio.

Na primeira consulta, a gestante em questão foi referenciada para acompanhamento no pré-natal de alto risco e não há registros de consultas na Unidade Básica, nesse período. Após o pré-natal, retornou à Unidade de Saúde para acompanhamento de puericultura e para obter as receitas das medicações para tratamento psiquiátrico. Constata-se a falta de registros de referência e contra-referência, entre os serviços. Não é possível saber, pelos registros, se a paciente passou por avaliação psiquiátrica para a continuidade ou ajuste de doses da medicação, ou se realizou acompanhamento no serviço de saúde mental, durante o pré-natal de alto risco. Não há inclusive registros sobre as condições de saúde mental da mulher, após o parto.

Nessa situação, a gestação teve forte interferência sobre a continuidade do tratamento psiquiátrico. Inicialmente, foram suspensas as medicações em razão da gravidez. Na seqüência, a paciente foi referenciada a um outro serviço em função da gravidez. Ao retornar à Unidade, continuou fazendo uso dos medicamentos utilizados antes da gestação, mas não consta se ela foi reavaliada por psiquiatra e qual o acompanhamento dado pelo serviço de alto risco. Criou-se uma lacuna e, quando a gestante retornou ao serviço, apenas consta o registro do fornecimento da receita da medicação. Nesse sentido não foi registrado nenhum outro seguimento dado pela Unidade de Saúde, tal como consultas em saúde mental, visita domiciliar ou consultas que tenham retomado o problema da violência doméstica.

Outro dado que não está registrado, mas merece destaque, diz respeito à sexualidade da mulher. Berger (2003, p.125) cita que três mulheres que mantiveram relações sexuais forçadas, sob ameaça de morte e com homens desconhecidos, apresentaram queixas de dificuldades na vida sexual, uma delas referiu que ainda persistem alguns flashes, que a fazem lembrar a situação traumática:

*[quando ela nega o sexo ele diz] Você é minha mulher, está aqui prá que? Ele pega, me deita na cama, à força(...) Eu deixo, não tem como! [Se ela resiste, ele fala] AH! É né? Sua puta, piranha, safada! Você não quer transar comigo porque tu “fode” com os outros...Elaine (BERGER 2003, p.103)*

Os depoimentos citados no estudo em questão evidenciam a pressão psicológica que justifica o ceder à relação sexual não desejada. Não se pode afirmar que essas situações são vivenciadas pela paciente da situação analisada, mas alguns aspectos são semelhantes ao registrado, como a violência sexual na infância, que a paciente referiu não conseguir esquecer e a queixa de que o marido era muito ciumento, culpando-a sempre e acusando-a de ter outro homem.

Salienta-se que não é objetivo desta pesquisa julgar o atendimento realizado nas Unidades de Saúde, mas discutir os atendimentos, suas limitações e potencialidades, a partir do que está registrado nos prontuários. Nesse sentido, pode-se questionar na situação relatada: por que a gestante não recebeu atendimento na Unidade Básica, concomitante com o do pré-natal de alto-risco? Será que o vínculo com a Unidade não seria positivo, uma vez que ela relatou para os profissionais desse serviço a situação de violência sexual na infância e os problemas familiares atuais? O fato de apresentar história de três tentativas de suicídio não deveria ser mais valorizado nas condutas?

Na segunda situação de violência registrada, a mulher procurou o serviço em 2005 com *sintomas de* “síndrome do pânico”: medo de morrer, taquicardia, sudorese, ansiedade generalizada, havia cerca de seis meses. Em consulta médica realizada no período, foi identificada a violência doméstica, por meio do relato da mulher. A violência foi registrada como “*brigas com o marido e agressão física*”. Na mesma consulta, a paciente relatou que “*há mais ou menos dois meses tinha vontade de matar o marido*”, mas sabia que não podia, pois pensava na filha de três anos.

Constata-se que essas “brigas” parecem ter sido consideradas menos graves nos registros que a violência física, registrada como “*até já sofreu violência física uma vez*”. Não se pode afirmar se esse destaque foi relatado pela mulher ou atribuído pelo profissional que registrou. De qualquer forma é importante ressaltar as diferentes concepções das manifestações de violência. Parece existir um grau de menor ou maior violência, tornando a “aceitável” ou “tolerável”. Merece atenção também a conduta registrada, que foi direcionada para os sintomas psicológicos sendo que a abordagem da violência não foi registrada na própria consulta, nem nas demais, realizadas no serviço.

Em março de 2006, foi registrado que a paciente procurou o serviço “*nervosa,*

*treme muito e não consegue se acalmar, nega alucinações auditivas e vê vultos às vezes*”. A conduta profissional novamente foi centrada nos sintomas psicológicos e prescrita medicação psiquiátrica, sendo encaminhada para avaliação na saúde mental e agendado retorno ao serviço.

Em maio, dois meses após, a mulher retornou ao serviço, referindo que parou de tomar a medicação por suspeita de gravidez. Na ocasião, foi confirmada a gravidez e iniciado o pré-natal; entretanto, não há registros, nessas consultas, da situação familiar da paciente, nem referência à violência identificada anteriormente, embora a gestante tenha feito sete consultas de pré-natal, na Unidade Básica.

Franzoi (2007) refere que quando as mulheres procuram ajuda nos serviços de saúde e expõem a violência doméstica, relatam várias situações-problema que os profissionais de saúde não conseguem abordar, a despeito da expectativa de ambos. Os profissionais evidenciam a expectativa da mulher, mas não conseguem aliviá-la por se sentirem numa situação de difícil controle para a qual não estão preparados e sustentados institucionalmente.

Nesse sentido, a violência doméstica, mesmo quando identificada e registrada não é entendida como um problema de saúde que deva ser valorizado e acompanhado na Unidade Básica de Saúde o que impossibilita estratégias de enfrentamento.

A dificuldade de abordar a problemática da violência doméstica também pode ser observada na terceira situação. Embora exista um registro na capa do prontuário, com data de 2004, referindo: “*violência doméstica, marido usa drogas e marido com desvio de conduta*”, não há referência à abordagem dessa situação, na época e nas quatro consultas de pré-natal, realizadas no serviço, no ano de 2006.

Cabe ressaltar, nesse caso, que, somente após o pré-natal, quando a mulher procurou o serviço com queixas de sangramento pelo uso de anticoncepcional injetável e solicitou acompanhamento psicológico foi registrado “*Choro fácil, desânimo, trauma na gestação e marido preso*”. Registrou-se “*marido preso pela terceira vez, vai uma vez por mês ao presídio visitá-lo; não está trabalhando, fica em casa cuidando dos filhos; mora com a mãe e com o irmão. Na casa, somente a mãe trabalha*”.

Essa situação também evidencia as conseqüências da violência sobre os filhos. Os registros atestam que dois filhos da paciente apresentavam sintomas de depressão. Nesse sentido, problemas como dificuldade de aprendizagem, baixa de rendimento escolar, distúrbios emocionais e/ou doença mental foram mais identificados, por Berger (2003), entre os filhos de mulheres em situação de violência.

Mais uma vez observa-se que o atendimento e a conduta que aparecem, estão voltados para as conseqüências psicológicas para a saúde da mulher e dos filhos, com registros de manejo verbal, apoio emocional e encaminhamento para avaliação médica, na consulta realizada pela enfermeira. No registro da consulta médica, constata-se a prescrição de medicamentos e a observação dos filhos, bem como retorno para acompanhamento no serviço.

Ainda, com referência a essa situação, chama atenção o registro de infecção sexualmente transmissível, dispauremia (dor durante relação sexual) e sangramento pós-coito, já amplamente apontados na literatura como relacionados à violência sexual (BERGER, 2003; BRUYN, 2003; SCHRAIBER *et al.*, 2003).

Além disso, a vulnerabilidade familiar e comunitária está presente nesse e em muitos registros. Na história dessa gestante, refere-se que: casou aos dezesseis anos e aos dezessete teve o primeiro filho, na época do registro tinha três filhos que dependiam dela, o marido estava preso pela terceira vez e tinha uma pena de 23 anos para cumprir; ela ficava em casa, cuidando dos filhos, morava com a mãe e dependia financeiramente desta. Individualmente apresentava diagnóstico de depressão, os filhos tinham sintomas de depressão; entretanto, no retorno para consulta de avaliação do tratamento, ainda não tinha iniciado o uso da medicação por “*não ter dinheiro para comprar o remédio.*”

Nesse sentido, a gravidez, na adolescência, considerada pela literatura como “*uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes*”, como pode ser constatado na situação três, é um *elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho* (BRASIL, 2006b, p.17). Essa condição é, muitas vezes, reforçada pelo padrão, socialmente aceito, de responsabilização da mulher pela gravidez e pelos cuidados com os filhos e

associado à baixa qualidade da educação e às “*poucas oportunidades de trabalho e emprego*” (BRASIL, 2006b, p.21).

Pesquisa com jovens na Região do estudo, refere que as situações de violência doméstica e sexual foram os mais freqüentes agravos por causas externas, entre as jovens do sexo feminino (COCCO, 2007, p.145). Nesse sentido, aponta-se a necessidade de os profissionais de Atenção Básica atentarem para questões que estão além da racionalidade biomédica, pois a tônica da violência está nos problemas da vida social e, não, nas enfermidades. Entre essas questões, as culturas de gênero foram apontadas como limitantes dos movimentos e do acesso das adolescentes a outras experiências e ao trabalho, estando restrita a circulação delas no espaço público. Já a pressão social sobre os jovens do sexo masculino, para inserí-los no espaço público, principalmente com a atribuição de provedores, acaba contribuindo para a manutenção da dominação masculina, fato esse que, pode-se dizer, reflete-se nas formas de serem vítimas e/ou agressores da violência doméstica, uma vez que é socialmente legitimado um certo padrão de masculinidade e feminilidade na Região.

Além disso, as dificuldades de acesso ao emprego e à baixa qualidade do ensino, “*muitas vezes favorecem o abandono da escola, pois a constituição da família torna-se uma escolha mais atrativa*”, favorecendo a gestação, na adolescência, e agravando ainda mais a situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2006b, p.21).

Os fatos apresentados, mesmo que parcialmente, nos registros dos serviços, auxiliam a levantarem-se indícios associados à violência doméstica, que, no entanto, deixam de ser registrados e/ou investigados nos serviços.

As situações quatro e cinco são analisadas em conjunto, devido às semelhanças entre as condutas adotadas. Nessas, constatou-se que a violência não é entendida como um problema de saúde pública, que pode ser abordado nos serviços de atenção básica.

Na situação quatro, há registro de consulta em que a mulher referiu, anteriormente, três tentativas de estupro e anorgasmia. A anorgasmia é definida como “*a persistente ou recorrente dificuldade, demora ou ausência em atingir orgasmo, seguido de suficiente estimulação sexual e excitação e que causa angústia*

*peçoal*” (BENDLER, 2000). Entre os fatores causais estão traumas relacionados ao sexo, abuso sexual ou ter tido relações sexuais dolorosas. A autora acima, em estudo, em Porto Alegre, em clínica privada, com mulheres anorgásmicas, com antecedentes de violência sexual, refere que 71,12% das mulheres foi vítima de um único agressor.

Nas situações identificadas neste estudo, não há qualquer registro de quem foi o responsável pelas tentativas ou a época em que ocorreram; portanto a violência aparece descontextualizada. A conduta registrada, na época, foi encaminhar para *“atendimento em saúde mental para tratar a anorgasmia”*.

Em 2006, a mesma mulher da situação quatro realizou dez consultas de pré-natal no serviço e não há registro de retomada da questão, se foi investigada violência doméstica ou a situação familiar da gestante. Embora seja descrita na literatura, a relação entre a falta de prazer sexual da mulher e a violência, não há nenhum registro acerca da abordagem desse problema, nem em relação à violência e nem sobre a atividade sexual, nessa situação.

Cabe ressaltar que essa paciente tinha oito filhos vivos e história de um abortamento (não há registro da causa e nem do período) e estava grávida novamente, em 2006. Contextualizando as informações, uma história de anorgasmia associada a dez gestações é para, no mínimo, ser investigada. Entretanto, não consta registro acerca do estado civil da paciente, se tinha companheiro fixo, profissão ou renda, ou, ainda, dados sobre a atividade sexual.

Além disso alguém que relata ter sido vítima de três tentativas de estupro apresenta evidente vulnerabilidade a essa situação. Os registros não são afirmativos, mas pode-se suspeitar de violência doméstica, já que três tentativas de estupro por desconhecido, parece ser menos provável.

Na situação cinco, também há registro de *“história de estupro”* e a conduta foi semelhante à adotada para a situação quatro. Em nenhum dos dois casos, houve registro de abordagem e condutas relativas à violência.

Salienta-se entretanto, na situação cinco, registros que estão associados com a vulnerabilidade à violência, tais como: condição socioeconômica da gestante, ter sido *“criada por uma tia que a maltratava; aos treze anos foi morar com a mãe e*

*refere que esta não lhe dava atenção*". Também há registros de sintomas que podem ser conseqüências da violência como: *"irritabilidade, baixa auto-estima, insegurança, dificuldades no manejo da filha; gravidez na adolescência, aos 16 anos, e que o pai da filha não paga pensão"*. Foi orientada quanto *"a requerer judicialmente"*. A gestante dirigiu-se ao Serviço Social em busca de ajuda porque tinha dívidas que não conseguia pagar e que a situação agravou-se, pois o companheiro também ficou desempregado.

Essa situação retoma a discussão sobre repercussões da gravidez, na adolescência, discutidas na situação três. Mais uma vez constata-se a necessidade de atentar para informações que vão além das questões biológicas e isso, principalmente, no pré-natal, pois é um momento em que a mulher utiliza com maior freqüência os serviços, possibilitando abordagem do seu contexto de vida.

A situação seis registrada é de lesão por arma de fogo. Não está claro nesse registro que tenha ocorrido violência doméstica, apenas há indícios. A paciente procurou a Unidade porque levou três tiros, no dia anterior, e foi transcrito no prontuário, o boletim de atendimento do Hospital de Pronto Socorro, onde foram descritas as lesões.

Não há registro do contexto em que ocorreu a violência. Nesse atendimento a paciente foi encaminhada ao serviço de traumatologia e foi realizado o curativo das lesões, atendimento semelhante ao do Hospital de Pronto Socorro Municipal em que a abordagem do tratamento é focada nas lesões resultantes dessa violência, como salienta Leal (2003), ao afirmar a ausência de estratégias definidas naquele Hospital, que abordem a violência num âmbito mais amplo, para além do tratamento da lesão causada pelo trauma.

Na Unidade Básica de Saúde a abordagem foi realizada da mesma forma, e não há registros subseqüentes de retomada da questão, em nenhuma das outras consultas no serviço. Fica a dúvida em relação à violência doméstica, pois consta o registro de outubro de 2006 em que a paciente *"vem a consulta para dar informações mais precisas acerca do relacionamento da filha com o padrasto e pai biológico"*. Embora não se possa afirmar que há ligação entre os fatos, é válido suspeitar que "levar três tiros", muito provavelmente não seja um caso de bala perdida e nem de acidente. Assim, como não há relato do contexto em que ocorreram esses tiros, não

se pode descartar a violência doméstica.

A situação sete reflete as conseqüências da violência doméstica sobre a saúde mental da mulher, sobre o auto-cuidado e o pré-natal. Na capa do prontuário, existe o registro de “*depressão severa, tentativas de suicídio e violência doméstica*” sem data definida.

Em junho de 2004, há o registro em consulta de enfermagem de “*separação recente, história de violência por parte do marido, angústia, insônia, cefaléia, ansiedade, desânimo e taquicardia*”. A paciente foi encaminhada para consulta médica e nesta foi constatado que os sintomas surgiram “*após a separação*”. Na consulta médica também foram prescritos medicamentos e agendado retorno em consulta de saúde mental com enfermeira, e orientado para procurar clínica psiquiátrica. Na seqüência, a paciente não compareceu à consulta e só retornou com busca ativa. Posteriormente, foi atendida em consulta médica do dia, por auto-agressão. Nessa consulta foi registrado: “*casada durante oito anos, agressão física e verbal nos oito anos (chutes e tapas). Várias tentativas de suicídio. Tentou enforcarse, mutilar-se, morder, arranhões*”. Foi encaminhada para Psiquiatria e prescritos medicamentos. Além disso foi registrado “*conversar com ACS e bom suporte familiar*”. Constatou-se, novamente, ausência à consulta de saúde mental.

Salienta-se, novamente, o atendimento voltado para as conseqüências psicológicas do problema, embora, nesse caso, existam algumas abordagens para além da enfermidade registradas no serviço. Nesse sentido foram levantadas a rede familiar; registro de encaminhamento para avaliação psiquiátrica, encaminhamento ao pré-natal de alto-risco e retorno desse serviço de pré-natal comunicando sobre as faltas da gestante, busca ativa na Unidade Básica e discussão do caso em equipe. Identificou-se também as repercussões negativas da violência sobre a saúde da mulher, evidenciadas pela depressão severa, auto-agressão, tentativas de suicídio e falta de adesão ao tratamento psiquiátrico, além de falta de adesão ao pré-natal de alto-risco e à puericultura.

Outros problemas identificados e registrados informam que a paciente “*iniciou a beber no último ano e tem dois filhos: 3 e 7 anos, já com problemas de ansiedade.*” Mais uma vez constatam-se as conseqüências da violência para a saúde, tanto da mulher como dos filhos.

A situação descrita evidencia a vulnerabilidade dessa mulher, que não tem residência fixa, passa um tempo com a mãe e um tempo com o marido, não consegue cuidar de sua saúde, é faltosa às consultas no serviço de referência em Psiquiatria, agendadas pelas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, a situação mostra a dificuldade de abordagem e manejo pelos profissionais e o desgaste da equipe no enfrentamento dessa problemática.

Segundo Schraiber *et al.* (2005) as demandas apresentadas pelas mulheres em situação de violência são muitas: atenção psicológica, direito civil, trabalho, moradia, creche, escola, enfim, necessidades derivadas do desrespeito aos direitos humanos, à cidadania e a conseqüente vulnerabilidade aos agravos biopsicossociais.

As demandas, na situação sete são complexas e necessitam de uma abordagem intersetorial, que, acredita-se, podem ter início em um acolhimento efetivo para serem implementadas ações na própria Unidade e encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde, encaminhamentos aos Serviços Social, Jurídico ou outros.

Os profissionais de saúde, em geral, afirmam que a equipe de saúde não está preparada para lidar com a violência de gênero e que há muito que aprender sobre o tema (FRANZOI, 2007). Estudos realizados no âmbito dos PSFs, inclusive o realizado por Kronbauer e Meneghel (2005), em Porto Alegre, demonstram o despreparo dos profissionais em relação a essa problemática da violência doméstica contra a mulher, que gera a impotência frente ao problema, o que, aliado à falta de tempo e de recursos e ao medo de ofender a mulher, interfere nos atendimentos e, em alguns casos, leva à resignação da equipe de saúde.

Na situação apresentada, cabe ressaltar o envolvimento da equipe que, mesmo com fatores limitantes e desgaste, não se mostrou inerte. Buscou, dentro de suas possibilidades, enfrentar o problema, manteve o vínculo da gestante com o serviço, mesmo esta tendo sido encaminhada ao serviço de alto-risco, realizou busca ativa nos momentos críticos, envolveu o agente comunitário no problema, agendou segunda chamada para as consultas, realizou encaminhamentos aos serviços de alto-risco mais de uma vez, orientou e envolveu familiares da mulher no tratamento.

Neste sentido, pensa-se que existem serviços diferenciados dentre os

pesquisados. Segundo Cecílio (2008), isso retrata o que chama de cartografia de gestão do cuidado, que atesta diferentes espaços onde ele se desenvolve. Dessa forma, entende-se que, em um mesmo contexto, no caso a Região compreendida pela Gerência de Saúde, serviços e profissionais destacam-se em seu espaço de autonomia e desenvolvem estratégias de cuidado distintas. Não é objetivo deste trabalho analisar a gestão do cuidado nas Unidades Básicas; entretanto, essa diferença foi constatada e parece mais relacionada com a relação de parceria e cooperação entre os profissionais das equipes, do que propriamente com a capacidade técnica ou fatores éticos envolvidos na assistência.

Relaciona-se essa diversidade de atendimento às relações entre as equipes, uma vez que os próprios profissionais das Unidades referiram a importância do trabalho conjunto e cooperativo para o enfrentamento da violência e demonstraram insatisfação com a forma de trabalho em que cada um permanece “na sua sala”. Essa questão voltará a ser discutida no capítulo referente às entrevistas.

Nos serviços que se diferenciam por um cuidado mais efetivo, a comunicação entre os profissionais parece mais articulada e o prontuário é utilizado como forma de comunicação e registro das decisões da equipe sobre a situação.

Nas situações analisadas de violência, identificadas antes do pré-natal, fica claro a complexidade destas e a dificuldade da equipe de saúde em lidar com a violência doméstica como um problema além do técnico de saúde pública. Em síntese, as situações de violência, quando identificadas, têm a abordagem focada em suas conseqüências, sejam as lesões causadas pela violência física ou os sintomas psicológicos decorrentes.

Nessa perspectiva, o pré-natal, não é considerado como um espaço para se retomar essa problemática. Mesmo as mulheres, comparecendo várias vezes nos serviços, para as consultas, na maioria dos casos não houve menção à violência previamente identificada. O atendimento, durante as consultas, é focado nos aspectos biológicos e as informações socioculturais e econômicas da mulher não são registradas com a devida importância. Assim, a vulnerabilidade social, a dependência econômica, ou outros fatores que fazem parte da vida da paciente, não são considerados como parte da assistência pré-natal e deixam de ser registrados. Dessa forma, muitas situações de violência podem estar deixando de ser identificadas e o

espaço do pré-natal não é aproveitado como um momento em que se poderia fortalecer o vínculo para identificar ou investigar situações e elaborar estratégias de enfrentamento, a partir da rede de serviços de saúde.

### 5.2.2 Situações de violência durante o pré-natal.

Nos 784 prontuários pesquisados, foram encontrados 20 registros de violência. Desses, 10 situações foram registradas durante os atendimentos pré-natal em 2006.

As situações de violência registradas durante o pré-natal estavam relacionadas à: falta de apoio ou violência na família da gestante em três registros; recusa do companheiro de assumir a paternidade ou abandono do companheiro em quatro situações e a violência física à gestante aparece em três situações sendo que uma delas refere-se a ferimento por arma branca, não estando esclarecida nem descartada a violência doméstica.

Em relação à falta de apoio ou violência da família da gestante, constatou-se que envolvem gestantes adolescentes e serão discutidas a seguir, nas situações um, dois e três.

A primeira situação apresentada diz respeito a uma gestante adolescente, com 19 anos. Há registro de diagnóstico de transtorno depressivo, evidenciados pelo sintomas “*se sente triste e muito chorosa*”. Também existe o registro de “*falta de apoio familiar, ausência do companheiro, pressão no trabalho.*” Sendo que “*não consegue vir às consultas de pré-natal por queixa do patrão.*” A gestante é solteira e não constam dados sobre a profissão ou vínculo empregatício, assim como escolaridade ou renda familiar. Sabe-se que iniciou o pré-natal com 13 semanas e compareceu a sete consultas. Em relação à conduta há o seguinte registro na consulta de enfermagem: “*Oriento, tranqüilizo e solicito retorno para consulta médica*”. O registro da consulta médica tem a seguinte conduta: “*Solicito Eco morfológica e oriento buscar rede de apoio*”. Após, não há qualquer registro de seguimento da situação.

A *situação dois* trata de uma adolescente de 15 anos, em primeira gestação, estudante, relação estável e gestação não planejada. Há os registros: “*Mora com os sogros e pai do bebê é estudante; os avós maternos ignoram o recém-nascido.*” A

gestante iniciou pré-natal com 08 semanas e compareceu a 10 consultas; entretanto, não há qualquer outro registro sobre o contexto familiar da gestante.

*A situação três*, refere-se a uma adolescente com 13 anos, estudante, solteira com gravidez não planejada. Consultou por suspeita de gravidez e, nessa consulta, há o registro de *“ter apanhado do irmão mais velho (há duas semanas) e do pai (semana passada). A mãe chamou o Conselho Tutelar.”* Fez o beta-HCG, resultado positivo e, três semanas após retornou ao serviço que registrou abortamento espontâneo e negativa de ter sofrido qualquer tipo de agressão pelo pai ou irmão. Os registros não permitem traçar uma relação direta do abortamento com a agressão sofrida; entretanto, chama atenção a idade precoce da menina e a responsabilização desta pela gestação.

Nesse sentido, o Instituto Ecos, em pesquisa sobre gravidez de adolescentes de 10 a 14 anos, no Brasil, ressalta que o tratamento dado aos casos de abuso contra crianças e adolescentes, nas gravidezes de jovens menores de 14 anos é obscuro (CAVASIN *et al.*, 2004). Na situação referida, sugere-se nos registros *“contatar com assistente social do NASCA”* (Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente), entretanto, não há registro de comunicação direta ao Conselho Tutelar, além daquela feita no momento da agressão, quando a mãe acionou o Conselho. Não há qualquer registro no prontuário sobre o seguimento da situação pelo NASCA ou pelo Conselho Tutelar. Sabe-se que pelo Art. 245 do ECA é estabelecida pena de 3 a 20 salários mínimos para o *“médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, que deixar de comunicar à autoridade competente os casos que tenha conhecimento, envolvendo suspeita de maus tratos contra crianças e adolescentes”* (BRASIL, 1990).

Não se pretende, neste estudo, entrar no debate *“direitos reprodutivos X violência sexual na adolescência”*. Entretanto, cabe ressaltar, que na pesquisa desenvolvida pelo Instituto ECOS (CAVASIN *et al.*, 2004), sobre gravidez na adolescência entre 10 e 14 anos, na qual Porto Alegre foi um dos municípios estudados, há ausência total de dados sobre o parceiro, o que também corresponde à situação citada. Não há qualquer registro acerca do *“companheiro”* ou *“namorado”*.

Sem informações, não se pode afirmar qual foi a conduta adotada e o registro

estava incompleto. Foi realmente contatada a assistente social? Qual o encaminhamento? Não há qualquer referência ao seguimento da situação no prontuário. Será que foi questionado sobre o companheiro e não foi registrado? São questões que ficam em aberto e que talvez pudessem indicar maior resolutividade e acolhida ao problema da adolescente.

Ainda na situação três, é fornecido o método contraceptivo e orientado o uso de preservativos, sendo agendada consulta ginecológica, o que merece destaque, já que segundo Cavasasin *et al.*, (2004, p.60) ainda “*há muitos pruridos, quando se trata de prescrever métodos contraceptivos para as jovens*”.

Ao analisarem-se essas três situações, diferentes aspectos necessitam ser discutidos. O primeiro deles são os fatores que podem estar associados ao favorecimento da gravidez na adolescência. Além das mudanças do comportamento sexual e social das jovens, atribuídos à antecipação da menarca, condições socioeconômicas resultantes do processo de urbanização, menor controle da família sobre os jovens, intensa exploração sexual pela mídia, fatores relacionados ao nível de renda e escolaridade também são citados como explicativos dessa gravidez.

No contexto do estudo, salientam-se como fatores de vulnerabilidade a falta de infra-estrutura familiar adequada, a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e a escola, além do meio social de convivência, no qual é considerado *status* ter sua própria família (FONSECA, 2000). Além desses, o fato descrito por Brasil (2006b) e por Cavasasin *et al.* (2004), de que muitas meninas cuidam dos irmãos menores, e que uma oportunidade de constituir sua própria família pode parecer mais atraente no contexto em que vivem do que estudar ou ingressar no mercado de trabalho.

Outro aspecto que necessita ser referenciado é que a falta de apoio da família e falta de acesso à infra-estrutura básica de habitação e moradia aumenta a vulnerabilidade à violência de diferentes origens e formas de manifestação. Constatase, na situação dois, o registro de que os avós maternos ignoram o recém-nascido, o que evidencia a total falta de apoio que a adolescente teve da família e a vulnerabilidade da mesma, que, nesse relato, foi acolhida na casa dos pais do pai bebê e, que é estudante, supondo-se que não esteja no mercado de trabalho e que, portanto, não possua renda para o sustento da família. Com a falta de apoio familiar, pode-se pensar em diferentes desfechos, desde um abortamento provocado para

permanecer na casa dos pais (BRUYN, 2003), até maus-tratos na casa dos sogros, ou, ainda, a dependência socioeconômica de um companheiro violento, conforme foi descrito em várias falas dos participantes deste pesquisa.

Esses elementos analisados remetem à vulnerabilidade das adolescentes na Região em diferentes planos, seja individual, familiar, comunitário ou institucional, e a gestação, nesse período, muitas vezes, é um agravante para a violência doméstica, praticada pelos próprios pais, irmãos e/ou companheiro.

Nesse sentido, a recusa em assumir a paternidade ou abandono, durante a gravidez, foi evidenciada nos prontuários, com o maior número de registros nas situações de violência identificadas durante o pré-natal, perfazendo quatro situações sendo que, novamente, ocorreram entre as gestantes adolescentes. As situações de quatro a nove a seguir, referem-se a esses registros.

As situações quatro e cinco referentes à recusa em assumir a paternidade foram descritas para gestantes adolescentes.

Na situação quatro a gestante tinha 15 anos e morava com os pais. Não há registros acerca da escolaridade, renda familiar, ocupação da mesma. Consta como registro no prontuário: *“O pai não quer assumir a criança e a mãe da paciente quer entrar na justiça para comprovar a paternidade.”* Não há registro de encaminhamentos e seguimento do caso, nem de conduta a partir da Unidade de Saúde.

Na situação cinco, foi a própria gestante quem *“solicitou informações sobre o processo de investigação de paternidade, uma vez que o pai de seu filho não quer assumir a paternidade.”* Trata-se de uma adolescente de 19 anos, solteira, desempregada, não constam informações acerca da renda familiar, nem sobre rede familiar ou apoio de qualquer origem. A gestação não foi planejada, iniciou o pré-natal com 06 semanas e compareceu a 10 consultas na Unidade Básica de Saúde. Não há registro de seguimento do caso, nem conduta.

As situações seis e sete também referem-se a gestantes adolescentes e retratam o abandono pelo companheiro, durante a gravidez e logo após o parto.

Na situação seis, a gestante tinha 19 anos e apresentava déficit cognitivo,

segundo os registros. Compareceu à consulta acompanhada de uma comadre e não se evidenciam outras informações sobre a rede de apoio familiar. Consta no registro que “o *namorado terminou o relacionamento*”. Iniciou pré-natal com 22 semanas de gravidez e compareceu a 04 consultas. Não fazia uso de método anti-concepcional, nem de preservativos.

A situação sete refere-se a uma gestante de 18 anos, com emprego fixo, primeira gestação, estável. Residia com o companheiro e os dois tinham renda, sem referência a valores. Iniciou pré-natal com 09 semanas de gestação e compareceu a 12 consultas. Na consulta de puerpério, fechamento do pré-natal, foi registrado “*Abandono paterno (namorado abandonou dois dias pós-parto). Tem apoio da família.*” Na ocasião foi encaminhada para consulta de saúde mental, onde existe registro de que “*marido a deixou dois dias após o parto. Contou que tinha outra e foi embora. Não vem ver o filho*”. Além disso, registra-se o relato da gestante de que o *pai do bebê já tinha dois filhos de um primeiro relacionamento e que são os pais dele que cuidam*. Outra informação relevante é o relato da paciente de que “*idealizou uma pessoa e acreditou fielmente que ele era aquilo que imaginava*”. Foi citado o manejo verbal como conduta.

Analisar essas quatro situações, implica analisar a vulnerabilidade das adolescentes. Em um primeiro momento, constata-se que são gestações que não foram planejadas, o que corrobora pesquisa de Cavasasin *et al.* (2004), que evidencia que os estímulos oferecidos pela mídia, mudança nos costumes e valores, têm favorecido a precocidade da vida sexual; entretanto, o mesmo não tem acontecido com relação à orientação para uma vida sexual saudável e para a contracepção. Nesse contexto, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), evidenciam o aumento da gravidez entre as adolescentes, nas últimas décadas, enquanto a natalidade das mulheres adultas diminuiu, no Brasil.

Essa falta de planejamento, associa-se à precariedade de condições socioeconômicas, reforçada pela responsabilização apenas da adolescente pela gestação e pelo cuidado do bebê. Em situação dessa natureza, o parceiro muitas vezes duvida da paternidade ou recusa-se a assumir o filho, resultando no aumento da vulnerabilidade das adolescentes. Queixam-se de solidão e de falta de apoio da família, do companheiro e mesmo do empregador, quando inseridas no mercado de

trabalho.

Nessa perspectiva, além da assistência técnica competente, uma rede de apoio familiar que preste apoio emocional e material durante a gravidez, que auxilie nos cuidados com o recém-nascido, que permita a continuidade dos estudos e o acesso ou permanência no trabalho remunerado é fundamental para o enfrentamento da situação.

Entretanto, percebe-se pelas narrativas, presentes nos registros, que não é o que ocorre na prática. Evidencia-se, nos registros, a fragilização da adolescente, que é, muitas vezes, abandonada pelos pais, pelo companheiro e não tem apoio no trabalho.

Relaciona-se essa situação ao enfoque da violência de gênero. Nessa, o controle da sexualidade da mulher é expresso na dúvida da paternidade como pretexto para a não responsabilização pelo filho e também na responsabilização/culpa apenas da mulher pela gravidez, em função de exercer a sexualidade antes do casamento (BRUYN, 2003). Essas marcas são historicamente determinantes na forma como a mulher e, principalmente, a adolescente, irá ser reconhecida no meio social em que vive e interferir na rede de apoio com a qual poderá contar no enfrentamento da situação.

Constata-se que esses elementos estão presentes nas situações registradas e a violência doméstica, muitas vezes, é “justificada” por eles. Nesse contexto, os profissionais de saúde que atuam no pré-natal necessitam atentar para essas situações, ao registrarem histórias e condutas que vão além dos aspectos biológicos. Sobretudo, uma vez que a gestação não planejada é um fato na vida da adolescente, tentar diminuir os efeitos negativos por meio da abordagem intersetorial e do envolvimento da família.

A situação oito refere-se a uma gestante de 33 anos, com história de consumo de drogas ilícitas (crack, maconha e cocaína) e álcool. Realizou tratamento para dependência química após a perda da guarda dos filhos; entretanto, não está claro nos registros o desfecho do tratamento. Na primeira consulta de pré-natal, há o registro do relato da gestante de *“que há uma semana foi agredida pelo seu companheiro, recebeu chutes nas costas. Hoje está com muita dor.”* Nessa data há

registro de que a paciente “*usa DIU como método contraceptivo, mas acha que está grávida*”. Há registros de sintomas sugestivos de gestação. Na data foi encaminhada ao Pronto Atendimento para exames. Não há registros sobre o caso, nas demais 03 consultas de pré-natal, realizadas no serviço.

Essa situação evidencia, mais uma vez, a invisibilidade e a fragmentação da violência nos registros. Existe o registro do relato da agressão física, entretanto não há qualquer outro da situação familiar da gestante e tampouco retomada do problema nas demais consultas ou seguimento do caso. Pode-se questionar se nessa situação o consumo de drogas teve interferência na conduta profissional.

A literatura refere associação entre o uso de drogas e violência, na qual, muitas vezes, o consumo de álcool e drogas são considerados fatores potencializadores da violência. Nesse sentido, Franzoi (2007) refere que o uso de drogas pode ocorrer não apenas entre os agressores, mas também entre as vítimas e destaca-se que é possível uma maior vitimização das mulheres alcoolizadas ou drogadas, associada ao fato de sofrerem mais preconceito social. Esse preconceito pode estender-se à conduta dos profissionais que as assistem nos serviços estabelecendo-se uma relação muitas vezes negligente ou culpabilizante.

A situação nove refere-se a uma adolescente de 16 anos, estudante e solteira. A gravidez, segundo os registros, não foi planejada, mas a família estava contente. Compareceu a 09 consultas no serviço. A paciente foi atendida no Hospital de Pronto Socorro, por “*agressão por arma branca*”, duas semanas após consulta na Unidade de Saúde por atraso menstrual e suspeita de gravidez.

Nos registros constam a descrição do atendimento no Hospital, centrado na descrição da lesão e o tratamento prescrito. No atendimento na Unidade Básica foi registrado o “*encaminhamento para fisioterapeuta*”. Não há qualquer registro sobre o contexto da violência. No mês seguinte a paciente retornou para iniciar o pré-natal. Faltou a duas consultas consecutivas, sendo realizada busca ativa pela ACS para averiguar as faltas. Não fez os exames do 1º trimestre gestacional e após a busca ativa retornou para o pré-natal. Não há outros registros sobre a agressão.

Essa descontextualização da violência é descrita por Leal e Lopes (2005), como característica da assistência centrada apenas nas lesões que dela são

resultantes. Nesse sentido, a violência não é investigada como problema social, inserida no contexto de vida da mulher, e, conseqüentemente, resulta na sua invisibilidade nos registros dos serviços de saúde. Dessa forma, conforme apontado por Grossi e Aginsky (2001), a violência contra a mulher, desconectada da teia de relações da qual ela é parte e expressão, não permite a abordagem do problema em sua complexidade e impede o enfrentamento a partir da luta por uma mais ampla justiça social, na perspectiva da cidadania.

A situação dez refere-se a uma mulher com história de violência doméstica, no primeiro casamento, tendo fugido da cidade com a filha mais velha e os outros filhos menores, permaneceram com a avó paterna até que pudesse se estabilizar. Essa situação já perdura por mais de um ano. Há registro também de relato da paciente de que *“já sofreu violência doméstica do marido atual, mas que denunciou na Unidade de Saúde. Feito registro esse se assustou e não a agrediu mais”*. Há referência a *“conflito com o genro adolescente que agrediu a filha e não trabalha”*. Consta uma ficha de Registro de Ocorrência de Causas Externas, anexada ao prontuário com os seguintes dados: Situação/ambiente inseguro no domicílio, dano psicológico, violência doméstica/ gestante. Após, existe registro em consulta no terceiro mês de puerpério em que a paciente está *“muito preocupada com a filha de 15 anos que casou com um rapaz de 17 anos. Não quer que engravide.”*

Oliveira e Fonseca (2007, p.610) também constataram violência repetida com mulheres e com as filhas, a partir das falas de profissionais de saúde. Essa violência repetida é naturalizada e imutável, *“uma vez que muitas mães foram vítimas de violência sexual no passado e agora ficam “se vendo” quando a filha sofre violência do pai.”* Na situação acima, constata-se que a mulher separou-se do primeiro marido por causa da violência doméstica, vivenciou novamente a violência do outro companheiro e mesmo o tendo denunciado na Unidade de Saúde permanece em situação de vulnerabilidade e refere a preocupação com que a filha também não seja vítima da violência.

Nesse sentido, desde que seja auxiliada, a mulher pode romper com a violência naturalizada pelas mulheres, de forma geral, em que o *“pai pode praticar a violência sexual com todas as filhas da casa e isso é natural”* (OLIVEIRA e FONSECA, 2007, P.610), Essa idéia, de que o *“homem provedor”* pode desfrutar da

condição de chefe da família e que os demais vivem em opressão servil, também foi referida neste estudo.

É o que acontece nos estupros de vagabundas, mulher que se junta, com dois três filhos, pega outro vagabundo, põe dentro de casa com as filhas... daqui a pouco o vagabundo começa a estuprar as filhas... eles usam aquele termo, quantas vezes já aconteceu isso, eu sustento, eu crio, eu vou comer. Eu crio, alimento, tenho o direito de comer também. É mais ou menos esse o pano, chegou um troço tão... isso é uma coisa, muitas mulheres, entre aspas, quase pedem isso, se misturam com essa rafuagem (Med. 20).

A fala do profissional, ao mesmo tempo em que condena, justifica a situação ao culpabilizar “as vagabundas”, aquelas que “quase pedem” para serem estupradas e aquelas que se misturam com essa “rafuagem”. Essa argumentação é a clássica transformação da vítima em culpada. Pensa-se que esse ainda é o pensamento dominante em muitas condutas de profissionais de saúde.

Corroborar-se portanto a idéia da importância de compreender a passagem do natural para o cultural referido pelas autoras anteriores, pois se a violência for tratada como natural da comunidade e imutável, pode-se estar sendo conivente com a situação e cúmplice da violência contra a mulher.

### **5.2.3 Situações de violência no pós-natal.**

Essa categoria contempla 03 situações em que foram registradas informações também relacionadas à violência contra a mulher e que foram identificadas no período pós-natal. Nessas situações identificou-se que as mulheres tinham 22, 33 e 41 anos respectivamente; as três referiram relacionamento estável durante o pré-natal e a violência apresentou formas e repercussões distintas, conforme descrito a seguir.

Na primeira situação, a violência foi registrada durante consulta de planejamento familiar, seis meses após o nascimento da criança. Apresenta o seguinte registro: *“refere que não deseja mais ter filhos. Sofre violência doméstica. Ele a ameaçou e bateu nela (ele bebe e fuma maconha), é ex-presidiário. Ela pensa em ir embora para junto da mãe”*. Na ocasião foi realizado o *Registro de Causas Externas e encaminhamento para assistente social*. Esse encaminhamento ao serviço social, entretanto, estava relacionado à avaliação do método contraceptivo.

No mês seguinte a mulher retornou para a inserção de DIU e foi registrado: “*não está tendo relações sexuais*”. Na consulta de avaliação do método há o seguinte registro: “*vem revisar DIU. Vai morar com a mãe e separou-se há dois meses*”.

Nos registros do prontuário não constam orientações acerca da violência doméstica e os encaminhamentos só foram realizados em torno da avaliação do método contraceptivo. Aparece o suporte da rede familiar, o que é positivo; constata-se que a separação foi uma iniciativa da mulher e não houve orientação em relação à rede de apoio no enfrentamento da violência. Segundo os registros, os profissionais não prestaram qualquer esclarecimento acerca dos direitos da mulher ou informações sobre instituições de apoio, que atendem mulheres em situação de violência.

A situação dois também está relacionada com a iniciativa da mulher de se separar e, mais uma vez, não consta qualquer orientação profissional registrada. Cabe ressaltar que a mulher possuía renda própria, o que, muitas vezes é considerado um fator que favorece o enfrentamento da situação de violência. Na consulta de puerpério está registrado: “*está amamentando. Deseja fazer LT [Laqueadura Tubárea]. Está sem vida sexual ativa desde o nascimento do filho. Pediu separação porém o companheiro não sai de casa*”. Ainda constam resultados de sorologias de infecções sexualmente transmissíveis positivas, sífilis e clamídia. A conduta registrada nessa situação foi encaminhar “*para assistência social, para avaliar LT*”. Mesmo com o registro de que o marido se recusava a sair de casa, após o pedido de separação, não há qualquer orientação do profissional de saúde sobre serviços jurídicos de apoio. Já o encaminhamento para o Serviço Social é apenas para a avaliação da contracepção cirúrgica.

Na situação três constata-se a presença da violência doméstica e do alcoolismo com repercussões graves para a saúde da mulher e o óbito do recém-nascido. Há o registro de que a paciente era alcoolista havia 12 anos, tinha uma filha de outro casamento e compareceu a 10 consultas de pré-natal.

A gestante citada realizou acompanhamento pré-natal na Unidade Básica. “*Foi encaminhada ao alto risco por consumo de álcool, entretanto não compareceu às consultas no alto-risco*”. Retornou ao serviços de Atenção Básica dois dias após o falecimento do filho de 11 meses, por sepse. Nessa consulta está registrado:

*“paciente alcoolista, há dois dias em abstinência. Bebe há 12 anos, após o assassinato do primeiro marido, do qual tem uma filha. Marido atual, juntos há 3 anos, também bebe mas está em abstinência pela igreja. Violência doméstica. Vem pedir ajuda. Culpa-se pela morte do filho, pois bebia na gestação. Quer investir na filha de 12 anos. Chorando”.* Nessa consulta foram prescritas medicações psiquiátricas e a continuidade no atendimento, com agendamento de retorno para consultas subseqüentes. Um mês após, registrou-se que *“refere que não bebe desde a morte do bebê. Usando medicação de forma parcial. Está indo com o marido na Igreja. Não tem sentido violência (SIC). Atividade sexual está pouca.”* Em uso de medicamento contraceptivo oral. A conduta registrada, no momento, foi: *“insisto na medicação, solicitado exames laboratoriais e mantido anticoncepcional (ACO) por enquanto”.*

Essa situação, remete ao apontado na literatura sobre o alcoolismo feminino. Nesse sentido, César (2005) refere que esse engloba processos de lidar com experiências adversas e fugir do sofrimento, resistindo à violência e ao desamparo, numa tentativa de ficar mais alegre e sociável, ao mesmo tempo em que é um beber solitário, depressivo e autodestrutivo. E complementando esse cenário, Menezes *et al.*(2003) ressaltam que os lares ainda são os locais mais usados pelas mulheres para o consumo de álcool, ao contrário dos homens que têm um beber menos solitário e mais público.

Considerar e atentar para a violência doméstica, bem como elaborar estratégias de enfrentamento pode facilitar o diagnóstico, permitindo ações que determinem menor prejuízo sobre a gestação e o recém-nascido, uma vez que a mortalidade neonatal encontra-se aumentada entre as vítimas de violência e está ilustrado na situação acima. O estresse contínuo, conseqüente à permanência em situação de violência doméstica, pode afetar o desfecho perinatal por meio de alterações no comportamento dos indivíduos ou alterando respostas fisiológicas. Dessa forma Menezes *et al.*, (2003) referem que o comportamento individual pode ser comprometido em diferentes formas, como interferir sobre a capacidade do indivíduo de manter seu estado nutricional satisfatório, repouso e atendimento à saúde e, paralelamente podem ser assumidos comportamentos de risco que sabidamente interferem nos resultados perinatais. Essa situação é visível no alcoolismo apresentado na situação 3.

Além do álcool, as mulheres costumam fazer uso de drogas e medicamentos, o que foi referido por profissionais de saúde como prejudicial ao enfrentamento da violência, em pesquisa desenvolvida por Franzoi (2007), sobre concepções de profissionais de saúde sobre violência de gênero, na atenção básica. Nos discursos, os profissionais criticaram o uso de drogas prescritas, ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos, pois, no seu entender, esses medicamentos contribuem para que a mulher fique calma e não reaja, o que mantém a violência encoberta e o alívio momentâneo ocorre apenas como fuga do problema, mas não o resolve.

Entretanto, quando se analisa os registros deste estudo contata-se que as condutas profissionais registradas, na maioria das vezes em que não se restringiram ao tratamento da lesão física, centrou-se na prescrição desses medicamentos. Nesse sentido acredita-se que a violência, muitas vezes, não foi considerada como possível causa do sofrimento psíquico. Quando foi identificada, não foi tratada como um problema de saúde que demandasse ações dos profissionais da atenção básica.

Na seqüência deste estudo, buscou-se compreender, por meio de entrevistas, as concepções e percepções dos profissionais pré-natalistas da Região sobre a violência doméstica e sobre os fatores que interferem no atendimento, assim como analisar as condutas relatadas no enfrentamento dessa temática.

## **6 OLHARES PROFISSIONAIS SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PRÉ-NATAL.**

A partir da análise das entrevistas com os profissionais pré-natalistas foi possível identificar três grandes categorias temática analíticas, que são sintetizadas a partir de eixos temáticos, e discutidas a seguir. São elas:

- 1- Concepções e percepções acerca da violência doméstica contra a mulher;
- 2- Fatores que interferem nos atendimento às gestantes em situação de violência doméstica;
- 3- Planejamento da ação terapêutica: estratégias de ação.

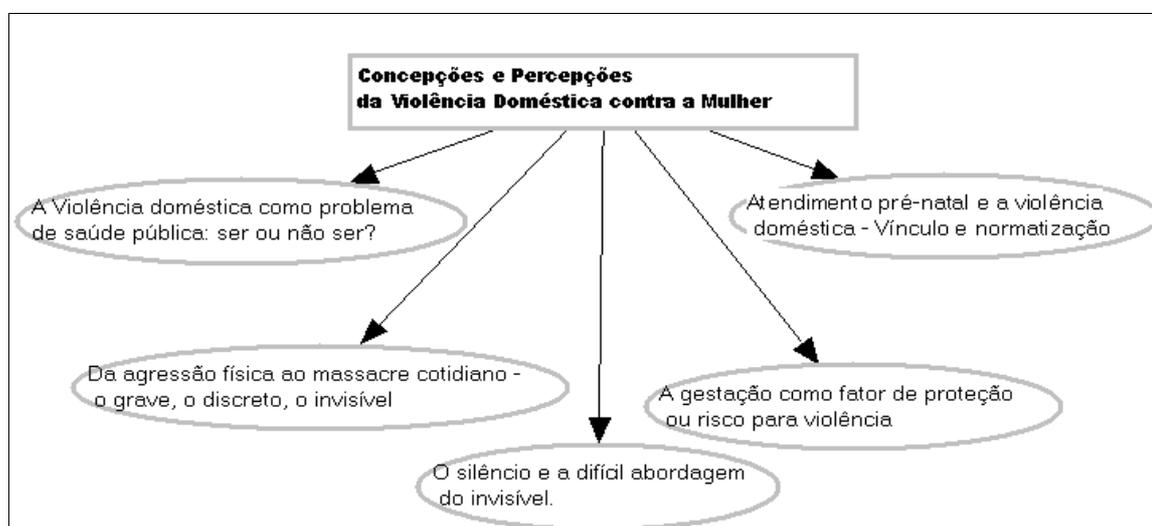
### **6.1 Concepções e Percepções da Violência Doméstica contra a Mulher: o grave, o discreto e o invisível.**

Essa primeira categoria engloba os eixos relacionados com as concepções e percepções dos profissionais sobre a violência doméstica contra a mulher. Nesse sentido, Ferreira (2004) refere que a concepção é entendida como o conceito, a idéia ou noção que os profissionais têm da violência doméstica contra a mulher, ou o modo de ver, ponto de vista, a opinião dos profissionais sobre essa temática. Já a percepção significa adquirir conhecimento por meio dos sentidos ou conhecer, distinguir, notar, ouvir, ver ao longe, enxergar, divisar, o que neste estudo, está direcionado à violência contra a mulher. Nessa perspectiva, adquirem sentidos complementares ao associarem a racionalidade científica e os significados atribuídos na cultura, reflexo também de sentimentos e emoções.

Na análise desta categoria surgiram cinco eixos temáticos a seguir

enumerados e ilustrados na figura abaixo.

- 1- A violência doméstica como problema de saúde pública: ser ou não ser?
- 2- Da agressão física ao massacre cotidiano - o grave, o discreto e o invisível.
- 3- O silêncio e a difícil abordagem do “invisível”.
- 4- A gestação como fator de proteção ou risco para violência.
- 5- Atendimento pré-natal e a violência doméstica- O vínculo e a normatização.



FONTE: Elaborado por BONFIM, 2008, a partir de categorização com uso do software Nvivo.

### **Ilustração 6: Síntese das Concepções e percepções da violência doméstica contra a mulher.**

#### **Eixo 1- A violência doméstica como problema de saúde pública: ser ou não ser?**

Buscou-se compreender como a problemática da violência doméstica é inserida na perspectiva do atendimento pré-natal. Iniciou-se por buscar entender as concepções individuais dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.

Para esse entendimento, organizou-se a apresentação de estratos das entrevistas, na forma de colunas, onde, à esquerda, são apresentadas as falas dos profissionais e, à direita, aparecem elementos de síntese para as análises, denominados pressupostos interpretativos.

Observa-se que a violência doméstica ainda não é percebida como um problema de saúde pública que deve ser investigado e tratado como tal. Evidencia-se essa difícil passagem da violência doméstica de “caso de polícia para problema de saúde pública” por meio da não identificação da violência como um problema de saúde, entre os profissionais entrevistados.

*Hepatite C tem aparecido bastante, DST... e violência não... eu não atendi nenhum (Enf. 08)*

*Infecção urinária... problema muito freqüente, muito prevalente, hipertensão, diabetes gestacional... infecção urinária... infecções do trato urinário, na verdade; hipertensão, diabete mellitus gestacional, algumas vezes, trabalho de parto pré-termo, acho que é nessa seqüência... onde entra a violência, no caso? Entra por aí em quinto... sexto lugar... com sub-registro (Méd. 12)*

A violência foi lembrada e citada por apenas dois profissionais, ainda assim, como um problema pouco freqüente ou que é subnotificado - invisibilidade e sub-registro.

As patologias citadas atestam a prioridade pelos componentes biológicos do pré-natal, mesmo de baixo risco.

Considerando que a violência é um problema que atinge todo o País, resultante principalmente das desigualdades sociais que assolam o Brasil, corrobora-se a afirmação de Leal e Lopes (2005) de que no Sistema de Saúde brasileiro não é mais possível conciliar o atendimento público em saúde com a alienação de muitos profissionais, quanto ao entendimento das relações conflituosas, originadas no cotidiano de violência e exclusão social de alguns segmentos da sociedade.

Ainda assim, nas respostas acima, a violência foi citada por apenas dois profissionais quando questionados sobre os problemas de saúde mais freqüentes apresentados pelas gestantes na Região do estudo. Dezesseis dos 24 entrevistados referiram apenas patologias. Oito profissionais relataram, como freqüentes, problemas socioeconômicos, além dos físicos, tais como gestação não planejada, gestação na adolescência, dificuldade de acesso a informações, medicações e alimentação inadequadas e uso de drogas, conforme se pode constatar nos trechos das entrevistas a seguir.

*Bom, primeiro problema no pré-natal é a falta de planejamento....eu acho que 80%*

No caso da falta de planejamento, constata-

*não foram planejadas, foram todas acidentais, não planejadas, não desejadas... algumas tiveram tentativa de interromper essa gestação, ou gostariam de ter interrompido, não gostariam de ter ficado grávidas. Então esse é o primeiro problema. **A paciente, ter que aceitar aquela gestação, que não foi uma coisa que ela queria que tivesse acontecido, então sempre é um problema isso. Depois disso, de convencê-la a aceitar, aí tu tem que persuadir pra que ela trate bem aquela gestação, que ela cuide da gestação, que ela cuide daquele filho que ela está gerando com o pré-natal... que ela faça os exames, que ela tome medidas preventivas que são orientadas, que ela venha às consultas, que ela não falte, que ela dê importância pro pré-natal. As pacientes que conseguem receber esse tipo de orientação, que conseguem entender o motivo, o porquê... essas pacientes são melhor conduzidas, elas fazem todo o pré-natal, e na hora do parto, eu acho que elas têm uma finalização de todo o processo bem melhor (Med 04).***

se que a **aceitação** da gravidez é definida como prioridade para que a gestante **cumpra** a agenda do pré-natal e **realize** os exames. É referido que a paciente **tem que aceitar. É preciso convencê-la a aceitar, tem que persuadir.**

Entre os “problemas sociais” freqüentes no pré-natal, foram citadas as gestações não planejadas e não desejadas. No caso da falta de planejamento, constata-se que a aceitação da gravidez é definida como prioridade para que a gestante cumpra a agenda do pré-natal e realize os exames. É referido que a paciente “tem que aceitar.” É preciso “convencê-la” a aceitar a gravidez e “persuadi-la” para que realize o pré-natal e tenha um bom vínculo com o recém-nascido. O contexto em que a gestação foi concebida não é considerado nas falas. Também não constam, a questão da aceitação familiar da gestação, os fatores integrantes do acolhimento e elementos outros para a compreensão do significado daquela gestação para a mulher.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher (BRASIL, 2005). Concorde-se com essa afirmação; no entanto, os elementos que permitiriam compreender esse

processo não estão nas prioridades técnicas do pré-natal, constatando-se que os aspectos relacionais da consulta não são valorizados pela maioria.

Assim, cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na Unidade de Saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. Preconiza-se ainda *“uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalecendo a gestante no seu caminho até o parto e ajudando a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranqüilo e saudável”* (BRASIL, 2005, p.13). Entretanto, parece que quando a gestação não é desejada pela mulher, esta tem seus sentimentos ignorados e é “induzida” a aceitar a gestação, independente do contexto em que foi concebida.

Como ilustração dessa situação pode-se citar que a legislação brasileira garante o direito à interrupção da gestação em caso de estupro, o que está previsto no Art. 128 do Código Penal Brasileiro; porém, o estupro marital não é considerado crime, no Brasil, embora existam discussões neste sentido. Berger (2003) refere que na maioria das relações conjugais em que ocorre violência, é especialmente na hora do sexo, que existe pouca ou nenhuma possibilidade de a mulher dizer não. Essa atitude romperia com o que está previsto no contrato conjugal, que regulamenta o sexo como um dever da mulher ou, ainda, por temerem possíveis conseqüências de sua recusa, as mulheres consentem na relação sexual. Nesse sentido, Schraiber (2005) complementa que a coerção sexual marital (ou o estupro conjugal) banalizou-se, encontrando-se naturalizada dentro do sexo, no casamento, contando com respaldo social do “sexo como dever conjugal”.

Pesquisas, particularmente a coordenada por Bruyn (2003), demonstram que mulheres em situação de violência doméstica têm mais gestações não planejadas ou não desejadas, associadas à baixa auto-estima, à perda do controle, à ansiedade, ao medo e, ao abuso de álcool ou drogas, que podem contribuir para um comportamento sexual arriscado (prejudicar a capacidade da mulher de usar métodos contraceptivos de maneira contínua) e dificultar a negociação da mulher com o companheiro sobre o uso de contraceptivos.

Além disso, a naturalização da violência induz a condutas de omissão por

parte dos profissionais. Dagord (2003) refere que, entre os encaminhamentos de mulheres em situação de violência para as casas de apoio, os realizados por serviços de saúde estão bem abaixo do número de encaminhamentos realizados por Delegacias ou Conselhos, embora seja referido, por Leal e Lopes (2005) que mulheres poliqueixosas e sua possível relação com a violência, que está inserida no CID-10, na definição das causas externas, conforme a OMS (2000).

Nesse sentido, se a violência doméstica não é entendida como um problema de saúde pública, como dever de denúncia pelos representantes do poder público, no caso os profissionais de saúde, permanece na invisibilidade. Pode-se “convencer” ou “persuadir” mulheres a aceitar uma gravidez gerada por uma violência sexual e culpá-las quando essa aceitação não acontece, ou o pré-natal não é seguido conforme o preconizado. A maioria dos profissionais deste estudo parecem cumprir o preconizado nas normas técnicas do pré-natal, sem entretanto adotar uma conduta a partir de uma análise crítica do contexto de cada gestante e cidadã, atendida nos serviços.

## **Eixo 2- Da agressão física ao massacre cotidiano: o grave, o discreto e o invisível.**

Constata-se que os profissionais, quando questionados diretamente sobre a ocorrência de violência doméstica, atestam a sua invisibilidade nos atendimentos nos serviços de saúde, já apontada em pesquisas anteriores (KRONBAUER E MENEGHEL, 2005; SCHRAIBER, 2002).

Argumenta-se que a construção social dos sexos, está na base das hierarquias de gênero, responsáveis, nesse caso, pela naturalização da violência, *visto que, muitas mulheres acreditam que os ditames do companheiro devem ser seguidos em respeito à posição de poder do homem na relação* (FRANZOI, 2007, p. 82). A ocorrência de agressões passa a se tornar rotina e vista como normal e a violência passa a ser banalizada e entendida como parte inexorável das relações de casal. Em geral as mulheres não expõem a agressão, quando chegam aos serviços de saúde, por acreditarem tratar-se de assunto privado, por medo, por vergonha ou por sentirem-se culpadas em não conseguir suprir as necessidades do companheiro. Os trechos abaixo ilustram essa situação.

***Eu não sei se de repente assim, o que eu considero uma violência, elas falavam que tinha muita briga, e conflito e momentos assim de humilhação, a ponto de sair, de ir pra casa da mãe, pra elas aquilo ali é considerado uma coisa normal. Então talvez por isso assim, ela... Vim quero te contar uma coisa, que está acontecendo comigo, uma preocupação de que seja uma violência ou não. Aquilo é um conflito, é uma briga de casal e que vai... Faz parte do normal (Med 16)***

***É que eles são um pouco violentos assim no jeito de falar, no jeito de se tratar assim. Aquilo é o dia-a-dia, Tem uma certa agressividade (Méd 18).***

***Teve outros casos que não chegaram à agressão física nenhuma, mas que estavam se desentendendo durante a gestação, não vou dizer que fosse uma coisa muito violenta, mas verbalmente se agrediam (Med 04).***

***É que depende também o que tu entende por violência. A gente está entendendo mais como violência uma coisa mais física, mas violência verbal, por exemplo, que às vezes, se tem. (Med 05).***

***A questão principal da violência doméstica aqui é a **violência psicológica**, não é. Então não é... Eu acho que até é mais violenta nas mulheres do que a questão da física. Mas mais é o **massacre cotidiano** daquela questão da auto-estima, que é a desvalorização dessas mulheres, por xingamentos, tipo agressões verbais então (Med 17)***

A violência doméstica agrega problemas como a dependência, o amor pelos filhos, a dificuldade de manutenção do casamento, fato que os profissionais associam a uma bola de neve (FRANZOI, 2007) ou a Caixa de Pandora (KRONBAUER E MENEGHEL, 2005), por ser uma situação de difícil controle.

Diante disso os profissionais adotam conduta de espectadores, como referido

Dúvidas sobre o que é ou não violência;

Divergências em relação ao que as mulheres entendem por violência e a concepção de violência da profissional.

Naturalização / banalização das agressões no espaço doméstico e na comunidade.

A violência física é entendida como a mais grave. Outras formas, como a verbal, serão ou não?

Em outra fala a violência psicológica é entendida como mais grave que a violência física

nos trechos anteriores e a seguir, ou limitam-se a ver e registrar a violência que apresenta lesões corporais visíveis. Acredita-se que os serviços públicos de saúde são parte do sistema de responsabilização e combate a violência; entende-se, no entanto, como um problema que requer abordagem intersetorial. Dessa forma, corrobora-se a afirmação de Leal e Lopes (2005), no sentido de que cabe o envolvimento institucional com a capacitação dos profissionais de saúde para esse enfrentamento, respaldados na compreensão das relações sociais, adquirida por meio da construção de uma consciência política voltada para o coletivo. Enfatiza-se que, principalmente, os serviços públicos de saúde necessitam se auto-avaliar e propiciar a criação de espaços de discussão e enfrentamento do problema da violência.

[referindo-se à violência doméstica].. *dizem que o maior cego é aquele que não que ver... e eu sou como o cego... que fecha os olhos pra essas coisas (Enf 15).*

Posição de espectadores ou passividade frente à violência?

*Claro que tu pode observar clinicamente a paciente se ela sofreu algum trauma, se ela sofreu alguma violência com agressão, se ela foi batida, se ela ta machucada, isso aí a gente observaria... uma coisa bem mais grave, mas isso eu vejo muito pouco. Mas uma coisa que de repente foi "mais discreta" e ela vem a referir, aí é uma coisa que tu vai ter que esperar que ela venha te dizer (Méd 04).*

A "violência discreta".

Medo e descompromisso com o enfrentamento - só se percebe e registra o visível.

Quando são relatadas situações de violência constata-se a dificuldade de reconhecê-las como tal. A banalização e a naturalização da violência contra a mulher na comunidade são complicadores para diferenciá-la do conflito. Esse último é entendido como uma "forma de interação" pela qual se resolvem tensões entre partes. A compreensão da violência em sua complexidade como definem Moraes (1983) e Suarez e Bandeira(2002) não corresponde às leituras e olhares dos profissionais. Essa leitura necessita contemplar, segundo os autores, a ação que envolve o uso da força real ou simbólica por alguém, com a finalidade de submeter o corpo e a liberdade de um outro; a violência aparece como tentativa de estender a própria vontade sobre a alteridade ou como a incapacidade de vivenciar internamente essa alteridade.

Assim, discreta ou invisível, a violência doméstica contra a mulher, na relação de casais, assume caráter endêmico, perante o hábito de se resolver o conflito pela violência, que tem muitas caras e diversos graus de severidade, e necessariamente, precisa ser legitimada por métodos diagnósticos outros, que não aqueles focados em mensurações técnicas.

### **Eixo 3- O silêncio e a difícil abordagem do invisível.**

Sabe-se, e este estudo evidencia, que a violência doméstica é subnotificada nos serviços de saúde, sendo, muitas vezes invisibilizada e as mulheres consideradas e diagnosticadas como poliqueixosas. Esse diagnóstico resulta, muitas vezes, em aumentar os gastos com procedimentos e medicamentos e é pouco resolutivo nos atendimentos nos serviços de saúde, particularmente na atenção pública.

A violência é, portanto, invisibilizada nos serviços estudados e, segundo os participantes, dois aspectos contribuem para esse problema. O primeiro refere-se à dificuldade de as mulheres expressarem a violência doméstica para o profissional de saúde. O outro aspecto advém dos profissionais, que relataram dificuldades em enxergar e abordar o problema. As falas abaixo evidenciam essas questões.

*É porque geralmente assim ó, quando na parte da Saúde da Mulher e tanto no pré-natal, quando elas têm algum problema tipo agressão, tu vai criando um vínculo tão grande com elas, que elas até... quando acontece isso elas te falam. Então tu tem assim uma abertura maior, tanto elas contigo e tu com elas. Mas não percebi nada (Enf 02).*

Dificuldade das mulheres em falar sobre a violência.

Como abordar o invisível?

***Elas costumam negar muito isso aí, não abrem o jogo... a não ser que seja uma coisa... aparecem aí com lesões e tal... no ato,.. mas, normalmente não. Elas não se queixam assim, em consulta, que apanham do marido, nem nada. A gente sabe, mas elas muitas vezes negam... elas escondem (Méd. 24).***

As pacientes negam, escondem o problema e o profissional faz o quê?

A fala acima trata do relato da violência pelas mulheres. A enfermeira refere que as consultas de saúde da mulher e de pré-natal, permitem a criação de um

vínculo com as mulheres, o que, facilita que a mulher relate questões mais íntimas, inclusive sobre a violência doméstica; entretanto, ainda assim referiu que são raras as situações relatadas. Outros profissionais também referiram essa ausência de queixas ou relatos da violência, que, quando confrontados com outros estudos, evidenciam a dificuldade das mulheres de falar sobre o assunto.

Schraiber et. al (2003, p.13) refere alguns fatores que colaboram para que uma mulher não fale sobre a violência tais como sentir-se envergonhada ou humilhada; sentir-se culpada pela violência ou ter medo de ser culpada pela violência, temer pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus filhos e filhas, ter tido más experiências no passado, quando contou sua situação, sentir que não tem controle sobre o que acontece na sua vida, crer que suas lesões e problemas não são importantes, querer proteger seu companheiro por razões de dependência econômica ou afetiva, ter medo de perder seus filhos e filhas, esperar que o agressor mude como ele prometeu, ou ainda, o agressor a acompanhar ao serviço e não a deixar a sós com os profissionais.

Associada a esses fatores que dificultam o relato espontâneo das mulheres, está a dificuldade dos profissionais de saúde de abordar a questão, conforme mostram os trechos abaixo.

*De violência? Sabe que eu nunca atendi... talvez eu não aborde muito isso. Eu sempre procuro perguntar se a gestação foi planejada, se ta recebendo apoio do marido, da família... no caso dessas gestantes que são mais novinhas. **Mas nunca perguntei diretamente...Não é uma pergunta que eu costumo fazer... mesmo pra quem não é gestante...**(Med 03).*

*E às vezes também é **difícil tu abordar... tu tirar do nada...** ah, mas tu já sofreste alguma coisa, a não ser que alguma queixa específica de paciente, alguma história, alguma coisa te chame à atenção pra ti fazer uma pergunta dessas, é uma coisa meio difícil de abordar, se tu não tem uma determinada abertura.(Med 03).*

*E eu acho que a violência doméstica é uma coisa que tem que ser pensada também, entre outras coisas que a gente pensa, a pessoa que*

A violência não aparece espontaneamente e o profissional tem dificuldades para abordar a questão.

A violência é tabu.

A violência não é relatada espontaneamente e não é questionada pelos profissionais. Assim não é pensada como causa dos problemas de saúde diagnosticáveis.

*está sofrendo, está ansiosa, está deprimida... eu acho que a gente não pensa muito na violência doméstica como uma causa... e não pergunta muito (Med 01)*

*... esse tipo de atendimento eu não faço. Então isso não... a gente faz é por uma questão de solidariedade humana, o meu trabalho não é esse aqui no Posto... de atender violência, Se a pessoa foi estuprada, quanto menos eu mexer nela melhor... tem que mandar pro hospital... uma coisa assim. Mas aí eu estrago o trabalho do perito, se eu me meter ali, fazer exame ou coisa. Então eu não tenho muito o que fazer, a não ser acompanhar e identificar e tal... mas também denunciar isso aí, realmente não é com a gente... (Med 24)*

*Eu acho que é bom... talvez a gente não use muito dos recursos que tem, mas eu acho que é cada vez melhor. Eu sou de um tempo muito anterior, então, pra mim, já parece melhor. Isso aí não existia, não tinha nada de violência pra mulher, a mulher ia pra casa, e tinha que conviver às vezes, com um agressor. Mas eu acho que isso aí tem mudado bastante... em todos os pontos de vista... médico, jurídico, policial, social... eu acho que mudou...houve assim, um salto de proteção à mulher... (Med 05)*

Atender violência não é função do profissional de saúde/ se mexer, vai atrapalhar o trabalho dos peritos. A denúncia não faz parte do trabalho dos profissionais.

Refere-se ao acesso à informação e às possibilidades de denúncia.

Entre as dificuldades dos profissionais em tratar a questão da violência vários são os fatores envolvidos, que apareceram nas falas dos participantes tais como: ter pouco conhecimento sobre a violência doméstica ou dar pouca importância ao tema; não saber o que fazer se uma mulher lhe contar sobre suas experiências de violência e por isto tem medo de perguntar; violência é um problema pessoal e privado, e os profissionais não têm o direito de intrometer-se neste tipo de assunto; a pressão para atender a muitas pessoas não lhes permite mencionar a questão; as mulheres podem sentir-se ofendidas se perguntarem diretamente sobre violência; sentirem-se constrangidos em abordar o tema por conhecer pessoalmente o agressor ou a sua família; ter medo de represálias por parte do agressor. Esses resultados corroboram aqueles encontrados em pesquisas de Franzoi (2007), Leal e Lopes (2005), Schraiber *et al.* (2003).

Além disso, crenças e mitos persistem e dificultam falar de violência com as

usuárias. Esses mitos estão assentados em atributos de gênero que reforçam idéias de que: as mulheres merecem ou pedem o abuso, e que gostam de ser agredidas, senão não ficariam com o agressor. As concepções também passam pela crença de que a violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública. O sentimento de impotência frente às consequências da constatações de violência os levam a acreditar que não podem fazer nada porque a mulher depende financeiramente do companheiro. Outros acreditam que podem “atrapalhar” o trabalho dos peritos se abordarem o problema da violência. Nesse sentido, a denúncia não é entendida como responsabilidade do profissional que atende, e muito menos, dever de cidadania.

#### **Eixo 4 -A gestação como fator de proteção ou risco para violência**

Este eixo busca analisar as relações da gravidez com a violência doméstica. Nesse sentido, a literatura aponta algumas pesquisas que foram realizadas com intuito de compreender como se relacionam a essas duas situações. As pesquisas que tratam da prevalência da violência, durante a gestação (MENEZES *et al.*, 2003; OKADA, 2007; REICHENHEIM, 2004) têm resultados distintos, explicados por variações metodológicas; entretanto não é possível, a partir delas estabelecer se há ou não aumento da prevalência de violência doméstica durante a gravidez, entretanto constata-se a alta prevalência das diversas formas de violência familiar na gestação no Brasil o que indica a necessidade de enfrentamento do problema.

O consenso desses estudos está nas formas de manifestação da violência. A violência psicológica é referida como a mais freqüente, com 95,9%, quando associada à gravidez em geral e com 52,1%, quando analisada apenas a última gestação. É caracterizada por insultos, intimidações, ameaças e humilhação. A violência física, aparece em segundo lugar com 34,7%, com uma diminuição durante a gravidez sendo mais comuns os empurrões e tapas nesse período. A violência sexual aparece em 6,1% na gravidez em geral, diminuindo para 1,6% quando se analisou apenas a última gestação e caracteriza-se como a prática sexual forçada, sendo que o medo é outro motivador da prática sexual na gestação (OKADA, 2007; RODRIGUES, 2007).

Ressalta-se, ainda, a percepção das mulheres que relataram ter sido vítimas de violência doméstica. Dessas, 32,3% declararam ter sido agredidas pela primeira

vez depois da ocorrência da gravidez e, segundo as mesmas, a violência foi motivada por ciúmes, de forma isolada ou em conjunto com outros fatores. O alcoolismo, em conjunto com incompreensão, problemas financeiros, desentendimento e negligência do companheiro para com os filhos, foram percebidos por 39% das mulheres e 23,9% citaram os motivos acima, somados à ocorrência de gravidez (OKADA, 2007).

Em estudo, realizado por Durand (2005), que diz respeito diretamente à violência no período da gravidez, foi relatado por um grupo de mulheres que “*depende do relacionamento*”. As participantes confirmam que, na maioria dos casos, não se pode atribuir à gestação papel desencadeante da violência. Essa idéia de “*depende do relacionamento*”, associa a gestação a um grande contingente de fatores que podem favorecer ou não a ocorrência de violência.

As concepções e percepções dos profissionais participantes deste estudo, são condizentes com essas pesquisas. Foram encontradas duas linhas de análise: na primeira, a gravidez é entendida como um fator de proteção contra a violência doméstica, na segunda, a gravidez aparece como um fator de risco para a violência.

*Então assim, eu acho que para os homens, quando a mulher ta grávida, **ela tem muito a imagem de mãe e fazem uma contra transferência com a mãe deles. Aí eles respeitam em função de que é a mãe, se está grávida, é a mãe.** Então até para o ato sexual, eles toleram que a mulher não está disposta a fazer sexo, eles entendem, isso no geral, isso é uma coisa que se observa é que eles ficam tolerantes (Med 04).*

*Parece que no pré-natal, as coisas amenizam um pouco, até pela questão... É uma hipótese, não sei, chutando, mas que **o companheiro, quem sabe, por ela ser gestante, fique um pouco mais tranquilo digamos (Méd 17)***

*A questão de encarar a gestação como um momento de proteção...porque, às vezes, tu percebe isso, **que as mulheres acabam tendo um filho atrás do outro, porque, de certa forma, pelo menos durante esse período elas são vistas com mais cuidado.** Porque tem situações que a gente não vê explicação pra uma nova gestação e talvez até seja (Enf 07)*

A imagem da mãe.

O companheiro fica mais tolerante.

A barriga como escudo/barreira para a violência.

As gestações repetidas são uma forma de proteção: “estão sempre com barriga”.

São mais cuidadas!

A concepção de que as mulheres “são mais protegidas da violência física durante a gravidez”, sustenta que elas tem uma certa barreira de proteção, entendida como um fator cultural de proteger a grávida. Dizem eles: “*quando elas estão grávidas, elas tem até um certo respaldo, da família, do companheiro, de não ser agredida, pelo menos fisicamente, às vezes pode ser verbalmente*”. Nesse sentido, foi referido que as mulheres esperam a barriga crescer muitas vezes para depois contar ao companheiro ou aos pais sobre a gravidez não planejada. Pois assim teriam a barriga como um escudo de proteção.

Associados à proteção “da barriga”, outros fatores de proteção foram evidenciados pelos profissionais, como a referência à imagem de mãe, a maior tolerância dos parceiros nesse período e o fato de a mulher ser vista com mais cuidado durante a gravidez.

A maior tolerância do companheiro durante a gestação foi referida por mulheres em um grupo focal sobre violência na gestação. A indagação sobre essa temática, nesse período, gerou estranhamento, segundo a autora, porque as participantes partilhavam a concepção da gestação como um momento de cuidado e proteção por parte do companheiro. Nesse caso a gravidez foi considerada um momento em que o *homem se envolve com a expectativa de ter um filho, esforçando-se para ser mais compreensivo e menos agressivo ou violento (DURAND, 2005, p.127)*. Segundo as participantes deste estudo, a preocupação com a saúde da criança inibiria as brigas ou faria com que os homens cedessem mais rápido no momento das discussões.

Nesse sentido a expectativa da maternidade e da paternidade compõem um projeto de vida do casal como um todo, favorecendo a redução dos conflitos e da violência como forma de resolução desses. Entretanto, quando a gestação não se enquadra como um projeto do casal, os participantes referiram a gestação como um fator de risco que pode desencadear a violência. Os trechos abaixo ilustram esses fatores.

*Às vezes tem uma família que já tem três, quatro filhos e **uma gestação seguinte é um problema e pode aí desencadear a violência também** (Med 03).*

Aumento do custo financeiro para a família.

*Ela se sentia agredida pela sogra... porque a sogra se sentia explorada, o marido estava desempregado, e ela tinha ficado grávida...Então ela se sentia **tri mal** com isso (Med 04).*

*Às vezes, vêm as meninas na primeira consulta, a mãe vem junto e aí já pelo que rola entre as duas... **Porque olha o que ela aprontou...** tu já sente, que está conturbada a coisa (Méd 06).*

*Elas ficam com mais medo, mais ansiosas, mais inseguras, algumas tão mais pesadas, **algumas não conseguem ter relações com os parceiros no final da gestação, ou por indicação médica ou porque não querem... Não se sentem à vontade, aí sofrem esse tipo de pressão em casa.** Então, eu acho que o momento mais difícil pra elas deve ser o final, o último trimestre (Med 19).*

*É na adolescência que a gente também vê, essas questões assim, de que as meninas acabam engravidando, **pra sair daquela situação de ter que cuidar dos irmãos, e assumir a casa que nem é delas pra tentar ter a sua própria família...** uma gestação e acabam entrando no mesmo ciclo (Enf. 07).*

*A grande maioria delas vem sozinha, envergonhadas, **algumas vezes vem o companheiro junto, ou a mãe braba junto Mas a maioria vem sozinha.** Assim, é uma coisa comum já 14, 15 anos grávida aqui já, não é problema. 13, 12, 13... Já peguei uma com 12 ano passado. Esse ano agora tem uma de 13 que engravidou com 12 (Med 19).*

*Mais risco é a **violência psicológica... do abandono, do medo de ser abandonada pela família.** O que é aquela família pra ela? É a mãe, é o pai, é a tia, ou é a madrasta... **ou é o companheiro...**(Enf 08)*

***Não, ele não quer o nenê, ou ele duvida da paternidade do bebê,** esse tipo de coisa que no fundo é uma agressão e leva a paciente ao sofrimento.. Eu acho que sim... acho que é por aí que a gente pode ver... que ela... ou às vezes ela vem e refere isso aí*

A mulher é a responsável e culpada pela gestação não planejada.

Aprontou! Erro e culpa.

O medo de ser abandonada, a insegurança, a vulnerabilidade.

*espontaneamente (Med 05).*

#### A dúvida da paternidade

Entre as situações que podem transformar a gestação em fator de risco para a violência, os profissionais citaram o aumento do custo financeiro para a família com a chegada de mais um membro; a responsabilização exclusiva ou mesmo a culpabilização da mulher pela gestação não planejada; o medo de ser abandonada pelo companheiro ou pela família; a dúvida da paternidade, entre outras, como situações que podem desencadear a violência durante a gestação ou se instalam em função dela.

O aumento do custo financeiro para a família foi descrito por Bruyn (2003) como um dos fatores que podem desencadear a violência na gravidez. Associa-se a isso a dificuldade de acesso a trabalho e renda, advindo da própria condição de gestante e das condições e vulnerabilidades socioeconômicas, como baixa escolaridade, entre outras. A pouca idade, nesses casos, é ainda um fator agravante.

Outra questão referida pelos profissionais relaciona-se à atividade sexual, nesse período. Foi citado que algumas mulheres “*não conseguem ter relações com os parceiros no final da gestação, ou por indicação médica ou porque não querem e são pressionadas por isso*”. Nesse sentido, a gravidez e a maternidade são considerados fenômenos limitantes do exercício da vida sexual, trazendo dificuldades ao relacionamento com o parceiro, conforme estudo desenvolvido por Durand (2005).

Ainda em relação ao exercício da sexualidade, constata-se que também foi avaliado como risco, e aparece tanto na questão da gravidez não planejada entre as adolescentes (em que a mulher é responsabilizada ou culpada pela gravidez) ou ainda na contrariedade da família pela atividade sexual antes do contrato de casamento. Outro momento de tensão é a dúvida da paternidade por parte do namorado, marido ou companheiro.

Nesse sentido, cita-se discussão levantada por DURAND (2005, p.125) acerca dos conflitos conjugais engendrados nas relações íntimas da modernidade, nas quais o homem sente-se ameaçado pelos relacionamentos amorosos e sexuais vividos pela companheira anteriormente. A autora, referindo-se “*A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*”, de Antony

Giddens(1993), cita que a independência sexual das mulheres, mesmo que prévia ao relacionamento estável, pode ser inaceitável pelos parceiros a ponto de desencadear a violência.

Outras questões, já discutidas anteriormente, como a vulnerabilidade familiar e comunitária também foram citadas pelos profissionais como fatores que podem favorecer a gestação não planejada e esta ter como consequência a reprodução da violência.

Assim, a gestação, neste estudo, corroborando várias pesquisas, aparece como um fenômeno que associado a outros, interfere nos relacionamentos conjugais e familiares, podendo estar, em alguns momentos, associada à violência ou a favorecendo.

#### **Eixo 5- A assistência pré-natal e a violência doméstica: vínculo e normatização**

Esse eixo analisa as concepções e percepções sobre o atendimento pré-natal como um momento potencial para identificar a violência e elaborar estratégias para o seu enfrentamento. Nesse sentido, assim como no eixo anterior, foram evidenciadas falas em que o pré-natal aparece como um facilitador para esse enfrentamento do problema. Em outras, transparece a novidade e o estranhamento ao se abordar a violência nesse período. Os trechos a seguir ilustram essas diferentes interpretações.

***E o pré-natal é o acesso direto para a paciente manter um vínculo com o profissional, porque ela vem muito freqüente...ela se vincula, se sente à vontade... posteriormente ela sente até um grau de amizade... e consegue colocar situações dela mais pessoais, pro médico, ou pra médica com quem ela criou o vínculo. Então aí, a gente acaba detectando algumas coisas, mais no final... ou, principalmente, no puerpério (Med 04).***

O vínculo da consulta pré-natal facilita a identificação

***Na saúde da mulher e no pré-natal, quando elas têm algum problema tipo agressão, tu vai criando um vínculo tão grande com elas que elas até... quando acontece isso elas te falam. Então tu tem assim uma abertura maior, tanto elas contigo e tu com elas (Enf 02).***

A “abertura” faz romper o silêncio.

Alguns profissionais referiram a construção do vínculo entre a mulher e os profissionais, auxiliado pela sua presença freqüente no serviço, durante o pré-natal, sendo favorecedor para o relato e a identificação de situações de violência doméstica.

Rodrigues *et al.* (2008) citam a utilização dos grupos de pré-natal, na Região deste estudo, como estratégia para discutir e refletir sobre a questão da violência doméstica. Esse fato corrobora a opinião dos profissionais, que referiram a dinâmica dos grupos como um espaço mais aberto à discussão dessas questões, uma vez que nas consultas há menos tempo disponível para a troca de experiências e busca de soluções conjuntas.

Entretanto esses grupos foram referidos pelos profissionais como pouco valorizados na assistência e de difícil realização por questões estruturais de espaço e tempo e, mesmo de despreparo dos profissionais para lidarem com esse tipo de prática terapêutica, dificuldades condizentes com as encontradas por Maffaccioli (2007), em outra pesquisa nessa Região.

Na relação de consulta, entre os fatores limitadores para a abordagem da violência, foram relatadas a normatização do pré-natal e sua centralidade nas questões biológicas do processo gestacional.

***A gente tem muito papel pra preencher. Tem muita informação, muito trabalho burocrático, vamos dizer assim. Então sobra muito pouco tempo pra fazer um questionamento de outras coisas. E às vezes até, vou te confessar que a gente dá graças à Deus quando ela não puxa outro assunto (Med 23).***

*Tem que ter a disponibilidade... tu tem que olhar pro paciente, tem que olhar e buscar alguma coisa a mais que isso, às vezes, tu não consegue na primeira consulta, até porque é tanto papel pra preencher que, às vezes, a gente não permite que a paciente fale (Med 06).*

A normatização do pré-natal limita o acolhimento e atrapalha o vínculo.

Para muitos profissionais, a abordagem do pré-natal focada nos fatores biológicos é um limitador para a identificação da violência doméstica, que demanda um investimento relacional.

*Então a gente vê mais assim a parte do pré-natal propriamente dito. A parte referente, digamos assim, a parte emocional, a parte da relação daquela mãe com aquele bebê, isso aí a gente tem dificuldade de fazer. Por falta absoluta de tempo (Med 23).*

*Talvez na parte emocional, com certeza vai ter alguma coisa, mas na parte clínica, não... não tem atrapalhado o pré-natal. Os bebês nossos tudo tá ok... mas a parte emocional, com certeza... ainda mais essas adolescentes frágeis... (Med 20) .*

*Eu acho que as consultas do pré-natal são... pelo menos aqui.. são consultas que dá pra abordar bastante coisa, mas eu acho que a gente fica muito preso à condição da mulher como gestante e acaba se preocupando mais com algumas coisas que podem afetar na gestação, com o estado de estar gestante, pensando naquela futura mulher que vai ser mãe, pensando na criança, então a gente esquece um pouco de como é que estão as coisas em volta e se prende muito nessa questão desse estado de estar gestante (Med 01).*

O atendimento é centrado nas questões biológicas do pré-natal.

O atendimento separa o clínico e o emocional.

Um estado de estar gestante-biocentrado.

Essas análises sobre o atendimento evidenciam que o pré-natal está centrado e normatizado por Ações Programáticas comprometendo a assistência integral. Dessa forma, o vínculo que poderia ser estabelecido entre o profissional e a mulher pode ser prejudicado e estar impedindo a relação de confiança que permitiria a denúncia de situação de violência. Por consequência e descrença em mudanças, os profissionais também não questionam essas características limitantes e fortalecidos pela formação tecnicista, permanecem focados nas questões biológicas.

Além das concepções e percepções discutidas neste capítulo, outros fatores estão relacionados com o atendimento às gestantes em situação de violência doméstica, e são discutidos na seqüência.

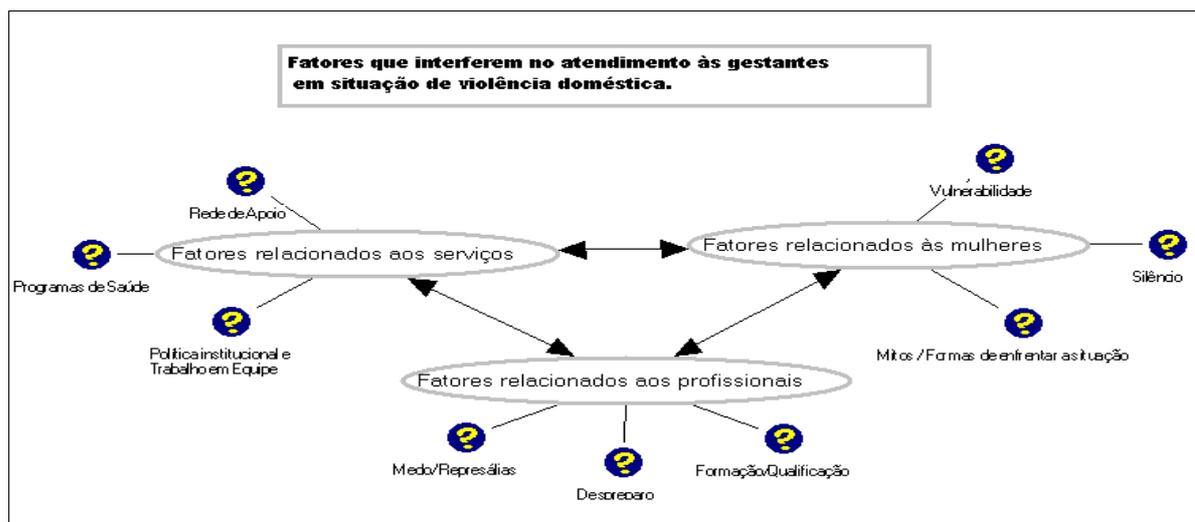
## **6.2 Fatores que Interferem no Atendimento às Gestantes em Situação de Violência Doméstica.**

Na segunda categoria, aparecem os fatores que interferem no atendimento à mulher em situação de violência doméstica sob a ótica dos profissionais. Esses

fatores serão apresentados em três eixos temáticos, para facilitar a apresentação, embora estejam interligados. São eles:

- 1) Fatores relacionados aos serviços;
- 2) Fatores relacionados às mulheres;
- 3) Fatores relacionados aos profissionais.

A figura a seguir sintetiza a categoria com seus eixos e subdivisões analíticas:



FONTE: Elaborado por BONFIM, 2008, a partir de categorização com uso do software Nvivo.

### **Ilustração 7: Síntese dos fatores que interferem nos atendimentos às gestantes em situação de violência doméstica.**

#### **Eixo 1- Fatores relacionados aos serviços**

A literatura aponta pesquisas que referem que os profissionais que integram as equipes de saúde da família definem sua atuação como de *"impotência paralisante, que consideram como um reflexo da falta de organização do serviço"* para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher (OLIVEIRA e FONSECA, 2007, p.611).

Esse mesmo estudo refere que a ação profissional individual, sem preparo específico *"é precária e limitante, estando mesclada pelo medo e regida pelo adágio popular de que em briga de marido e mulher não se mete a colher"*, o que pode levar à conivência dos profissionais com a continuidade da violência. Constatou-se ainda a falta de concretização de políticas públicas que incluam e organizem ações intersetoriais conjuntas, estando a abordagem da violência nos níveis central e estadual, pautada em leis e documentos para a assistência à mulher em situação de violência; entretanto o nível local ainda necessita de apoio para a reorientação da prática profissional voltada para a intersetorialidade, interdisciplinaridade e

integralidade.

Esse panorama apontado nas pesquisas são compatíveis com os achados deste estudo e demonstram como os profissionais referem e lidam com situações, nos serviços.

*No bairro Partenon, então ali a gente tinha uma rede de apoio bem melhor assim, tinha profissionais, tinha atendimento de Psicologia, assistente social, conseguia te comunicar com profissionais de outros lugares. Até pra encaminhar... se eu não soubesse pra onde mandar, eu tinha toda uma equipe junto, perto... trabalhando junto comigo... consulta interdisciplinar, atendimento interdisciplinar. Então assim, eu chamava a psicóloga comigo na consulta, pra gente fazer a consulta juntas, a assistente social também... então já tinha uma abordagem diferenciada. Aqui a gente trabalha muito separado. Eu na minha salinha, a enfermeira na salinha dela... os técnicos ali... a gente não troca quase nada de informações. É seccionado. Na minha formação não...era bem diferente a abordagem (Méd 22).*

*Até porque nós fizemos o papel de enfermeiro, de psicólogo, de assistente social e tudo. Mas sabe assim, que quando é um caso mais crítico, e que tu precisar, eles te dão um aporte. Dão um jeito de agilizar isso aí. Não vão deixar a pessoa sozinha (Enf 02).*

*E realmente, é uma coisa que eu também faço é conversar com os agentes pra ver como é que funcionam algumas famílias, não só de gestantes, mas também de alguns outros, pacientes psiquiátricos (Méd 03).*

*A maioria dos casos a gente fica sabendo pelas agentes, elas trazem pra saber...O que eu faço? E às vezes, agendam pra paciente vir aqui conversar com a gente (Enf 07).*

Encaminhamento/acompanhamento, rede de apoio e perspectiva multiprofissional.

O trabalho em equipe propicia abordagem diferenciada da violência.

A equipe está no centro dos pontos positivos para o atendimento. No entanto, o atendimento não é assim em todas as equipes...

Sozinho “não dá” A equipe é o essencial, mas nem sempre está disponível nos serviços

O agente comunitário e o vínculo com as famílias, tem potencial para atuar.

O vínculo se potencializa, no caso da violência por meio do relacionamento mais próximo dos agentes comunitários.

Constata-se que os participantes desta pesquisa valorizavam a abordagem em equipe, percebiam a necessidade da abordagem multidisciplinar e mesmo interdisciplinar para o enfrentamento da violência. Essa valorização da abordagem parece estar focada no apoio para o seguimento da situação e pautada no tempo para o atendimento.

Também foi referida a troca de informações possibilitada pelas reuniões, o que fortalece o profissional que atende, na medida em que ele não se sente sozinho no enfrentamento do problema. Essa questão foi evidenciada nas falas baseadas na experiência de alguns dos profissionais com o Grupo de Observadores de Causas Externas nos serviços que pela “experiência em trabalharem com violência, auxiliam a resolver situações”.

***Olha, eu acho que esse trabalho que o pessoal faz de causas externas, muitas vezes assessora a gente em alguma situação que às vezes a gente não consegue ver o caminho e muitas vezes, como esse grupo discute, a gente, às vezes tem pessoas... Dão uma idéia que a gente até então não tinha pensado. Reuniões que discutem... Tanto criança, adolescente, como idoso também. Discutem alguma situação, que ocorre em alguma família. Então não fica só no posto de saúde, fica na assistente social, na escola também, então são coisas que contribuem (Enf 21).***

Experiência de trabalho com violência e discussão de equipe auxiliam na resolução de situações.

O grupo citado surgiu em 2001, formado por profissionais já atuantes na rede pública de saúde, em sua maioria, de longa data (RODRIGUES *et al.* , 2008). Esses são identificados como pontos positivos, pela longa experiência em saúde pública, pela proximidade e familiaridade com a questão das causas externas e pelo fato de conhecerem a comunidade.

A experiência em abordar a questão das causas externas, com um grupo local e a idéia de que a responsabilidade por esses eventos é coletiva, rompe com as formas tradicionais de enfrentamento da violência, nas quais, a perspectiva individual é tida como *limitante e paralisadora*. Outro enfoque para esse enfrentamento é referido por Grossi e Aginsky (2001), no qual a abordagem da complexidade da violência se impõe e requer um conjunto de ações, que não seja calcado em

impossibilidades e limites mas, que aponte as possibilidades de superação, por meio da alavancagem de processos de fortalecimento das mulheres submetidas à situação de violência, a partir de práticas emancipatórias.

Entretanto, verifica-se que as práticas terapêuticas, nas Unidades de Saúde, muitas vezes, ainda estão arraigadas a procedimentos normativos, fragmentadas e sedimentadas em rotinas de atendimento. Transformar essas práticas e adequá-las às necessidades da comunidade ressalta a importância da visão no nível local, das informações que são vistas além da estatística. Nesse caso, cada informação refere-se a uma vítima, real ou potencial. Nesse sentido, o enfrentamento das situações de violência, devido a sua complexidade, impõe ações coletivas e intersetoriais.

Outro aspecto importante de iniciativas no nível local é a possibilidade de discutir as situações de violência contra a mulher na perspectiva do vínculo com a equipe de saúde, que é fortalecida pela presença do elo de ligação representado pelo Agente Comunitário de Saúde, embora, em algumas situações, o fato do mesmo residir na comunidade, inibe o relato da violência. O agente comunitário é percebido como um integrante da equipe com potencial para prestar maiores informações sobre as famílias, tanto em relação à situação específica de violência como em outras questões envolvendo a saúde e a doença.

Nesse sentido, estudo de Imperatori e Lopes (2008) referem a dificuldade dos agentes de saúde em abordar o problema da violência doméstica. Essa foi citada como uma atribuição que faz parte da atuação dos Agentes de Saúde, mas como o problema envolve situações de risco, eles se consideram despreparados para esse tipo de enfrentamento e referem a precariedade da rede de apoio para encaminhamentos.

Acredita-se que o enfrentamento da violência no nível local, com o entendimento de suas limitações e com a clareza do papel dos profissionais de saúde torne menos difícil o enfrentamento da violência e auxilie a romper com “a violência paralisante”. Pensa-se que, na medida em que se reconhece que a violência é um problema que requer uma abordagem multidisciplinar e intersetorial, passa-se a buscar e compartilhar formas de enfrentamento. Para isso, do ponto de vista individual de cada profissional, se requer o compromisso com a mudança, não

só a identificação, mas a crítica à situação e a delegação de responsabilidades que se transformam em co-responsabilidade.

Dessa forma a intersectorialidade constitui-se em uma estratégia de abordagem da violência. Os trechos abaixo mostram como essa questão é situada nos serviços estudados.

*Se eu tivesse uma gestante que está sofrendo violência pelo marido, está sendo agressivo. Como é que eu vou fazer? O que eu não vou fazer? Nunca me questionei assim. Mas provavelmente deve ter um fluxo, de tudo isso aí* (Enf 02)

O desconhecimento...

*Quando realmente a mulher quer sair de casa e precisa mesmo e vai atrás pra denunciar que está sofrendo algum tipo de violência, existe essa rede proteção, agora como é que funciona, o que faz... isso eu não sei muito bem como funcionam..os fluxos* (Med 03).

O invisível não se enfrenta, nem se conhece os recursos....

*A minha rede de apoio é ela...[a Assistente Social]. A minha rede de apoio é ela. ... assim, os serviços de referência... claro, tem a delegacia da mulher, o Serviço Social, que é rede de apoio, é a assistente social...a gente tem como acessar, como conseguir isso. Então redes de apoio seriam essas* (Enf 09).

Falta de informação/ comunicação intersectorial.

*Na realidade a gente passa pra enfermagem, e a enfermagem encaminha o caso.* (Méd 06)

Assim, passa-se adiante....

*Mas a rede não funciona como deveria. A gente não tem retorno.... E a gente encaminha os casos, a gente espera um retorno, que é o mínimo que um profissional de saúde que viu uma situação de violência, de agressão... o mínimo que se espera é um retorno de um outro órgão oficial. E não tem isso, não tem isso. Em relação à mulher, nosso retorno é a própria paciente, porque a gente fica monitorando assim, vai de novo, se a gente vê que tem alguém muito vulnerável. E é a própria paciente* (Enf 07).

Faltam vagas para encaminhar.

A rede não funciona como deveria.

Como acompanhar sem retorno?

A abordagem intersectorial, em nosso meio, ainda não é uma realidade no enfrentamento da violência. Nesse sentido, observa-se que os profissionais desconhecem os serviços de apoio.

Nessas falas, verifica-se que a violência doméstica não é identificada; os profissionais referem que “se tivessem uma situação” ou se “houvesse uma mulher nessa situação”, eles não conheceriam os fluxos para encaminhar. Assim, se surgir uma situação esta será “passada adiante” para a assistente social ou para a enfermagem. Constata-se que é um encaminhamento do tipo “passar adiante” por não saber como agir, revelando desconhecimento dos serviços de apoio e/ou fluxos para a continuidade da assistência.

Dessa forma a “rede” é restrita a um profissional que tem mais conhecimento dessa problemática, às vezes e com frequência, representado pela assistente social, em outras ocasiões, pela enfermeira ou pela gerente da Unidade, pela psicóloga, enfim, por alguém que assuma o enfrentamento do problema.

Foi citado também pelos profissionais que “faltam vagas” ou que “há dificuldades no encaminhamento dos casos de violência contra a mulher”, embora isso tenha aparecido mais como uma forma de justificativa do profissional, do que propriamente uma limitação. Com isso reconhece-se que a rede não funciona perfeitamente, mas chama a atenção o fato dos profissionais referirem a falta de vagas para encaminhar as mulheres, bem como a dependência financeira dessas do marido, como entraves para o seguimento da assistência; entretanto, nenhum deles referiu qualquer abordagem intersetorial com instituições que forneçam apoio jurídico ou social às mulheres. As Instituições presentes nas falas dos profissionais foram a Casa de Apoio Viva Maria (abrigo protegido) e a Delegacia da Mulher. Um serviço de assistência jurídica apareceu na fala de uma das enfermeiras como referência e apoio.

Associada a essa questão dos entraves para a assistência, que justificam as omissões, está a violência como “crônica e naturalizada”, tanto na comunidade nas relações das mulheres e na visão dos próprios profissionais de saúde.

Nesse sentido retrata-se a dificuldade de pensar a violência no âmbito intersetorial. Pensar o encaminhamento de situações de violência para outras Instituições parceiras, não é pensar apenas no encaminhamento para casas de apoio, quando a mulher já está com risco de morte. Neste contexto, Cocco (2007), Leal e Lopes (2006), Oliveira e Fonseca (2007) e Rodrigues *et al.* (2008) referem que pensar a violência como um problema intersetorial implica pensar em promoção da

saúde, em pensar ações conjuntas com os serviços locais, de Educação, Assistência Social, Defesa Civil, Polícia Militar, Delegacias e outras formas de Organização, como por exemplo de assessoria jurídica e Serviços de Informação à Mulher, existentes em Porto Alegre.

A abordagem da violência por um único setor ou o encaminhamento para assistência em outros níveis, como para o alto risco, por exemplo, tem sido usada para passar adiante o problema isentando de responsabilidade o serviço que encaminhou. Pensa-se que esta conduta merece reflexão pelos profissionais de saúde e de outros setores ligados à assistência.

Com relação a essa questão, as falas dos profissionais atestam que nos serviços de saúde são realizadas ações para a prevenção e recuperação da mulher; no entanto, são pontuais e desarticuladas dos demais serviços.

Nesse sentido, constata-se que no momento em que se encaminha uma situação essa freqüentemente não tem retorno, o que demonstra a desarticulação entre os serviços que se ocupam da violência doméstica contra a mulher.

Um outro aspecto que está inserido no enfrentamento da violência são as ações programáticas em saúde. Os trechos abaixo evidenciam que os programas interferem como um limitador na assistência nas situações de violência.

***A minha sugestão é que nos tivéssemos isso mais na pauta, porque se está na pauta, vai ver... está na pauta a vaginite, está na pauta o câncer de colo, está na pauta várias coisas, a violência nunca esteve na pauta... (Méd 12).***

A violência não consta no script...

Só se enfrenta o que está na norma...

***... existem coisas isoladas assim...tipo pessoas que por vontade própria querem trabalhar com isso e que vão lá e investem por vontade própria... mas não existe um programa contra a violência da mulher e que...sabe... eu já trabalhei em um serviço em que a enfermeira fazia palestras sobre violência, ela chamava pessoas pra fazer grupo de mulheres pra abordar violência doméstica... Mas aí... tipo... ela decidia e ela chamava...não tinha uma orientação... um apoio...(Méd 01)***

Sem programas não se atua...

Surgem iniciativas isoladas e pontuais...

Aqui é retomada a questão da normatização e dos programas, não apenas do pré-natal, mas em outras questões como diabetes, hipertensão, câncer de colo e de mama, tuberculose e hanseníase. Consta-se que as consultas e ações de saúde são voltadas ao atendimento das normas existentes nos diversos programas de saúde. Embora também haja uma norma sobre o enfrentamento da violência familiar, percebe-se que outros espaços ou momentos em que poderia se abordar o problema não são utilizados. As falas anteriores evidenciam essa assistência fundamentada nas ações programáticas, no normatizado.

Essa forma de assistência, retomando as questões da saúde da mulher, com o PAISM e o PHPN, mostra-se como um retrocesso, com visões fragmentadas acerca de determinados aspectos do indivíduo, considerados de acordo com programa ao qual a consulta do dia está vinculada. Nesse sentido as duas falas selecionadas mostram que se enfrenta o que está na norma e o que está na pauta.

Entretanto corroborando a afirmação de Cecílio (2008), de que na gestão do cuidado os profissionais têm uma autonomia para lidar com as diversas questões que se inserem no setor saúde, no que se refere à violência doméstica contra a mulher, também são observadas essas iniciativas de alguns profissionais, tanto no nível da própria Unidade de Saúde como de outros níveis do sistema. No caso deste estudo observa-se o envolvimento da Gerência Distrital de Saúde.

## **Eixo 2- Fatores relacionados aos profissionais: a formação, o despreparo e o medo**

Iniciando as reflexões, cita-se o estudo de Oliveira e Fonseca (2007) no qual os profissionais consideram que sua atuação é caracterizada por uma impotência que pode ser atribuída à falta de preparo, de organização do processo de trabalho e aos valores sociais que são absorvidos sutilmente pela história de vida.

Também é referido na literatura que essa impotência pode estar relacionada como o medo do novo e do desconhecido, como expresso na analogia da *Caixa de Pandora* (KRONBAUER E MENEGHEL, 2005) ou da *Bola de Neve* (FRANZOI, 2007) já discutidas anteriormente. Fica evidente a similitude das falas dos profissionais deste estudo com outros realizados em outras regiões do Brasil. As limitações para o atendimento se repetem, assim como os problemas sociais referidos pelos profissionais. Há ausência de políticas públicas que incluam ações intersetoriais

conjuntas, que envolvam a Saúde, a Educação, a Polícia, O Ministério Público e a Defesa Social.

Considerando as similaridades, a discussão da violência doméstica contra a mulher como tema de formação profissional, foi referida por dezesseis dos 24 profissionais entrevistados. Tanto os profissionais médicos quanto as enfermeiras, referiram que não tiveram esse tema incluso na sua formação profissional, nem na graduação, nem durante cursos de especialização. O tema foi referido como “não abordado” ou “abordado pontualmente”, sem muita ênfase, ou ainda como “muito pouco abordado”.

*A gente tinha muitos seminários, muitas aulas, muita discussão de casos... mas realmente, **o tema da violência não foi um tema principal que a gente tenha abordado**,... mas não foi em nenhum momento da minha residência um tópico de um seminário, um tópico de uma discussão de caso, e nem eu, nunca atendi um caso de violência doméstica (Med 17).*

Abordagem  
inexistente ou  
pontual.

***Praticamente não é abordado**, se tu for acompanhar as cadeiras de pediatria, por exemplo, assim, eu lembro vagamente, mas não tem, deve ter tido uma aula lá sobre isso, mas... não é uma coisa constantemente..., vai ver ali que, principalmente, **a cultura hospitalocêntrica não é voltada pra realidade**.... na verdade, agora está se voltando mais, mas na verdade, **não é tão voltada pra comunidade** (Med 11)*

Formação não é  
voltada para a  
realidade;

***Violência doméstica... muito pouco... na formação, muito pouco... até hoje, muito pouco... não tenho a menor dúvida... inclusive a violência sexual, muito pouco abordada, e é muito mais prevalente do que nós imaginamos.** Quando a gente cai na vida obstétrica, ginecológica do dia-a-dia, consultório... **se depara com coisas que deveriam ter sido abordadas de maneira muito melhor**... mas deveria ter sido assim mas não foi...(Med 12)*

“Passada por  
cima...”

*Na graduação foi... foi abordado... na especialização **tive algumas aulas sobre gênero... questões de gênero, assim... que abordou um pouco, mas não foi muito profundo, não foi muito... tipo... ah, como abordar, como ajudar***

**vocês a trabalhar com isso, se aparecer um caso, não foi muito... foi mais uma coisa passada por cima...(Enf 10).**

Segundo os profissionais, a ausência da discussão da violência durante sua formação é uma constante e deve-se, entre outros fatores, ao fato de que essa formação não é voltada para a realidade das comunidades, estando centrada na cultura hospitalocêntrica e a violência é considerada uma temática “difícil”. Entende-se que essa ausência da questão da violência durante a formação, faz com que o profissional se depare com o novo durante a atuação nas comunidades, sentindo-se despreparado ou impotente.

Em relação aos profissionais que referiram ter tido discussões acerca da violência doméstica durante a formação profissional ou em capacitações no serviço, constata-se que estas estiveram relacionadas a capacitações no serviço público ou associadas à abordagem das questões de gênero na formação, de forma pontual.

***Durante a graduação e especialização, não. Não tinha esse tipo de formação... não existia... hoje já tá bem diferente os currículos... mas na minha época ainda não tinha esse tipo de... a gente acabava muito centrado na criança, a violência era mais direcionada à criança... a mulher, coitada, era meio esquecida... Hoje já é bem diferente... Claro, depois ao longo dos anos, foram feitas várias capacitações. Eu fiz várias capacitações sobre a violência quando eu era gerente. No serviço público sempre tem capacitações, pra trabalhar com isso. E a gente conseguiu engajar bastante (Méd 04).***

Hoje há mais capacitações sobre a violência.

“A mulher”, coitada!

***Na graduação..É porque, nessa questão de gênero, que ela [a professora] começou a falar nisso, a questão da violência, na graduação eu vi nesse momento assim, fora isso, não tive nada assim de marcante. Na especialização sim, porque como é em Saúde da Família, a gente teve em vários momentos. Teve em relação à saúde da criança, teve em relação à saúde da mulher, à saúde do idoso,. Quase sempre em grupos, trazendo casos, porque é muito... faz parte do dia-a-dia das unidades, Não tem como, drogadição e***

A abordagem das questões de gênero na formação.

A violência como

**violência é direto** (Enf 07).

parte do dia-a-dia.

Relativamente à importância da abordagem das questões de gênero na formação dos profissionais de saúde que atuam nas comunidades, alguns profissionais a referem como necessária. Entende-se que ela auxilia o entendimento de situações, em que a vulnerabilidade de gênero, potencializada, muitas vezes, pelas vulnerabilidades individual, comunitária e social, precisam ser esclarecidas (LEAL E LOPES, 2006). Pensada sem considerar a construção histórica de valores, na perspectiva de gênero, a violência pode ser compreendida como natural e o enfrentamento, em muitos casos, parecer desnecessário ou impossível. Essa é uma questão básica, entretanto, constata-se que, durante a formação profissional, inclusive durante a especialização em Áreas da Medicina e da Enfermagem, que tem a saúde da mulher como foco, o gênero, na maioria das vezes, ainda não é pensado como temática isolada.

Essa constatação fundamenta-se nas falas dos profissionais desta pesquisa e em análises feitas por outros pesquisadores, mas também na vivência que se teve, pois embora se tenha cursado um programa de residência voltado para a saúde da mulher, com ampla carga horária, o que descarta a questão da falta do tempo para a discussão do tema, apenas, no mestrado, houve esse contato com a perspectiva do gênero como possibilidade analítica e necessária nos olhares da saúde.

As falas a seguir evidenciam a dificuldade de enfrentamento da violência, e referem despreparo e falta de experiência para lidar com essas situações como entraves para a elaboração de estratégias de ação. A falta de tempo também foi referida como um limitador da abordagem.

*É... primeiro porque tu... tu tem tempo pra atender, **tu não tem um tempo reservado pra resolver problemas** que tu tem no consultório, então, por exemplo, eu tenho uma paciente que sofre violência... eu tenho que fazer contatos...tenho que descobrir pra onde eu vou encaminhar, pra vê se não tem assistente social nas unidades básicas ... e eu **não tenho tempo pra isso**, então as vezes eu detecto um caso de violência e eu tenho que ver se eu consigo falar com uma assistente*

Falta de tempo para “resolver problemas”

A violência é um problema para além da saúde.

Aprender a ouvir,

*social pra ver como eu vou proceder nesse caso e não tenho tempo pra pegar o telefone pra ligar... bom, isso é o mais incomum...pra mim o **mais comum é não saber o que fazer, ou o caso aparentemente ser insolúvel** (Med 01).*

orientar, melhorar a auto-estima...

Falta de qualificação e manejo...

*Mas, até se a gente tivesse mais parte de Psiquiatria pra aprender a ouvir, aprender a orientar, ou aumentar a auto-estima da paciente que não permita que alguém agrida, Eu penso nisso... mas seria uma coisa interessante (Méd 05).*

Pode-se analisar que “o não saber o que fazer”, quando se detecta um caso de violência, está ligado, entre outras coisas, ao desconforto sentido pelos profissionais durante o atendimento originário na insegurança do novo e medo do desconhecido, como referem também outros estudos (FRANZOI, 2007; KRONBAUER E MENEGHEL, 2005; OLIVEIRA E FONSECA, 2007). Essa insegurança é referida nas falas acima, como o “não sei o que fazer pois o caso parece ser insolúvel”, “na necessidade de ter mais conhecimento sobre o assunto,” “deficiência na formação” e o “medo de descortinar e abordar uma situação para a qual não tem experiência”.

Outra questão abordada pelos profissionais foi o medo da “retaliação”, vingança, como consequência ao enfrentamento da violência doméstica, conforme pode-se observar nos trechos seguintes.

*A assistente social [de um outro serviço em que trabalhou] saiu da comunidade porque ela foi defender uma mulher que apanhava do marido e o marido ameaçou bater nela e ela teve que sair... Mas é assim... é muito difícil, lidar com violência é muito **difícil porque tu ta se expondo a te envolver, a ser agredido e tu não tem nada que te proteja... sabe, então é o tipo da coisa assim, ó... tu não ganha pra se envolver com a violência, aí tu te envolve... tu é ameaçado... na hora que tu é ameaçado, ninguém te protege. Eu me demiti do meu último emprego por causa da violência, porque o que aconteceu lá? Eu fui agredida, ninguém veio me defender, a minha única saída foi sair fora** (Méd 01).*

Medo da reação ao enfrentamento da violência.

Desproteção e falta de apoio institucional.

Demissão, troca de emprego é a saída possível

O medo de abordar a violência evidencia que é um problema concreto, cotidiano, principalmente para quem atua na ponta, nível local. Nesse sentido, reforça-se a idéia de que pensar o enfrentamento da violência vai além da denúncia. Constatou-se, em várias falas dos participantes, que a maioria deles associa a assistência à denúncia e ao conseqüente inquérito policial e processo judicial. Nas situações em que a mulher se recusa a denunciar, adota-se uma postura de que “ se a mulher não quer,” então, “não há o que fazer”.

Essa realidade, no âmbito da atenção básica, impõe que se pense na perspectiva de algumas outras alternativas para a assistência em saúde, como as propostas por Leal e Lopes (2005, 2006) e Rodrigues *et al.* (2008), com as quais se concorda, tais como ações multiprofissionais e intersetoriais, que auxiliem as mulheres a fortalecer sua auto-estima, e a se fortalecer para ter condições de exercer sua autonomia nos momentos de conflito com o parceiro

Nesse sentido, experiências descritas por Rodrigues *et al.* (2008), Salgado e Lopes (2007); Santos e Lopes (2007), podem auxiliar para a elaboração de estratégias como as propostas de incorporar a problemática da violência doméstica em grupos de pré-natal, de puericultura ou de planejamento familiar, inserindo o tema com base em dados locais e refletindo sobre relatos de situações conhecidas e corriqueiras na comunidade. Essas estratégias poderiam sensibilizar, tanto profissionais como as mulheres, desnaturalizar a violência e colaborar nesse fortalecimento sem que um profissional, ou as mulheres, necessitem de ações individuais ou exporem-se a riscos.

Além das situações analisadas, questionou-se se, as diferentes categorias profissionais estariam relacionadas a diferentes abordagens no enfrentamento das situações de violência doméstica. Nas entrevistas, as profissionais enfermeiras, mostraram-se mais atentas às questões sociais, para além da abordagem de enfermidades ou eventos típicos do pré-natal. Entretanto, quando se pensa, no conjunto das 08 participantes dessa categoria, constata-se que as mais sensíveis ao problema atuavam em Unidades em que as profissionais médicas (os) também mostravam-se mais atentos para essas questões. Pode-se questionar se os fatores explicitados nessa “sensibilidade” estão sustentados nos serviços, entendido como a equipe atuante na Unidade, que possibilitaram essa diferenciação na abordagem

profissional. Enfermeiras e médicas (os) conseguem atentar diferentemente para situações que vão além da patologia por influência da formação? O sexo das(os) participantes profissionais interfere na abertura para o diálogo e o enfrentamento? São questões a analisar.

Entretanto, o que se percebe, é que, quando a equipe de saúde está atenta às questões sociais e de outra ordem, utiliza ferramentas de comunicação, abordagem multidisciplinar sendo a organização do trabalho pensada de forma a possibilitar trocas de informação entre os profissionais, a problemática da violência, nesse caso, foi percebida e enfrentada pelos profissionais como um problema concreto e passível de abordagens por meio de ações terapêuticas adequadas e particularizadas.

### **Eixo 3- Fatores relacionados às mulheres no atendimento: mito, silêncio e vulnerabilidade.**

Este eixo analítico inclui: os mitos sobre a forma como as mulheres enfrentam as situações de violência doméstica, a dificuldade de falar sobre a violência e as diferentes vulnerabilidades a que as mulheres estão expostas, em muitas situações.

Em relação aos mitos referidos pelos profissionais foram identificados: a mulher não denuncia; a dependência do marido impossibilita qualquer ação de enfrentamento; a mulher não quer ajuda, além do medo de ofender a mulher ao abordar a questão. Algumas falas ilustram esses mitos, relacionados à construção histórica de valores influenciados pelas culturas de gênero que fazem parte também das interpretações e atitudes dos profissionais de saúde:

*A gente sabe que as mulheres que sofrem violência **não querem saber de denunciar o marido, do qual dependem, na maioria das vezes, financeiramente, que tem outros filhos também, que moram na mesma casa, tem todo esse contexto social complicado, eu acho assim, que a maior dificuldade de tentar fazer alguma coisa, tentar ajudar, é se a gestante tivesse alguma restrição, eu não quero ajuda e tal...eu imagino que deva acontecer muito, é difícil... já é um período difícil, tu não ta recebendo apoio, mas tu tirar aquela única pessoa que de repente ela tem ali, por mais que sofra algum período de violência às vezes, o companheiro é a única***

Não quer denunciar o marido;

Dependência socioeconômica

“Dos males o menor...” como enfrentar?

**família, o único apoio...bem ou mal.** (Méd 03).

*Fica engravidando de namorado, sendo tratada como se fosse escrava de marido... situação que não deixa de ser uma violência, mas não é violência declarada. Pessoas que engravidam por engravidar, se submetem ao homem... que vai dar alguns centavos pra comida e vira quase uma escravidão, um regime de escravidão... Essa é uma violência razoável, se fosse usar isso no padrão cultural e social que a gente vive é inconcebível, mas aqui é muito freqüente. É um grande problema ( Med 20).*

**Às vezes, é uma desculpa bem real, ou depende financeiramente do marido, ou não consegue sair desse ciclo. Mas é difícil a gente conseguir alguém que diga: Não! Realmente vou procurar ajuda, vou parar com isso...(Enf 07)**

**É... eu quando penso, fico com medo de perguntar... será que não vai ficar ofendida, será que não vai? ( Med 01)**

A violência não declarada- diferente percepção!

A “violência razoável”!  
Padrões diferentes de percepção influenciados pela condição socioeconômica e cultural.

A “desculpa” para não procurar os serviços - é real!

Ofensa moral! Será?

Esses mitos já foram apontados amplamente na literatura; entretanto, continuam a fazer parte das concepções profissionais. Nesse sentido Okada (2005, p.74), refere que as *mulheres citaram os profissionais de saúde e os policiais como aqueles que as discriminam* quando buscam ajuda para o enfrentamento da violência.

As falas citadas podem auxiliar a compreensão desse sentimento das mulheres em relação aos profissionais de saúde. Nas concepções dos profissionais deste estudo surgiram interpretações como: a mulher não quer ajuda, porque não quer saber de denunciar ou arruma sempre uma desculpa para não procurar os serviços de apoio. Além disso foi referido também o medo de ofender a mulher, entre os mitos que podem reforçar as barreiras para a detecção e enfrentamento do problema. No entanto os próprios profissionais são ambivalentes, ao referirem essas desculpas, pois em muitos momentos, atestam que em muitas situações, esse é dos “males o menor”, ao reconhecerem a dificuldade de as mulheres sós, com muitos filhos, se libertarem da violência do marido ou companheiro.

Essas barreiras também são reconhecidas como entraves para a assistência.

Os profissionais reconhecem, ainda, que vivem sob valores culturais e enfrentam os mesmos problemas das mulheres e são também influenciados pela construção social dos sexos e valores culturais sendo, muitas vezes, favorecedores da manutenção das hierarquias sociais e da dominação de gênero. Nesse sentido, em estudo desenvolvido por Franzoi, (2007) as mulheres citaram o preconceito dos profissionais de saúde ou de delegacias, quando foram denunciar e referiram barreiras não só pelo que verbalizavam, mas também, pelo que demonstraram com a postura corporal.

O preconceito é entendido como algo conceituado em julgamento, ou opinião previamente concebida, formado, muitas vezes, sem fundamentação e sem conhecimento suficiente. Essa conceituação corresponde ao encontrado neste estudo, porque, embora os profissionais refiram que, com frequência, não identificam casos de violência doméstica contra a mulher, apresentam restrições ao atendimento semelhantes àquelas publicadas na literatura e que permeiam saber de senso comum, como as referidas anteriormente.

Uma outra questão importante é o problema da dependência financeira da mulher. Concorde-se que é mais difícil para aquela em situação de vulnerabilidade pessoal, comunitária e social enfrentar o problema; entretanto, esse não pode ser um impedimento para a elaboração de ações de enfrentamento da violência. Corroborando o apontado por Leal e Lopes (2005), é imprescindível, pensar a violência como um problema que possa ser resolvido apenas no âmbito do setor saúde e especificamente nos serviços de atenção básica.

Pensa-se que o papel do profissional da Atenção Básica, ao tomar conhecimento de uma situação confirmada ou suspeita de violência doméstica contra a mulher é o de acolher, gestante ou não, no serviço de saúde, orientar caminhos possíveis de serem percorridos para o enfrentamento do problema e respeitar o tempo e as trajetórias escolhidas por ela para isso.

A ausência de denúncia também foi referida como um limitador, porque dizem os profissionais *“a gente é bem claro, que se eles não levarem adiante, se elas nos relatarem algumas coisa, a gente vai estar fazendo isso. Então eu acho que algumas não falam, com medo de que a gente vá levar isso pra frente, que vai denunciar”*. Nesse sentido, considera-se que, não cabe ao profissional julgar as decisões da

mulher, seu papel é de notificar o caso, prestar assistência na Unidade de Saúde. Assim lhe cabe fazer encaminhamentos necessários e “acompanhar” o cuidado prestado pela rede de apoio, fazendo os registros de referência e contra-referências da situação, acompanhando o seguimento do caso, sempre mantendo o vínculo com a paciente.

A potencialização do enfrentamento individual e coletivo da violência é importante, tanto para os profissionais da atenção básica, para terem segurança nos procedimentos, como para as mulheres em situação de violência, para saírem da situação de medo, de culpa e de fragilidade (OLIVEIRA e FONSECA, 2007).

Nesse sentido, concorda-se com as autoras acima, quando referem que é preciso fazer parcerias com os demais equipamentos sociais, tais como escolas, associações de bairro, igrejas, polícia, delegacia da mulher, abrigos e outras formas de organização, para o enfrentamento da complexidade da violência. Pensar e enfrentar a violência apenas no contexto da Unidade de Saúde irá reforçar o sentimento de impotência tanto do profissional quanto da mulher.

A receptividade e a escuta ativa é necessária aos serviços pois, quando as mulheres não reconhecem essa abertura nos serviços, observam-se dificuldades em tornar pública sua situação. Os trechos abaixo referem-se a essas dificuldades das mulheres de falar sobre a violência.

***A maior dificuldade que eu acho é elas falarem, porque é uma coisa muito mascarada, muito feia, muito humilhante, elas não falam muito abertamente assim... tu vai falando, questionando, perguntando... com calma... daí elas vão se abrindo...ir direcionando... perguntando mesmo... em relação a essa questão do relacionamento com o marido, da vida sexual, como é que é, porque se a paciente assim, sempre tem dor... sempre é ruim, porque que isso tá acontecendo... tu vai direcionando... aí elas acabam falando. Agora se for aberta[a pergunta]... pra paciente, “tudo está bem tudo ótimo” (Enf 07).***

Falar abertamente é difícil...

A abordagem para identificar o problema é outra.

***A gente identifica, mas é ao longo das consultas, conforme tu vai conhecendo a***

***paciente. Logo no início, só quando é uma coisa muito grave, a paciente que a gestação já foi gerada de um estupro, ou foi gerada de um ato meio violento, ou de alguma coisa assim. Mas, senão, ao longo do tempo que ela vai se sentindo mais à vontade, ela vai relatando essas coisas, ela vai colocando isso. E o pré-natal é o acesso direto pro paciente manter um vínculo com o profissional, porque ela vem muito freqüente... durante aqueles oito... nove meses, sete meses, seis meses... ela se vincula, se sente à vontade... posteriormente ela sente até um grau de amizade... e ela consegue colocar situações dela mais pessoais, pro médico ou pra médica que ela criou o vínculo. Então aí, a gente acaba detectando algumas coisas, mais no final... ou, principalmente, no puerpério (Med 04).***

O vínculo se dá ao longo das consultas-relação de confiança.

O pré-natal favorece a construção do vínculo, pela presença freqüente.

Segundo as falas dos profissionais, a maior dificuldade está em as mulheres falarem sobre a violência, porque é uma coisa muito “mascarada”, muito feia, muito humilhante. Isso dificulta o relato espontâneo das situações de violência pelas mulheres. Outra questão apontada pelos profissionais foi o medo de sofrer mais violência ou medo de ser, talvez, recriminada, ou medo da denúncia pelo próprio serviço sem seu consentimento.

Entretanto as falas atestam que o vínculo com profissionais que prestam o atendimento pode facilitar essa identificação, desde que haja uma “abertura” para que a mulher possa conversar sobre o assunto e o profissional direcione a abordagem do problema. Nesse sentido, a assistência pré-natal é referida como um espaço que facilita essa identificação, pois a paciente, com o tempo, se sente mais à vontade, o vínculo entre usuária e profissional é mais freqüente e concreto e ela consegue fazer “colocações mais pessoais”.

As falas de certa maneira, remetem para a importância do profissional atentar para essa problemática e para as estratégias de enfrentamento, em âmbito multidisciplinar e intersetorial. A ação profissional individual e sem preparo específico, é considerada precária e limitante, pode-se dizer, por todos os participantes deste estudo. Nesse sentido, como enfrentar sem essa retaguarda institucional e técnica?

*É que é complicado assim, quando tu vê uma*

A vulnerabilidade dos

*peessoa que está... que tu fica pensando, pô... mas o que leva essa pessoa a agüentar tudo isso... tu vai vendo a situação, tu vai vendo que não é bem assim, tu vai vendo que ali... aquela pessoa que eu te relatei, não trabalhava, tem duas filhas adolescentes, não tem pra onde correr, não tem apoio familiar, e acaba tendo que se sujeitar a essa situação. **E é uma situação complicada porque a pessoa está muito vulnerável ali, e a pessoa está, no momento que está te contando, está pedindo ajuda, e aí tu fica... E agora?** (Enf 09).*

dois lados: de quem pede (ou não) e de quem pode (ou não) ajudar!

***Como uma pessoa pode ficar sendo maltratada, violentada, vivendo sob pressão e não querer sair disso? Porque na cabeça dela, mesmo ruim é o mundo dela, .. é uma forma de proteção... entre aspas... que ela está ali... ali pode ser ruim, mas se ela sair será que não vai ser pior, e é muito complicada. Elas demoram muito tempo pra querer sair disso, e às vezes, voltam ainda. Uma paciente foi pra Casa Viva Maria e voltou pra mesma situação... é bem complicado** (Enf 07).*

“Dos males o menor!”  
Novamente a impotência bilateral.

Constata-se nessas falas que os profissionais referem impotência e paralisção frente ao problema, devido à vulnerabilidade pessoal, comunitária e social da mulher. Não há referência a encaminhamentos para outros setores, embora tenham citado o Serviço Social das Unidades, não foi feita qualquer referência a serviços jurídicos, associações de bairro, ou qualquer outra forma de organização social que possa auxiliar o empoderamento da mulher e a conseqüente busca do enfrentamento da violência. Essa situação foi também constatada em pesquisa anterior com profissionais da atenção básica em Minas Gerais (OLIVEIRA E FONSECA, 2007) e que atesta o isolamento como fator gerador de impotência na ação.

Nesse sentido, entende-se que os fatores sócioeconômicos, descritos por Kronbauer e Meneghel (2005), tais como a pobreza, o desemprego, as desigualdades sociais, são complicadores no processo de enfrentamento da violência, assim como os fatores institucionais disponíveis na região como escolas, habitação, serviços de saúde públicos, polícia, justiça, organizações religiosas e, meios de comunicação, se utilizados seus recursos, podem auxiliar na solução do

problema.

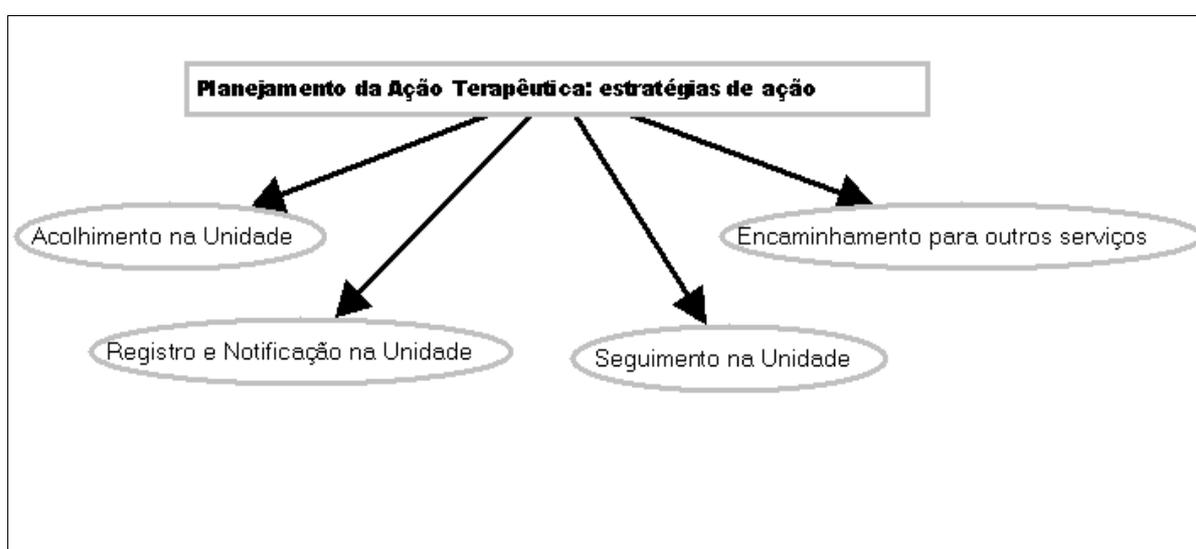
Nessa perspectiva, concorda-se com Leal e Lopes (2006) ao referirem que pensar os modos de vida e as “ocorrências anunciadas”, em que se constitui a violência contra a mulher, ajuda na elaboração de ações locais e políticas públicas voltadas para essa problemática.

### 6.3 Planejamento da Ação Terapêutica: estratégias de ação.

As ações terapêuticas referidas pelos profissionais de saúde deste estudo, estiveram centradas basicamente no enfrentamento de situações específicas de violência relatada. Constatou-se que as atividades de prevenção e a promoção da saúde, como estratégias de ação institucionais e institucionalizadas eram praticamente inexistentes nos relatos profissionais.

Esta categoria engloba as ações terapêuticas, referidas pelos participantes do estudo, como condutas utilizadas frente a uma mulher em situação de violência. A categoria inclui quatro eixos temáticos para fins de análise:

- 1) Acolhimento na Unidade de Saúde
- 2) Registro e Notificação na Unidade Básica de Saúde
- 3) O seguimento do caso na própria Unidade
- 4) O encaminhamento para outros serviços.



FONTE: Elaborado por BONFIM, 2008, a partir de categorização com uso do software Nvivo.

**Ilustração 8: Síntese do Planejamento da Ação Terapêutica: estratégias de ação.**

## Eixo 1- Acolhimento na unidade

O primeiro eixo trata do acolhimento nas Unidades estudadas como a ação terapêutica principal, desencadeada pelos profissionais para o enfrentamento da violência doméstica. Nesse sentido, o acolhimento é entendido como “o ouvir e orientar”, conforme está expresso nos trechos a seguir.

*Ouvir, ouvir e orientar. **Eu acho que ouvir e orientar... eu acho que é a atitude do profissional** (Méd 05).*

Acolher é ouvir

*Eu, procuro **conversar, ouvir e tentar fazer uma psicoterapia breve assim, de consultório...** e em alguns casos encaminho pra psicóloga que nós temos aqui (Med 06).*

*O que eu procuro fazer? **Deixo a pessoa falar, a primeira coisa.. oriento a questão da denúncia, que tem que ser feita.** Aí se a mulher fica naquela coisa... ah, tem medo... não sabe como é que vai ser... aí tu procura dar, ouvir a queixa,, ver como é a situação... orientar... se precisar uma casa de apoio a gente vê com ela, e dá um suporte psicológico (Enf 09).*

Orientar a denúncia e dar suporte psicológico.

***Mas orientar assim que existem coisas a serem feitas, os filhos também e tal, que ela pode procurar ajuda, aquelas coisas todas... se eu ficar em dúvida eu vou ali e pergunto pro pessoal como é que faz, porque tem gente que sabe bem... ó, vai na delegacia, dá queixa, isso, aquilo, aquele outro, então sempre conversar com elas... isso aí eu nunca fechei a porta pra não conversar (Med 24).***

Encaminhar.  
“Não fechar a porta!”

Constata-se pelas falas acima que os profissionais adotam uma postura de “sacerdotes” frente à questão da violência. Nesse sentido a mulher faz a “confissão” de que vive em situação de violência e percebe-se que o ouvir é talvez a única possibilidade que os profissionais conseguem adotar no enfrentamento. O orientar torna-se uma saída, as vezes, do tipo “fiz minha parte, se ela não procurar os serviços é porque não quer ajuda”. No entanto, não se pode culpar os profissionais que, na maioria das vezes, estão isolados na ponta do sistema que reflete as iniquidades e a perversidade das situações entre os mais vulneráveis.

A questão da denúncia é outro ponto que esteve presente na concepção dos

profissionais como algo que é fator de intimidação. De um lado a realização da denúncia resume o único enfrentamento, restringindo qualquer ação. De outro, o pensamento patologizante, ou seja, a violência entre casais se resolve com a terapia como dizem alguns “o acesso facilitado a algum tipo de terapia”.

Dessa forma ações preventivas e de promoção da saúde, realizadas com intuito de propiciar a sensibilização ao problema da violência, bem como iniciativas que propiciem a participação das mulheres visando à geração de renda, aumentando seu empoderamento e autonomia, conforme sugerido por Rodrigues *et al.* (2008), não fazem parte das ações, já que o isolamento e a individualização do problema é a tônica da atenção.

## Eixo 2- Registro e notificação na unidade

O segundo eixo trata do registro e da notificação dos casos de violência. Por registro entende-se o que fica registrado na própria unidade e a notificação é o encaminhamento da informação sobre a situação de violência para outros pontos da rede de apoio. Esse eixo vai ao encontro do eixo do acolhimento. Constata-se que os profissionais têm dificuldade de situar a questão da violência nos registros. Percebe-se que há uma confusão entre o que é registrar a questão da violência e o que é notificar a violência.

**A gente notifica... a gente tem um formulário de causas externas, de agravos, faz uma ocorrência** (Med 11).

Fazer ocorrência, investigar, herança policial.

**A gente teria que fazer assim um relato de causas externas, encaminhar e depois ali se vai... Se faria uma abordagem. A questão é saber que relato né. Acho que começa naquele documento de causas externas** (Med 16).

O quê e como relatar?

**Quando tem alguma coisa encaminha junto com a assistente social, pra gente vê o grau disso, se tem que fazer algum registro... a gente pede pra paciente fazer... algumas fazem, algumas não querem fazer** (Med 04).

Pela Lei n.º 10.778/03 (BRASIL, 2005) foi estabelecida a notificação compulsória, no Território Nacional, dos casos de violência contra a mulher, que forem atendidos em serviços de saúde. Concorda-se que o cumprimento dessa medida é fundamental para o dimensionamento do problema e de suas

conseqüências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema.

Quando se trata de uma patologia de notificação compulsória essa questão parece ser mais compreendida pelos serviços de saúde. Por exemplo, num caso de dengue, o profissional tem a clareza de que deve fazer o registro dos sinais e sintomas, bem como a conduta realizada no prontuário e notificar o caso para os serviços de referência. Entretanto, mesmo sendo a violência, segundo a Lei 10.778, um agravo de notificação compulsória, constata-se a dificuldade dos profissionais de notificarem o problema.

Evidencia-se que os profissionais têm dificuldade de “saber o que registrar e o que notificar” e, muitas vezes, relacionam esses registros com a denúncia da mulher à delegacia, expresso no “*orientar a fazer o registro ou pedir para a paciente fazer o registro*”. Tal dificuldade demonstra que embora a violência esteja situada no diagnóstico de causas externas e tenha sido estabelecida como política de atenção de saúde pública, quando se trata do problema em nível local ela ainda é tratada como um problema de polícia pela maioria dos profissionais deste estudo.

### **Eixo 3- Seguimento na unidade**

Em relação ao eixo sobre o seguimento do caso na Unidade, verifica-se que as ações mais efetivas estiveram ligadas aos profissionais que atuam em 02 Unidades de Saúde das 12 pesquisadas e a uma profissional que referiu ter tido durante a formação profissional discussões sobre gênero e a violência doméstica contra a mulher.

Entre essas ações os profissionais referiram o acolhimento como escuta continuada, o enfrentamento em equipe no coletivo e o direcionamento para os serviços de apoio, conforme expresso nas falas a seguir.

*Primeiro eu questiono o que ela pode fazer pra sair disso, se ela quer sair dessa situação, porque, às vezes, a gente chega com alternativas prontas pra pessoa, mas a pessoa não está ainda... por mais que ache ruim, não viu a necessidade de sair*

Investigar, chamar familiares, estimular a participação dos familiares nas consultas.

**disso..como fazer pra sair disso...a gente direciona, tem alguns serviços que dão esse apoio. Primeiro a Delegacia da Mulher,depois tem a Júris Mulher, que é um serviço judicial, também que ajuda na questão da parte legal (Enf 07).**

**Se realmente ela precisa de uma ajuda maior, pra pré-natal de alto-risco, há alguns casos de tentativa de suicídio e tal, com depressão que vão pro alto-risco. Alguns casos, encaminha pra uma outra colega aqui que trabalha com saúde mental... a discussão com os agentes de saúde pra ver realmente se a pessoa tá... se aquilo tem um fundamento de verdade, vai atrás... algumas vezes tentam chamar familiares, pra ver se ajuda, se... um suporte... convida o esposo, muitas vezes, pra vir na consulta junto, pra participar melhor... e deixa a abertura pra voltar quando precisar (Enf 10).**

**E assim, se tiver que encaminhar a gente encaminha, mas a gente oportuniza mais aqui dentro do Posto mesmo, pro pessoal poder vir aqui, deixar o espaço aberto... de acolhimento, que possa vir procurar, conversar com alguém e sempre tentar fazer com que ela entenda que tem que denunciar (Enf 09).**

**A gente procura fazer uma visita domiciliar, pra tentar se aproximar da família, realmente vê assim o que tá acontecendo (Enf 13).**

**Se faz na própria consulta uma terapia de apoio, até pra que se procure alternativas. E algumas vezes se usa medicação, se a gente vê que a própria mulher tá tão abatida, com aquele massacre psicológico e tá com dificuldades pra tomar essas atitudes de enfrentamento, então se medica. Basicamente isso, orientações... Algumas, quando o quadro é mais agressivo, aí de... Delegacia da mulher e tal. Na verdade vai depender do tipo de situação que se apresenta, de menor ou maior agressão, digamos (Méd 17).**

Buscar informações da família, chamar o esposo para participar das consultas de pré-natal; deixar o espaço da unidade aberto; discutir o caso em equipe, na própria Unidade.

Incluir os Agentes na Abordagem.

Manter o vínculo com a Unidade Básica;

“Maior ou menor agressão”- determina a conduta e o acompanhamento

Constata-se que algumas iniciativas desses profissionais englobam ações preventivas, como o direcionamento a serviços de orientação jurídica, mas, ainda assim, são ações mais pontuais em relação à rede intersetorial de apoio, e apenas no contexto da prevenção. Ressalta-se, entretanto, que os serviços estudados e citados nas falas e que têm um olhar mais coletivo sobre a violência doméstica contra a mulher, nos quais são referidos: a discussão da equipe sobre o caso, a aproximação da família, a “investigação” junto aos agentes comunitários de saúde sobre o funcionamento da família e a estrutura de apoio, possibilitaram espaço, aberto na própria Unidade, para a mulher, com a realização de consultas que envolveram terapias de apoio ou encaminhamentos para outros níveis do setor Saúde. Observa-se também que a medicalização e a farmacologização do problema e da mulher mantêm o papel de aliviar o “massacre psicológico” e talvez a impotência do profissional.

Acredita-se que esse olhar mais coletivo da questão da violência doméstica esteja relacionado à implantação, há alguns anos, nessa Região, de ações para o enfrentamento da morbidade por causas externas. Essas estratégias estão descritas por Rodrigues *et al.* (2008) e os autores salientam que o envolvimento com o grupo de observadores propicia a sensibilização sobre a violência gerando maior envolvimento em estratégias de enfrentamento do problema.

#### **Eixo 4- Encaminhamentos para outros serviços**

Em relação aos encaminhamentos, constatou-se que estão direcionados freqüentemente à Delegacia da Mulher ou à Casas de Apoio (abrigo protegido), evidenciando a concepção de violência, inicialmente, como um problema de polícia, como risco de morte, em que a paciente necessita sair de casa. Os trechos a seguir referem-se aos encaminhamentos para os hospitais de referência.

*A minha conduta **seria acho que encaminhar, tem vários lugares que tem um acolhimento de violência, a delegacia da mulher, mas tem ali, acho que **Presidente Vargas tem uma rede 24 horas ali de violência, não tem... ou é só violência sexual...É acho que é... 24 horas... eles têm um sistema de acolhimento... e lá também é... tem o atendimento multiprofissional, tem psicólogo, tem médico,*****

Encaminhamento para Hospitais de Referência;

***enfermeiro, tem bastante gente pra dar esse apoio, que aqui eu acho que a gente não tem muito recurso, não dá pra parar aqui a coisa, tem que ir adiante (Méd 22)***

A rede básica não tem recurso, o atendimento pode parar.

Constata-se, no decorrer deste estudo, que a violência é pensada predominantemente nas situações em que se manifesta a agressão física, sexual ou em que há risco de morte, em que é necessário o encaminhamento para serviços com maior complexidade na atenção.

Nesse sentido a violência não faz parte dos problemas a serem enfrentados na atenção básica, pois essa não tem recurso, segundo algumas das concepções apresentadas nas falas. Essa forma de pensar a violência constitui-se em entraves ao que se considera o papel da atenção básica, na interrupção do ciclo da violência contra a mulher. Pensa-se que esse papel inclui a prevenção das manifestações mais graves e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que tenham objetivo de facilitar o empoderamento das mulheres, considerando as limitações sociais a que estão expostas.

Pensar-se a violência como um problema social que influencia os modos de adoecer e morrer da população, é fundamental e requer cuidados que contemplem a perspectiva e os modos de vida das mulheres, assim como das estruturas sociais disponíveis no auxílio do seu enfrentamento.

Dessa forma, pensar a violência na atenção básica significa pensar em formas de enfrentamento para além do tratamento focado no caso individual, sem desconsiderar particularidades das mulheres atendidas e traçar ações terapêuticas multiprofissionais e intersetoriais para a prevenção dos agravos e promoção da saúde, no sentido mais amplo da qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Freqüentemente, durante a elaboração das conclusões sobre um estudo, busca-se tecer considerações sobre os resultados obtidos. Retorna-se um pouco mais atrás, à introdução, quando foi referido que o primeiro contato com a temática havia sido em um PSF no interior do Piauí.

Naquele momento e durante a elaboração do projeto de pesquisa, esperava-se encontrar, durante a coleta e análise dos dados desta pesquisa, uma situação bem diferente daquela vivenciada, em um Município do interior de um Estado que se situa entre os últimos lugares no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH do País.

Essa expectativa foi reforçada, no decorrer da construção do problema. Traçando-se um linha cronológica, desde os anos 80, pontuando a inclusão do gênero como categoria analítica, o movimento feminista, a construção do SUS, a elaboração do PAISM, a Convenção de Belém do Pará, a inclusão das causas externas como problema de saúde pública pela OMS, e as várias pesquisas já realizadas sobre a temática da violência doméstica, tudo colaborou para que a expectativa fosse, cada vez mais, de encontrar um contexto bem diferente do vivenciado.

Entretanto, já na realização das entrevistas do projeto-piloto, surgiram indícios de que as informações não estavam de acordo com o previsto. Constatou-se que os profissionais de saúde, em muitas situações, não concebiam a violência doméstica como um problema de saúde pública que demandava ações, também dos profissionais da Área, para o seu enfrentamento.

O desenvolvimento da pesquisa documental, reforçou ainda mais a violência contra a mulher como temática não inserida na pauta da saúde pública. Entre as situações de violência identificadas previamente ao pré-natal, assim como aquelas

identificadas durante o pré-natal, além das constatadas no puerpério, o que se evidenciou foram registros em que a violência aparecia descontextualizada e as ações voltadas para as conseqüências da violência na saúde da mulher, sejam estas físicas ou psíquicas.

Constatou-se que as mulheres comparecem, com comprometimento, para as consultas de pré-natal, entretanto, se não houver uma queixa consistente da mulher de uma situação concreta de violência, com um sintoma associado, essa violência não é considerada na conduta, é tida como algo que mesmo que “apareça” não é da competência do profissional de saúde. Ressalta-se que as ações terapêuticas, quando existentes, são voltadas apenas para os sintomas.

A assistência pré-natal é centrada em ações programáticas, estando os registros nas Unidades voltados para as condutas técnicas e apresentados de forma bastante incompleta. Dessa forma, a consulta de pré-natal segue um roteiro normatizado e ritualizado, prejudicando o acolhimento da gestante na Unidade e invisibilizando outros elementos diagnósticos, que estão além do biológico, tais como os significados da gravidez para as mulheres e para as famílias e próprias condições de vida dessas mulheres.

Percebe-se, pela análise das entrevistas, que a violência realmente não é entendida como uma questão de saúde pública, dever, não só técnico mas, de cidadania dos representantes do poder público, personalizados nos profissionais de saúde, e o pré-natal é centrado nos resultados esperados pelo PHPN.

Nas concepções dos profissionais, a violência doméstica contra a mulher não aparece entre os problemas de saúde diagnosticados e listados no pré-natal, sendo descritas, na maioria das falas, as patologias. Algumas questões sociais como a gravidez não planejada e a gestação na adolescência, estavam presentes nas falas e nos registros, entretanto a violência era invisibilizada. Nesse contexto, o pré-natal é tido como um momento em que é necessário fazer a mulher cumprir o calendário de consultas, aceitar a gestação e aderir ao estipulado no PHPN, de forma acrítica, desconsiderando o contexto de cada gestante.

Sobre o reconhecimento da violência doméstica, as concepções dos profissionais situaram-se, majoritariamente, em torno de dúvidas sobre o que é ou

não violência. A naturalização da violência doméstica é freqüente, atestando a persistência da dominação de gênero e da “histórica” aceitação da lei do mais forte onde “não se mete a colher”. Nessa perspectiva, a violência física é entendida como mais grave e reconhecida; somente depois é que as outras formas são referidas, como a violência psicológica, identificada em outros estudos como a mais freqüente na gestação. Neste estudo identificou-se que este tipo, segundo os profissionais, é considerada “discreta” ou “não-tão-violenta”.

A percepção de violência, segundo os pré-natalistas, centrou-se na violência física. A posição de espectadores ou a passividade frente a ela, associados ao medo e descompromisso com o enfrentamento, já relatados em outros estudos, foram também encontrados. Dessa forma, a violência é invisibilizada tanto nos registros, quanto nos relatos de atendimentos pelos profissionais. As dificuldades das mulheres em falar sobre a violência, mesmo quando tinham vínculo com o profissional de saúde, associada às dificuldades dos profissionais em abordar o problema, foram referidos como os entraves para identificação e reconhecimento de situações de violência doméstica contra a mulher, assim como é afirmado em alguns estudos (FRANZOI, 2007; OLIVEIRA E FONSECA, 2007). Essas dificuldades, segundo os participantes deste estudo, estão na desconsideração da violência nos sintomas apresentados pelas mulheres.

Em relação à associação da gestação com a violência, identificou-se que os profissionais entendem que, em alguns momentos, a gestação é entendida como uma fator de proteção e, em outros, é vista como um potencializador ou gerador da violência. Como proteção, foram citados a imagem da mãe e a maior tolerância do companheiro nesse período, em função do feto e a barriga servir como escudo. Nessa visão as mulheres são vistas com mais cuidado durante a gravidez. Entretanto, também foram relatadas situações em que a gestação potencializa ou deflagra a violência quando a mesma não é um projeto conjunto do casal ou da família. Nessa situação podem-se listar vários elementos implicados, como o aumento do custo financeiro para a família, a responsabilização e culpa da mulher pela gestação não planejada, a interferência na sexualidade, a vulnerabilidade comunitária, as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho e escola pelas adolescentes, o medo do abandono do companheiro na gravidez, a insegurança, o parceiro não ter planejado a paternidade e a dúvida sobre a paternidade.

Nesse contexto de ambivalência e dificuldades, o pré-natal foi referido como facilitador na construção do vínculo da mulher com o profissional de saúde na medida em que esta freqüente, de forma mais assídua, os serviços, nesse período. Entretanto, a normatização do pré-natal foi considerada limitante do acolhimento na dimensão de integralidade, e, conseqüentemente, entrave na construção desse vínculo e na identificação da violência. Também o atendimento centrado nas alterações biológicas da gestação foi referido como um limitador. Em conseqüência, a violência que pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional, ou a placenta prévia pelo fato de a gestação não conferir proteção para a mulher, deixa de ser identificada. A assistência pré-natal é entendida pelo Ministério da Saúde como um momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, apesar de ser, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo, não aborda essa questão (BRASIL, 2005). No entanto, não raro, essa oportunidade não se configura em ação terapêutica.

Nesse sentido, realizar o atendimento apropriado para grávidas que sofrem violência física, sexual ou psicológica, pode mudar o destino dessas gestantes e de seus filhos.

Esse atendimento apropriado depende das relações entre profissionais e serviços e redes sociais. Em relação aos serviços sugere-se a organização do cuidado de forma que possibilite a abordagem multiprofissional, interdisciplinar e o trabalho em equipe. Valorizar-se o enfrentamento coletivo “sem salinhas”, foi identificado como positivo, para tratar da questão da violência contra a mulher. Entretanto, reconhece-se que o atendimento não é realizado dessa forma por todas as equipes; nem sempre está disponível o atendimento multiprofissional ou a rede de apoio, o que dificulta, sobremaneira, o enfrentamento do problema. O agente comunitário também foi citado como potencializador do vínculo com as famílias, facilitador da identificação das situações de violência, assim como na elaboração de estratégias de enfrentamento, pelo vínculo comunitário, por conhecer o funcionamento das famílias e a estrutura de apoio da mulher.

A abordagem multiprofissional e intersetorial pode contribuir; porém, a intersetorialidade está distante do referido pelos profissionais, que nem sempre conhecem os recursos da rede, por falta de informação e comunicação entre

serviços. Assim, os encaminhamentos adquirem o sentido de “passar adiante a situação”. Essa parece ser também a conduta nos serviços de referência, pois os relatos da ausência do retorno de informações sobre as situações referenciadas estiveram presentes. Nesse sentido, o encaminhamento da situação adquire um aspecto de “troca de jurisprudência”, em que o serviço de saúde de origem não tem nenhuma co-responsabilização que demande informações de contra-referência.

Outra questão que permeia a assistência à violência na Atenção Básica são as ações programáticas ou a rotinização dos atendimentos. Nesse sentido, só se enfrenta o que está na norma operacional e como a violência não consta no *script*, e, sem programas não se atua, constata-se a quase inexistência de ações para o enfrentamento do problema, na sua integralidade, nos discursos dos participantes. Exceção se faz ao programa de “observadores de causas externas”, ainda assim, citado como iniciativa isolada e pontual, como outras ações, que vivenciaram em outros serviços, advindas do engajamento e esforço de alguns profissionais.

Em relação ao preparo técnico dos profissionais, foi referida a ausência de formação ou qualificação sobre a violência doméstica. Esta é referida como tema não abordado na formação, é pouco abordada ou abordada pontualmente, “por cima”. Dessa forma, ao deparar-se com a problemática nos serviços, surgem discursos como “não ter tempo para resolver o problema” e “não saber o que fazer” ou, ainda, “o caso parece sem solução”. Nesse contexto, os profissionais apresentam concepções e percepções nas quais a abordagem da violência gera o medo da reação, a desproteção e não há apoio institucional, segundo eles. Assim, sentem-se paralisados frente ao problema. Observa-se também, a reprodução de mitos elaborados no senso comum sobre a violência doméstica contra um tipo de mulher concebida na cultura como submissa e que aceita a violência.

Os mitos, identificados nas falas dos participantes, também discutidos por Schraiber *et al.* (2003), são fatores de entrave à visibilização e enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde. Sustentam-se em que esta não quer denunciar o marido, devido à dependência socioeconômica que impossibilita o enfrentamento da violência, que a mulher não quer ajuda, no medo de ofender a mulher, ou, ainda, em que mulher escolhe essa submissão.

Em relação aos fatores relacionados às mulheres e que interferem nos

atendimentos da violência doméstica, os profissionais referiram a dificuldade da mulher de falar abertamente sobre a questão. Nesse sentido, o profissional necessitava direcionar a abordagem para identificar a violência, o que ele também não se sentia preparado para fazer, pois a violência é um tema de difícil comunicação, mesmo no contexto do pré-natal.

Constata-se que as ações terapêuticas adotadas pelos profissionais, participantes deste estudo, centraram-se em atitudes individuais, voltadas, na maioria das vezes, para as conseqüências da violência sobre a saúde da mulher e a prevenção do risco de morte. A violência não é entendida como um problema de saúde pública que em suas diferentes dimensões demandem ações de prevenção, promoção da saúde ou auxílio na interrupção do ciclo que, em muitas situações perdura durante anos.

Nesse sentido entende-se que é necessário que sejam elaboradas estratégias visando sensibilizar e dar sustentabilidade às ações dos profissionais da atenção básica, bem como fornecer ferramentas teóricas sobre o enfrentamento da violência como problema de saúde complexo e que requer abordagem multidisciplinar e intersetorial para seu enfrentamento. Dessa forma pode-se auxiliar os profissionais da atenção básica no entendimento de que a violência doméstica não se constitui apenas da agressão física ou de situações de saúde mental comprometida pela permanência em situação de violência. É necessário que a violência seja entendida como uma questão de saúde pública que, em nível individual, pode estar sendo a causa de sintomas referidos pelas mulheres durante as consultas de pré-natal.

Finalmente, parece que a problemática da violência é semelhante em diferentes contextos, seja no Município com o melhor IDH do Brasil, entre aqueles com mais de um milhão de habitantes, ou em um Município, de pequeno porte, do Estado situado nos últimos lugares do ranking. A violência doméstica aparece em ambos com os mesmos complicadores e associada às desigualdades sociais e de gênero. Repensar formas de ação implica contextualizar as situações de violência, pensá-la localmente, investigar condições de vida das gestantes e recursos organizacionais disponíveis na Região, além de prestar o atendimento técnico competente no pré-natal mas, sobretudo, elaborar ações de enfrentamento intersetoriais conjuntas num contexto local.

A consciência de que a problemática da violência contra a mulher, no nível local dos serviços atenção básica de saúde, ainda não se consolidou como questão de saúde pública e individual, a ser abordada na assistência pré-natal, levou-nos a investigar as diversas concepções dos profissionais que realizam esse atendimento e as práticas adotadas na atenção básica de uma Região do município de Porto Alegre. Essa investigação permite pensar em estratégias que possibilitem a construção de novas formas de pensar e fazer a assistência pré-natal, superando as ações assistenciais calcadas no biológico, focadas no individual e na medicalização, que permeiam a assistência existente.

## REFERÊNCIAS

AGENDE-AÇÕES EM GÊNERO CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO . **10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará**. Brasília: AGENDE, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Referências: elaboração: NBR 6023**. São Paulo, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS .**Trabalhos Acadêmicos: NBR-14724**. São Paulo, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Citação de texto: NBR 10520**. São Paulo, 2002.

AYRES, José Ricardo de C M. **Vulnerabilidade de Avaliação de Ações Preventivas**. São Paulo, Casa de Edição, 1996.

BATISTA, Luis Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes; PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 38. n.5, p. 630-636, 2004.

BENDLER, Jaqueline. **Anorgasmia feminina e antecedentes de violência sexual**. In: 3ª Jornada Gaúcha de Sexualidade Humana e 3º Seminário Sulbrasileiro de Educação Sexual, 2000, Porto Alegre. Anais...Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana, 2000, p.33.

BERGER, Sonia Maria Dantas. **Violência Sexual contra mulheres: Entre a (in)visibilidade e a banalização**. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública) Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL, **Lei 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 República do Brasil. Brasília, DF, 25 nov 2003. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.778.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm). Acesso em 20/08/2005.

BRASIL, **Lei 8. 080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República do

Brasil. Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em 15/01/2008.

BRASIL, **Lei 8. 069 de 13 de julho 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Brasília, DF, 16 jul 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>. Acesso em 02/04/2008.

BRASIL, **Lei 8. 142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Brasília, DF, 31 dez 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm). Acesso em 15/01/2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001** publicada no DOU nº 96, de 18/05/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Portaria MS/GM nº 569 de 01/06/2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/02. portaria MS/GM nº 373 de 27/02/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **NOB - SUS 01/96 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde -SUS**. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Portaria MS/GM nº 570 de 01/06/2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência contra a Mulher - Plano Nacional: Diálogos sobre a violência doméstica e de Gênero: construindo políticas para as mulheres**. Brasília: A secretaria, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria MS/GM nº 648 de 28/03/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial : saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico** Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em 15/09/2005.

BRASIL. **Código Penal**. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Associação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em [http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp\\_DL2848.pdf](http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf). Acesso em 15/01/2008.

BRUYN, Maria de. **Violence, pregnancy and abortion**. Issues of women's rights and helth. 2 ed. Chapel Hill (NC): IPAS, 2003.

BUENO, André. **A morbidade por causas externas em uma região do município de Porto Alegre/RS: um olhar epidemiológico**. Monografia (Escola de Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

CAVASIN, *et al.* **Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social. Estudo Exploratório em Cinco Capitais Brasileiras**. Relatório de Pesquisa (Eccos Comunicação em Sexualidade)São Paulo: 2004.

CECÍLIO, L.C.O. **Necessidades de Saúde e suas Implicações para a Atenção às Práticas em Saúde**. (Conferência apresentada no Evento Comemorativo dos Dez Anos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS) Porto Alegre: 2008.

CESAR, B.A.L. **O beber feminino: a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres**. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca)Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2005.

COCCO, Marta. **Geração e Gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos acidentes e violências entre jovens de Porto Alegre**. Dissertação (Programa de Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

COIMBRA, Liberata C.; *et al.* **Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 37. n.4, p. 456-462, 2003.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin. **O inquérito: Teoria e prática**. 4 ed. Oeiras, Portugal: Celta, 2001.

D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência de Gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. Tese (Faculdade Medicina) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DATASUS. **Banco de Dados do Ministério da Saúde**. Disponível em <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>> Acesso em: 10 ago 2007.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/f06.def> Acesso em 12/03/2008.

DAGORD, Ana Lucia de Leão. **Viva Maria: 10 anos**. Dissertação (Programa de Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

DURAND, Julia Garcia. **Gestação e Violência: Estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo**. Dissertação (Faculdade Medicina) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Violência Sexual e interrupção da Gestação prevista em Lei: Manual de Orientação**. São Paulo: Jorge Andalaft Neto, 2004.

FONSECA, Cláudia. **Família, fofoca e honra: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares**. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

FRANZOI, Neusa Maria. **Concepções de profissionais de equipes de saúde da família sobre violência de gênero**. Dissertação (Escola de Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GERHARDT, Tatiana Engel. **Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil**. Tese (Universite de Bordeaux 2- Victor Segalen) Université BORDEAUX 2. França, 2000.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, Amor e Erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1993.

GOMES, R.A. **Mulher em situação de violência sob a ótica da saúde**. In: MINAYO, M. C.; SOUZA, E.R. de. **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.199-222.

GROSSI, Patrícia Krieger; WERBA, Graziela C. **Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre, PUCRS, 2001.

GROSSI, Patrícia Krieger; AGHINSKY, Beatriz Gershenson. **Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais** In GROSSI, Patrícia Krieger; WERBA, Graziela C. **Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre, PUCRS, 2001.

HEISE, Lori. **Violence Against Women. An Integrated, Ecological Framework**. SAGE Publications: Rev. Violence against women: Vol 4 , n 3, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo **Dicionário Aurélio: dicionário eletrônico**. Versão 5.0. Curitiba: Positivo Informática, 2004. 1 CD-ROM

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IMPERATORI, Giceli. LOPES, Marta Julia Marques. **Estratégias de Intervenção na morbidade por causas externas: como atuam os Agentes Comunitários de saúde**. Rev Saúde e Sociedade, no prelo.

JÚNIOR, Klinger Fontinele. Pesquisa em Saúde: Ética, Bioética e Legislação. Goiânia: AB, 2003.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 39. n.5, p. 695-701, 2005.

LEAL, Sandra Maria Cezar. **Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem**. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques. **A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem**. Rev Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO, Rio de Janeiro, v.10 n.2 p.419-431, 2005.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques. **Vulnerabilidade à Morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde**. Rev Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v.5 n.3 p309-316, 2006.

LOPES, Marta Julia Marques *et al.* Projeto de pesquisa e Desenvolvimento Observatório de Causas Externas na Atenção Básica de Saúde do Município de Porto Alegre. Projeto em desenvolvimento com parceira da Escola de Enfermagem da UFRGS e Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Porto Alegre, 2005.

MAFFACCIOLLI, Rosana. **Os grupos na atenção básica de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica**. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Rev Latino-am Enfermagem, EERP-USP, Ribeirão Preto, vol 15 n.1, 2007.

MENEZES, Telma Cursino. *et al.* Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, vol.25. n.5, 2003.

MENEZES, Ana M. B. *et al.* **Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 3, p.209-216, 1998.

MEYER, Dagmar E. E. **Saúde da Mulher: indagações sobre a produção de gênero**. O mundo da Saúde. São Paulo, v.23. n. 2. mar- abr, 1.999.

MINAYO, Maria .Cecilia. *et al.*. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**, 7º ed. Petrópolis, RJ: 1997.

MORAES FILHO, Evaristo de. Formalismo Sociológico e a Teoria do Conflito *in* MORAES FILHO, Evaristo de (Org). **Georg Simmel: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 34)

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. 2 ed. São Paulo: SARVIER, 2000.

NORONHA, Ceci Vilar. Violência, crime e pobreza na Região Metropolitana de Salvador: um velho tema revidado. *In* GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Mara Helena de Andréa. O Clássico e o Novo. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

OLIVEIRA, Celin Camilo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. **Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, 41(4): 605- 612, 2007.

OKADA, Marcia Massumi. **Violência Doméstica contra a mulher: Estudo com puérperas atendidas em uma maternidade filantrópica**. Dissertação (Escola de Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe Mundial sobre Violência e Saúde 2002**. Genebra: OMS, 2002.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis. **PRÁ-SABER: Informações de Interesse à Saúde. SINASC PORTO ALEGRE 2006**. Porto Alegre, 2006. 34p.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis. **PRÁ-PARAR: Programa de Vigilância da Violência. Relatório 2006**. Porto Alegre, 2007. 27p.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Mapas e Indicadores das Vulnerabilidades Sociais**. Porto Alegre, 2007. 16p.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Cultura. Coordenação de Memória Cultural. **História dos Bairros de Porto Alegre**. Porto Alegre: Unidade Editorial da Secretaria Municipal da Cultura de Porto Alegre, [2000] Disponível em: [Http://www.portoalegre.rs.gov.br](http://www.portoalegre.rs.gov.br), acesso em 10 jan 2008.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

RODRIGUES, Maria do Socorro; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

RODRIGUES, G.; DE NEGRI, A.F. **The development of a community based initiative for safety promotion in a large urban center of south Brazil**,

**estrategias and challenges facing socio economical conditions and institutional changes.** 13 Conferencia Mundial das Cidades Protetoras. Praga. jun, 2004.

RODRIGUES, Gerci; *et al.* **Estratégias de Enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre.** Rev Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO, Rio de Janeiro, v.13 n.1 p.111-120, 2008.

RODRIGUES, Daniela Taysa. **Análise da Violência doméstica entre as mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco.** Dissertação (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SALGADO, Gládis Helena; LOPES, Marta Julia Marques. Mulheres agredidas: um desafio para a Atenção Básica de Saúde. *in* LOPES, Marta Julia Marques e PAIXÃO, Dilmar Xavier da(ORG). **Saúde da Família. Histórias, práticas e caminhos.** Porto Alegre: UFRGS, 2007.

SANTOS, Gislaine T.; LOPES, Marta Julia Marques. A morbidade por causas externas: registro e enfrentamento em um PSF de Porto Alegre. *in* LOPES, Marta Julia Marques e PAIXÃO, Dilmar Xavier da(ORG). **Saúde da Família. Histórias, práticas e caminhos.** Porto Alegre: UFRGS, 2007.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Causas de óbito segundo raça/cor e gênero no Estado de São Paulo.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 39, n. 6 p. 987-988, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 36, n. 4 p. 470-477, ago. 2002.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: UNESP, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica.** 2 ed. São Paulo: [s.n], 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* **Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 41, n. 3 p. 359-367, jun. 2007.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise.** Rev Educação e Realidade 20 (2)71-99. jul-dez 1995.

SILVA, Andréia Cristina L. F. **Gênero: uma categoria útil estudo do corpo e da saúde?** Rev Labrys Estudos Feministas, Brasília, Montreal, Paris, n. 5, janeiro a julho de 2004. ISSN 1676-9651. Disponível em <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys5/textos/andreia.htm> jan-jul 2004, acesso em 14/03/2008.

SUÁREZ, Mireya; BANDEIRA, Lourdes. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da sociedade. *In* BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. **Gênero, Democracia e Sociedade**. São Paulo: FCC: Ed. 34, 2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION- OPAS. **Fact Sheet of the Program on Women, Health and Development** - Number 24 (November 2000), Disponível em [http://www.planetwire.org/files.fcgi/2368\\_violencepregnancy.PDF](http://www.planetwire.org/files.fcgi/2368_violencepregnancy.PDF), acesso em 19/06/2006.

PORTAL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, Desenvolvido por Instituto Patrícia Galvão. **Apresenta temas relativos à violência contra a mulher**. Disponível em: <http://www.patriciagalvao.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/Acesso> em 15/09/2007.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **A operacionalização do Conceito de Vulnerabilidade no Contexto da Saúde da Família**, disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/38manual\\_enfermagem.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/38manual_enfermagem.pdf), atualizado em agosto 2004. Acesso em 20/06/2006.

WIEVIORKA, Michel. **Em que mundo viveremos?** São Paulo: Perspectiva, 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A- ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REALIZAM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DA GERÊNCIA DE SAÚDE PARTENON/ LOMBA DO PINHEIRO EM PORTO ALEGRE.

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Sexo:

Idade:

Serviço:

Tipo de Serviço: ( ) UBS ( ) USF

Bairro:

#### FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Graduação:

Conclusão:

Especialização:

Conclusão:

Outros:

Tempo de atuação na profissão:

Tempo de realização de atendimento pré-natal:

Tempo de atuação no serviço:

Tempo de realização de atendimento pré-natal no serviço:

A realização de atendimento pré-natal é uma opção pessoal ou necessidade do serviço?

#### INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

1-Quais os problemas de saúde mais freqüentes entre as mulheres que realizam pré-natal neste serviço?

2- Identifica-se situações decorrentes de violência doméstica? São freqüentes? Descreva.

3- Como são evidenciadas? Pelo relato das mulheres? Nesse caso, como referem? Existem sinais aparentes?

4- Em que momentos as queixas aparecem? De que forma? O que facilita o aparecimento? Relate situações.

5- O que é feito pelo profissional de saúde quando identifica uma mulher nessa situação?

6- O que poderia ser feito no pré-natal para facilitar essa identificação? Isso está sendo realizado?

7-Você acha que isso tem alguma relação com os problemas de saúde desta mulher? Que relações você estabelece?

8- Que dificuldades encontra para atender a mulheres em situação de violência durante o pré-natal?

9- Que pontos positivos identifica como úteis para auxiliar o atendimento a estas mulheres?

10- Em sua avaliação como tem sido a atuação dos programas de saúde considerando essa problemática?

11- Existe uma rede de apoio para o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica? Quais os serviços de referência? Como funciona?

12- Gostaria de falar mais a respeito?

13- Durante sua formação profissional como foi abordada a questão da violência contra a mulher?

## APÊNDICE B- FORMULÁRIO GUIA PARA PESQUISA DOCUMENTAL

### DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ELISIANE GOMES BONFIM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL 2007

#### UNIDADE DE SAÚDE

Unidade de saúde:

Equipe / micro área:

Número do prontuário:

Profissional responsável pelo atendimento:

Data do atendimento:

Tipo de atendimento:

#### GESTANTE

I

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome (Transcrever apenas as iniciais do nome):

Idade:

Cor:

Endereço:

Equipe de Saúde Referência:

#### DADOS SOCIOECONÔMICOS:

Escolaridade:

Profissão / Ocupação:

Estado civil/ União:

Número e idade de dependentes:

Renda Familiar:

Pessoas da família com renda(quem):

#### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

GESTA:

PARA:

CESÁREA:

ABORTO:

Número de filhos vivos:

Complicações em gestações /puerpério anteriores (especificar):

#### GESTAÇÃO ATUAL (PRÉ-NATAL EM 2006)

DUM: Data do início do pré-natal:

Idade Gestacional no Início do Pré-natal.

Número de consultas de pré-natal:

Medicamentos utilizados no pré-natal:

Internação Hospitalar durante a gestação:

Motivo:

Tabagismo:

Álcool:

Uso de Drogas Ilícitas:

Aceitação da gravidez pela gestante e família:

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**REGISTRO DE VIOLÊNCIA:** (Transcrever anotações do prontuário referentes a suspeita ou identificação de violência doméstica e dados da ficha de notificação de violência, quando for o caso).

**CONDUTAS NA UNIDADE:** (Transcrever dados referentes a cuidados prestados na própria unidade de saúde)

**ENCAMINHAMENTOS:** (Transcrever dados referentes a encaminhamentos realizados para a paciente- Delegacia da Mulher, Casa de Apoio, Serviço Social, Psicologia, Hospitais de Referência)

**SEGUIMENTO DO CASO:** (Transcrever dados acerca do acompanhamento que foi realizado para o caso- visita domiciliar, participação em grupos, consulta subsequente, etc.)

**Responsável pela Coleta:**

**Data da Coleta:**

**APÊNDICE C- CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**  
**Consentimento Livre e Informado**

Eu, \_\_\_\_\_  
 aceito participar voluntariamente da pesquisa intitulada: *A violência doméstica contra a mulher como problema de saúde pública na perspectiva da Atenção Pré-natal*, que tem por objetivos: discutir violência doméstica como questão de saúde pública e sua abordagem no pré-natal na Região Partenon/Lomba do Pinheiro;

De acordo com os esclarecimentos e informações prestados pela pesquisadora, minha participação na pesquisa se dará através de uma entrevista, onde responderei livremente a perguntas sobre o tema em questão, sendo que a mesma será gravada em formato digital (mp3).

Estou ciente de que tenho total liberdade para interromper a minha participação na entrevista ou na pesquisa a qualquer momento, sem punição ou qualquer tipo de prejuízo para minha pessoa. Sei também que minha participação no estudo não envolve nenhum custo financeiro e, que a entrevista será previamente agendada para minimizar alterações na rotina de atendimento do serviço de saúde, bem como que a pesquisa não trará nenhum benefício direto para mim.

Além disso, em relação aos dados a serem fornecidos fui comunicado(a) de que os mesmos serão utilizados pela pesquisadora para a elaboração de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Julia Marques Lopes, e em publicações que asseguram o anonimato dos participantes. Recebi também informações sobre a guarda e proteção das informações, de modo a garantir minha privacidade e de outras pessoas que possam ser citadas.

Para confirmar o compromisso de minha participação e da pesquisadora responsável, concordo em assinar por vontade própria este documento, em duas vias, que contém também a assinatura, o endereço e o telefone de contato da pesquisadora principal, para que a qualquer momento eu possa tirar dúvidas sobre o projeto e minha participação na pesquisa.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
 ELISIANE GOMES BONFIM  
 Escola de Enfermagem –UFRGS  
 Rua São Manoel, 963.  
 Fone (51) 3308-5251.  
 e-mail:elisianegomes@hotmail.com

E-mail: marta@enf.ufrgs.br  
 PARTICIPANTE  
 NOME: \_\_\_\_\_  
 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
 FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 RG/CPF: \_\_\_\_\_

ORIENTADORA DA PESQUISA  
 Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Julia Marques Lopes  
 Escola de Enfermagem –UFRGS  
 Rua São Manoel, 963.  
 FONE:(51)3308-5251.

**COMITÊ ÉTICA E PESQUISA**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 FONE (51)3289-2785- PORTO ALEGRE

**APÊNDICE D- QUADRO DO NÚMERO DE PRONTUÁRIOS PESQUISADOS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA GERÊNCIA PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO.**

<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>PRONTUÁRIOS PESQUISADOS</b>
Bananeiras	036
Esmeralda	057
Herdeiros	034
Lomba do Pinheiro	062
Mapa	099
Panorama	155
Pequena Casa da Crianca	043
Pitoresca	027
São Carlos	067
São José	088
São Pedro	041
Vicosa	023
<b>TOTAL</b>	<b>784</b>

FONTE: Pesquisa direta nas Unidades de Saúde da Região Lomba do Pinheiro- Partenon. Elaboração da tabela BONFIM, E.G. Porto Alegre, 2008.

## **ANEXOS**





IDADE ANOS MENOR DE 15 <input type="checkbox"/> MAIOR DE 35 <input type="checkbox"/>	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTUDOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL/UNIÃO CASAD. <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>		<b>OBSTETRICOS</b> (Anotar o número de)		ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500g <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<b>FAMILIARES</b>		GESTAS <input type="checkbox"/> AGORTOS <input type="checkbox"/>		NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> VIVEM <input type="checkbox"/>	
DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/>		MORRERAM 1ª SEMANA <input type="checkbox"/>	
HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		VAGINAIS <input type="checkbox"/>		MORRERAM APOS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/>	
GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		CESÁREAS <input type="checkbox"/>		NASCIMENTO COM MAIOR PESO	
OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/>		DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO	
<b>GRAVIDEZ ATUAL</b>		DÚVIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		MÊS ANO	
PESO ANTERIOR <input type="text"/> kg		ANTITÉTANICA PREVIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
ESTATURA <input type="text"/> cm		1ª MÊS GESTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		GRUPO Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> SENSIB. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
DIAM. <input type="text"/> cm		2ª MÊS GESTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		TRANSF. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
OPP. <input type="text"/>		3ª MÊS GESTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		LOCAL: <input type="text"/>	
EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		PARANICOLAU NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		V.D.R.L. <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	
EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		COLPOSCÓPIA NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
EX. ODONTOL. NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		FUMA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
PÉLVIS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Nº de cigarros por dia <input type="text"/>			
CONSULTA Nº 1		CONSULTA Nº 2		CONSULTA Nº 3	
DATA		DATA		DATA	

SEMANAS DE AMENORRÉIA	
PESO (kg)	
PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mmHg)	
ALTURA UTERINA (cm)/APRESENTAÇÃO	
BCF / MOV. FETAL	
ASS. DO PROFISSIONAL	

<b>PARTO</b>		IDADE GESTA		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		INÍCIO		MEMBRANAS		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO	
HOSPITAL: <input type="text"/>		MENOR DE 37 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ND. <input type="checkbox"/> ESP.		<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.		<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRE-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT.	
TERMINAÇÃO EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/>		HORA		MINUTO		DIA		MÊS		ANO	
FORC. <input type="checkbox"/> OUT. <input type="checkbox"/>		NÍVEL DE ATENÇÃO 3º		2º		1º		DOMIC.		OUTRO	
EPIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> DESPROR. CEF. PÉLV. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3º TRIMES. <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPE. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA	
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		FLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		VOMENTO <input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO. <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>			
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIO. <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>									

<b>RECÉM NASCIDO</b>		PESO AO NASCER		IDADE POR EXAME FÍSICO		PESO I.G.		EX. FÍSICO IMEDIATO		HORA OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO	
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		V.D.R.L. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +		APGAR 1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/>		SEM. <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS <input type="checkbox"/>		ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQ. <input type="checkbox"/> GRAN. <input type="checkbox"/>		TEMPERATURA	
ESTATURA <input type="text"/> cm		EX. FÍSICO PRE-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		EX. NEURO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUBIOSO <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		PULSO (BATIMENTO/MINUTO)	
PER. CEF. <input type="text"/> cm		EX. FÍSICO PRE-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		EX. NEURO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUBIOSO <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>		PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mm Hg)	
RN AJD./DONA. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		ALTA DO RN <input type="checkbox"/> BADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/PATOL. <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>		IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS <input type="text"/>		IDADE AO FALECER <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS <input type="text"/>		ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MEXTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC. <input type="checkbox"/>		INVOL. UTERINA	
										CARACTERÍSTIC. DOS LÓQUIOS	
										ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SADIA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/PATOLOGIA <input type="checkbox"/>	
										MORTE MATERNA <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO <input type="checkbox"/>	
										ORIENT./CONTRAÇÃO CONDON <input type="checkbox"/> D.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> US. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>	

## ANEXO C- FICHA DE CADASTRO NO SISPRENATAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**  
COMPONENTE I – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

### FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

### IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL		8. Gestante acompanhada pelo PSF	
		Código da Área	Microárea
9. Nome da Gestante		10. Data Nascimento	
		/ /	
11. Nome da Mãe da Gestante			
12. Endereço Residencial			Número
Complemento	Bairro	Município	CEP

### PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

13. N.º do Cartão SUS		14. N.º do CPF	
15. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
16. Identidade			
Número		Órgão Emissor	
17. Carteira de Trabalho			
Número		Série	UF
18. Data da 1ª Consulta Pré-Natal		19. Data da última menstruação	
/ /		/ /	
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal			

**ANEXO D- PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA****Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Marta Júlia Lopes

**Equipe executora:**

**Registro do CEP:**141Processo Nº.001.003454.07.0

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou no dia 08/03/2007 o processo Nº.001. 003454.07.0 , referente ao projeto de pesquisa: “**A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL.**”, tendo como pesquisador responsável, Marta Júlia Lopes, cujo objetivo é “Conhecer as concepções sobre violência doméstica entre os profissionais de saúde que realizam consultas de pré-natal na Região Parternom/ Lomba do Pinheiro do município de Porto Alegre. Conhecer e analisar a problemática dos atendimentos realizados a partir da perspectiva dos profissionais e dos registros dos serviços. Discutir e analisar a problemática dos atendimentos realizados a partir da perspectiva dos profissionais e dos registros dos serviços

Assim, em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

Porto Alegre, 08/03/07

Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP