

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: um relato de experiência

Deise Lisboa RIQUELHO^a
Sandra Gomes CORREIA^b

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência – um estágio voluntário, realizado na Casa de Apoio Viva Maria, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Objetivou-se, conhecer a temática da violência doméstica, identificar o papel dos profissionais de saúde na atenção a mulheres vítimas de violência, e realizar atividades com as moradoras e seus filhos. Essas atividades constaram de oficinas sobre o tema educação em saúde. A população foi constituída por mulheres e seus filhos, que viviam na casa, entre agosto e dezembro de 2001. A experiência explicita a possibilidade do rompimento da cadeia de violência que interliga as pessoas que a ela são submetidas.

Descritores: Violência doméstica. Enfermagem. Educação em saúde.

RESUMEN

Se trata de un relato de experiencia – una práctica voluntaria, realizada en la Casa de Apoyo Viva Maria, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Tuvo, como objetivo, conocer la temática de la violencia doméstica, identificar el papel de los profesionales de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia y realizar actividades con las moradoras y sus hijos. Esas actividades constaron de talleres sobre el tema educación en salud. La población fue constituída por mujeres y sus hijos, que vivían en la casa, entre agosto y diciembre de 2001. La experiencia explicita la posibilidad del rompimiento de la cadena de violencia que interliga las personas que a ella son sometidas.

Descriptorios: Violencia doméstica. Enfermería. Educación en salud.

Título: El papel de los profesionales de salud en casos de violencia doméstica: un relato de experiencia.

ABSTRACT

It is a report on an experience – a volunteer apprenticeship carried out at Viva Maria Passage Home located in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. This study aimed at learning about the domestic violence issue, identifying the role of the health professionals in the care to women who are victims of violence and performing activities with the dwellers and their children. Such activities comprised workshops on health education. The clientele involved women and their children who lived in the passage home between August and December 2001. The mentioned experience evidences the possibility of breaking up the violence chain that links people who is submitted to it.

Descriptors: Domestic violence. Nursing. Health education.

Title: The role of the health professionals in cases of domestic violence: the report of an experience.

^a Professora substituta em Saúde Coletiva do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC).

^b Professora em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

1 INTRODUÇÃO

As situações de violência, em especial a no âmbito doméstico decorrem de exposições sucessivas a essa situação e, em alguns casos, sua gênese ocorre na infância. Com vistas a entender melhor esse processo de vida, conhecer alternativas para seu rompimento e o papel dos profissionais de saúde, nesse contexto, realizou-se um estágio voluntário durante o curso de Graduação em Enfermagem na Casa de Apoio Viva Maria, sendo que este artigo se propõe a descrever as experiências vivenciadas ao longo desse período.

A Casa de Apoio Viva Maria, localizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, caracteriza-se por ser um abrigo protegido. Inaugurada em setembro de 1992, sob a Gerência da Secretaria Municipal de Saúde, atualmente, pertence ao Programa Municipal de Albergues para Mulheres Vítimas de Violência, como consta no Decreto 10.172/91 que regulamenta a Lei 6.919 de 1991⁽¹⁾. A casa acolhe mulheres vítimas de violência sexual ou doméstica, bem como seus filhos menores de idade. Objetiva ofertar a suas moradoras promoção da saúde, apoio psicológico, social, jurídico e orientação ocupacional. O ingresso na Casa de Apoio ocorre por meio de encaminhamentos das Delegacias da Mulher, Conselhos Tutelares, Unidades de Saúde e Hospitais⁽²⁾.

A programação desenvolvida na Casa é realizada por uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar. O atendimento é realizado em grupos – oficinas e individual. Todas as atividades são desenvolvidas, tanto para as mulheres como para seus filhos. Esta equipe é composta por uma enfermeira, uma assistente social e uma estagiária de Serviço Social, duas psicólogas e uma estagiária de Psicologia. O trabalho da enfermeira envolve a coordenação da casa e do grupo de auxiliares de enfermagem, assim como o desenvolvimento de palestras para públicos de outros lugares, que desejam uma referência técnica de casa-abrigo. Já as atividades das assistentes sociais e psicólogas, bem como as das respectivas estagiárias, também não se limitam ao espaço da casa. Essas profissionais deslocam-se até os locais de onde as mulheres são referidas, para realizarem a avaliação, e, a partir disso, procederem o devido encaminhamento. Além disso, acompanham as

mulheres egressas da casa por um determinado período, auxiliando-as na reconstrução de uma vida sem violência.

A casa ainda conta com duas terapeutas ocupacionais. Estas desenvolvem atividades no sentido de qualificar e oferecer oportunidade de trabalho para suas moradoras, por meio de cursos, realizados na casa ou em serviços conveniados. Além disso, há uma nutricionista, responsável pela elaboração de cardápios balanceados e nutritivos, e dois estagiários de Educação Física, que colaboram no lazer e na prática de atividades físicas, em especial para as crianças. Um estagiário de Direito realiza orientação jurídica, bem como os devidos encaminhamentos para os casos de reconhecimento de paternidade, divórcio ou o pagamento de pensões alimentícias. Uma defensora pública também é acionada nestes casos.

A equipe complementa-se com a participação de cinco auxiliares de enfermagem que se revezam nos quatro turnos e de três guardas municipais. As auxiliares de enfermagem acompanham as moradoras em casos de emergências hospitalares, consultas ou exames eletivos, bem como administram medicação àquelas que realizam algum tipo de tratamento de saúde.

Após esta breve apresentação, reporta-se para a busca de conhecimento teórico, que possibilita subsídios para apresentar este relato de experiência.

1.1 A violência à mulher

A violência contra a mulher reflete consequências negativas na sociedade em geral, à medida que afeta tanto o indivíduo que sofre a ação violenta, quanto compromete o desenvolvimento social, atingindo demais integrantes da família, como as crianças e adolescentes, repercutindo no meio comunitário e social em que essa família encontra-se inserida⁽³⁾.

Constata-se que, em muitos casos, a violência praticada contra a mulher inicia na infância; algumas são ainda meninas, quando sofrem violência física, negligência ou abuso sexual por parte de pais, padrastos, tios, primos ou parentes. As suas casas, que deveriam representar abrigo, local de proteção, tornam-se ambientes perigosos e ameaçadores. Como consequência, muitas dessas meninas escolhem sobreviver nas ruas⁽⁴⁾.

O desenvolvimento das situações de violência contra a mulher pode ser comparado ao tecer de uma rede, onde as pessoas envolvidas interligam-se a essa experiência, sendo diretamente afetadas por esse processo.

É consenso entre algumas pesquisadoras que o processo de violência contra a mulher remete à violência de gênero⁽⁵⁻⁷⁾.

Nesse sentido, gênero é entendido como uma construção social que tenta explicar as diferenças percebidas entre homens e mulheres⁽⁸⁾. Algumas explicações para a desigualdade social de homens e mulheres são atribuídas à diferença biológica existente entre ambos. No entanto, é importante reforçar que a diferença biológica não é formadora dessas características, mas sim o valor que atribuímos a ela numa determinada sociedade. Portanto, o estudo de gênero nos remete para a construção de desigualdades e opressões históricas no relacionamento entre homens e mulheres⁽⁹⁾.

Dessa forma, a violência contra a mulher pode ser definida como todo ato que cause dano ou constrangimento físico, sexual, moral ou psicológico. Tais atos têm por objetivo não apenas a punição do corpo, mas o domínio de sua consciência, desejos e autonomia. Esta é uma das violações dos direitos humanos que mais ocorrem, e a que menos é reconhecida no mundo⁽¹⁰⁾.

No Brasil, a partir dos anos 80, muitos estudos vêm privilegiando a problemática da violência em suas dimensões doméstica e conjugal, tendo como base o trabalho realizado pelas Instituições policiais e jurídicas. A maioria desses trabalhos foi influenciado pelo movimento de mulheres que estimulou a denúncia de maridos agressores e pelo direito a viver sem violência. Em relação à violência sexual, desde o ano de 1998 as mulheres têm direito ao aborto legal. Alguns grupos de pesquisa em gênero e movimento organizado de homens, de forma mais recente, estão desenvolvendo a atenção aos homens, por meio de atendimento e formação de grupos de reflexão sobre temas como a masculinidade, violência e gênero⁽¹¹⁻¹³⁾.

O setor Saúde também possui um papel relevante no registro e divulgação de dados que tratam da violência. No entanto, é dispensada pouca atenção à relação entre a identificação das lesões físicas que levaram a mulher a procurar o serviço e o contexto em que foi produzida esta si-

tuação de violência. Tais atitudes refletem o sub-registro de casos relacionados à violência doméstica⁽¹⁴⁾.

A magnitude desse problema, no Brasil, pode ser visualizado por meio de pesquisas como a realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), quando constatou que 63% das vítimas de agressões físicas ocorridas no espaço doméstico eram mulheres⁽¹⁵⁾.

Em outra pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo intitulada “A mulher brasileira nos espaços público e privado” no ano de 2001, constatou-se em relação à violência, que 43% das mulheres já sofreram algum tipo de violência sexual e mais de 50% delas não pedem ajuda, sendo que em 53% dos casos os maridos e parceiros são os agressores⁽¹⁶⁾.

Um estudo do perfil das moradoras da Casa de Apoio Viva Maria, num período de dez anos, revelou que 80,6% das mulheres atendidas estavam na faixa etária de 20 a 39 anos de idade. Em relação à escolaridade, 69,1% possuíam o primeiro grau incompleto. Na incidência das queixas, 70,9% sinalizaram para a agressão e ameaça. O período vivido em situação de violência compreendeu de 5 a 10 anos. E, em relação ao agressor, 74,9% dos casos indicaram o companheiro⁽²⁾.

Essas constatações numéricas indicam que a situação da violência doméstica é um grave problema de Saúde Pública, ao atingir uma faixa etária que corresponde à idade reprodutiva e produtiva; é compreensível que não apenas o casal esteja envolvido na situação de violência, mas também, seus filhos. No tocante à produtividade, a violência doméstica é causa de incapacidade, bem como de abstenção ao trabalho⁽³⁾. O nível de escolaridade sinaliza para uma população com pouca qualificação profissional e, conseqüentemente, com maior dependência financeira do companheiro. Este achado não exclui mulheres mais instruídas de situações de violência, apenas reforça a dificuldade para as que possuem menor escolaridade em romper com esse ciclo.

O demais dados revelam a complexidade relacionada à violência doméstica, seja em relação ao agressor que representa alguém do convívio íntimo e afetivo ou pelo tempo de duração dessas relações, representando uma cronificação das relações violentas.

A temática da violência doméstica compreende um fenômeno intrigante, visto constituir-se de relações estabelecidas durante um período da vida. Portanto, ao estudar tal temática, é preciso levar em conta a história de vida das pessoas envolvidas, assim como compreender que o rompimento dessas relações necessita de ajuda especializada.

1.2 Conhecendo o papel das casas-abrigo

Na Holanda, em Amsterdã, no ano de 1974, foi construído o primeiro abrigo que se conhece. Na Inglaterra e no País de Gales, no final da década de 70 já havia, cerca de 50 abrigos, 20 deles na Escócia. Nos Estados Unidos, a violência doméstica é objeto de regulamentação legal por parte da administração pública e existem mais de 1300 abrigos para mulheres vítimas de violência⁽¹⁷⁾.

No Brasil, no âmbito de atendimento às vítimas de violência, entre os anos de 1985 a 2002 foram criadas 339 delegacias especiais de Atendimento à Mulher e 71 casas-abrigo⁽¹⁸⁾. Esses números, apontam para uma recente política de enfrentamento à violência doméstica, mas ainda desproporcionais frente à magnitude dos números que a identificam.

Dessa forma, as políticas públicas contra a violência, no Brasil, possuem uma trajetória de aproximadamente vinte e cinco anos de efetivação, as quais coincidem com o processo de redemocratização do País, reforçadas pela maior presença de mulheres junto às gestões públicas. A visibilidade dos dados que comprovam a gravidade da prática da violência contra a mulher, tornou evidente para a sociedade que a prevenção e combate a esse mal é também responsabilidade dos governos⁽¹⁹⁾.

O Movimento Organizado de Mulheres denunciando a existência da violência contra a mulher e criando alternativas de apoio e proteção, colocou na agenda pública tal situação, passando, então, a pressionar tanto a sociedade quanto o poder público para adoção de medidas e políticas que dessem conta da violência praticada pelos maridos ou companheiros⁽²⁰⁾.

Em recente pesquisa realizada pelo Senado Federal, em 27 capitais brasileiras, constatou-se, em relação à atitude da mulher após a agressão, que 22% das entrevistadas procuraram ajuda da família e 53% se dirigiram à Delegacia de

Polícia, sendo que deste total 22% procuraram a Delegacia da Mulher. Das mulheres que foram à delegacia, 70% não tinham para onde voltar e, então retornaram à própria casa⁽²¹⁾. Este dado é preocupante, na medida em que essas mulheres tiveram que enfrentar novamente o agressor, após denunciá-lo à polícia.

Corroborando com essa preocupação, Rufino afirma que é angustiante o cotidiano de quem trabalha com mulheres em situação de violência e necessita encaminhá-las para um lugar seguro onde possam residir temporariamente com seus filhos, evitando que as mesmas voltem para casa⁽²²⁾. Nesse sentido, a casa-abrigo representa uma etapa importante ao assegurar à mulher o direito à vida e livre de violência.

As casas-abrigo são consideradas locais seguros para o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica e em risco de morte eminente. Seus serviços possuem caráter sigiloso e temporário, onde as usuárias poderão permanecer por tempo determinado, após o qual deverão apresentar condições para retornar ao curso de suas vidas. Portanto, são estratégias que visam a assegurar um rompimento com as situações de violência e não apenas refúgio nos momentos de crise⁽²³⁾.

Dessa forma, considera-se que a estada em uma casa-abrigo, mesmo que por um curto espaço de tempo é um estímulo para a auto-estima, pela convivência em um ambiente de não violência. Além disso, a decisão de separar-se pode não ser definitiva; no entanto, tem um efeito de desnaturalização para ambos os cônjuges. E, uma vez a situação tornando-se pública, dificilmente voltará a ser a mesma. Ainda que ela volte com seu companheiro, essa mulher tem outra consciência do problema e sabe que não está só, pois pode contar com uma rede de apoio⁽²⁴⁾.

Apesar da insuficiência em números de Casas-abrigo, no Brasil, seu trabalho é notório no apoio a mulheres vítimas de violência, bem como na reconstrução de uma vida sem violência. A passagem por uma Casa de Apoio pode ressignificar a própria vida, da mesma forma que colabora para a interrupção do ciclo de violência.

1.3 Os profissionais de saúde e o olhar à violência contra a mulher

Os profissionais de saúde encontram-se em posição estratégica para detectar os riscos e pos-

síveis situações de violência doméstica, uma vez que as mulheres procuram os serviços de saúde em conseqüência de danos físicos ou emocionais. No entanto, em muitas situações, o problema da violência fica oculto, e o tratamento se encaminha para os sintomas que compreendem desde palpitações, ansiedade, insônia e alterações digestivas, decorrentes desse contexto. Sem conhecer mais da história de vida dessa paciente, o tratamento pode ajudar, porém, a causa do sofrimento continuará⁽⁷⁾.

A reprodução dos atendimentos que os profissionais dispensam à mulher, sem dar-se conta da situação de violência que a mesma está envolvida, decorre da falta de capacitação e sensibilização durante a formação profissional e nos serviços que por sua vez, fecham os olhos a esse problema de Saúde Pública⁽²⁵⁾.

Considera-se que esses profissionais enfrentam uma barreira no atendimento da mulher em situação de violência doméstica, seja pela falta de tempo, medo de que a abordagem usada possa ofendê-la ou frustração ao perceber a resposta negativa de algumas usuárias em relação aos conselhos recebidos⁽²⁶⁾.

Em uma pesquisa realizada com profissionais de Saúde inseridos em dois modelos de Atenção Básica à Saúde no Rio de Janeiro, Unidade de Saúde e Programa Saúde da Família, onde ao serem perguntados sobre suspeita ou identificação de mulheres em situação de violência, a maioria deles responderam que a identificação de tais situações ocorria a partir de relatos da própria mulher, sendo que na maioria das vezes, esses relatos acompanhavam alguma queixa ginecológica, demonstrando a estreita ligação entre violência e saúde sexual reprodutiva⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, observa-se que os profissionais de saúde não desenvolvem um olhar qualificado, no sentido de enxergar as usuárias além de suas queixas; poder-se-ia comparar tal situação à ponta do *iceberg*, enquanto a problemática da violência seria a parte encoberta pela água, a qual necessita de aproximação ou de um olhar atento a tais situações.

Em relação ao preparo dos profissionais de Saúde, para que esses desenvolvam habilidades para reconhecerem precocemente os casos de violência doméstica, é necessário que os serviços se articulem com os centros de referência espe-

cializados, sendo eles, as casas-abrigo, delegacias especializadas e outros centros de referência. Dessa forma, o profissional, ao prestar o primeiro atendimento, ficaria responsável pelas orientações, acompanhamento e se necessário, encaminhamento para um local especializado⁽²⁾.

Portanto, além dos profissionais de Saúde necessitarem de formação relacionada à problemática da violência, é imprescindível que os serviços assumam uma postura de responsabilização, bem como desenvolvam uma estrutura de atendimento voltado à identificação e acompanhamento terapêutico das situações de violência.

Em um estudo desenvolvido na Casa de Apoio Viva Maria no qual foram realizadas oficinas com as moradoras e os profissionais, a relação com o masculino apareceu em vários temas, alternando momentos de denúncia e desejo, rejeição e queixa. Acredita-se que o rechaço ao masculino demonstra não apenas o medo de viver uma nova relação como o desejo de agradar a equipe da casa⁽²⁷⁾.

Nesse sentido, é possível perceber que o sentimento de ambivalência pode estar presente nos discursos e no desejo da mulher em situação de violência. Para que os profissionais possam interagir com essa realidade sem julgamento ou frustração faz-se necessário uma maior compreensão desse tema.

Estudos sinalizam para um maior investimento tanto das Universidades quanto das Instituições de Saúde no sentido de capacitar os profissionais para compreender a problemática da violência, assim como prestar-lhe apoio psicológico para entender os conflitos originados do cotidiano de violência⁽²⁸⁾.

As mulheres que sofrem violência enfrentam uma grande dificuldade em romper com esta situação. Em geral, o medo e a vergonha de denunciar as tornam prisioneiras de uma realidade, que só poderá ser rompida com apoio de pessoas especializadas⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, observa-se que os profissionais de Saúde por muitas vezes representam a única chance de ajuda para mulheres em situação de violência e, se isso não for compreendido, é possível que essas situações não sejam desveladas. No entanto, os serviços de saúde e até mesmo os centros educacionais, necessitam de uma política de atendimento que auxilie na visibilidade da problemática. Profissionais qualificados na

identificação de tais situações e serviços articulados intersetorialmente explicitam uma possibilidade do rompimento da cadeia de violência que interliga as pessoas que a ela são submetidas.

2 EXPLICITANDO A EXPERIÊNCIA

O primeiro contato com a Casa de Apoio Viva Maria iniciou um semestre antes do período de estágio, no mês de maio de 2001, quando cursava-se a disciplina – Saúde Coletiva I, no terceiro semestre da Faculdade. Uma das atividades da disciplina foi a de conhecer a atuação de enfermeiras(os) em Instituições não hospitalares, por meio de uma visita agendada previamente. Na ocasião, a professora apresentou um pouco da proposta de cada serviço, dentre eles o da Casa de Apoio Viva Maria. Inicialmente o interesse em visitar uma casa-abrigo deu-se pelo pioneirismo dessa instituição no Estado, bem como pelo desejo de conhecer as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde nesse serviço e seu envolvimento com a temática de violência doméstica.

Ao conversar com a enfermeira e também coordenadora da casa, foi possível entender um pouco a dinâmica daquele serviço: a atuação da equipe de saúde, de maneira interdisciplinar, sua proposta de acolhida e acompanhamento das moradoras egressas, com vistas a manter o rompimento com as situações de violência vividas até aquele momento.

A possibilidade de realização de um estágio voluntário, foi concretizada após convênio com a Prefeitura, e ele teve início no mês de agosto de 2001, sendo concluído em dezembro do mesmo ano. Os objetivos compreendiam: conhecer melhor a temática da violência doméstica, identificar o papel dos profissionais de saúde na equipe interdisciplinar na atenção a mulheres vítimas de violência e realizar atividades com as moradoras e seus filhos.

As atividades desenvolvidas na casa tinham abordagens individuais e coletivas. A abordagem individual era acompanhada por psicólogas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Por meio do desenvolvimento de vínculo nos atendimentos individuais entre profissional e moradora, a profissional passava a ser referência para a mulher, auxiliando-a em sua adaptação na Casa e nesse novo processo de vida. A abordagem cole-

tiva dava-se em forma de grupos e oficinas. Realizavam-se três encontros semanais, com temas definidos: grupo de integração, onde discutia-se as rotinas e o cotidiano da Casa-abrigo; grupo de mães, o qual se encaminhava para as dificuldades de interação mãe e filho e o grupo de reflexão, que privilegiava a expressão de sentimentos em relação à violência vivida. As oficinas ocorriam uma vez por semana, com temas desde oficina de beleza, relacionamento no trabalho, negociações do cotidiano ou outros temas que as mulheres sugerissem⁽²⁾.

Corroborando com esse método de trabalho, salienta-se que todo o ser humano faz parte de grupos ao curso de sua vida, desde o nascimento, passando pelo relacionamento familiar, escolar, em creches, na igreja, na comunidade, dentre outros. Nesse sentido, observa-se que o ser humano é um ser gregário, buscando constantemente o relacionamento grupal como forma de identidade individual, grupal e coletiva⁽²⁹⁾.

Além disso, a realização de um grupo visa a envolver pessoas que se reúnem em busca de um objetivo comum, relacionado com seus desejos e necessidades, a fim de exercerem e vivenciarem melhor seu estado de cidadania, sua qualidade de vida. Experiências com grupos mostram que, dessa reunião, desse encontro de idéias, valores e culturas, nasce uma força que deriva da própria emergência de seus potenciais⁽²⁹⁾.

Em relação às oficinas, estas representam espaços de expressão e exercício para tomada de decisão, promovendo o exercício de auto-gestão, por meio da mobilização de conhecimentos para o alcance de objetivos socialmente significativos, além de criar ambiente de socialização de conhecimentos a partir de vivências do cotidiano⁽³⁰⁾.

O desenvolvimento dessas atividades complementam-se, visto que a realização de grupos e oficinas trabalham com temas ligados ao cotidiano das mulheres, discussão da rotina e convivência na Casa de Apoio, relações de trabalho, beleza e desejo de romper com relacionamentos violentos.

Para as crianças que acompanhavam suas mães também havia uma preocupação com suas atividades; aquelas que estavam em idade escolar, freqüentavam a escola e todas participavam de grupos específicos, com temas que enfocavam a auto-estima, desenvolvimento de iniciativa e de padrões não-violentos⁽²⁾.

No período de realização do estágio, a Casa esteve sempre com sua lotação máxima, eram dez famílias, dez mulheres e aproximadamente 30 crianças.

Uma das necessidades identificadas pela enfermeira da casa-abrigo era a realização de um grupo que trabalhasse o tema de educação em saúde, de modo especial saúde sexual e reprodutiva, assim como noções de auto-cuidado e promoção de saúde. Embora ela própria desenvolvesse algumas dessas atividades, a função de coordenadora exigia que sua atenção se voltasse também para a administração de recursos humanos, de recursos financeiros e divulgação do papel da Casa-abrigo.

A demanda da coordenação da Casa de Apoio limita a participação da enfermeira nas atividades de grupos e oficinas, que compreendem estratégias significativas em saúde e enriquece as intervenções que essa equipe adota como terapêutica no processo de rompimento das situações de violência.

O estágio propriamente dito começou com apresentação à equipe da casa e para as moradoras, enfocando a realização de encontros semanais com temas voltados à saúde da mulher e da criança.

Durante aquele período, frequentou-se a casa nas segundas e sextas-feiras, das 14 às 18 horas. O encontro ocorria nas sextas-feiras à tarde, com a presença de 3 a 5 mulheres; as demais estavam em atividades externas à casa. No outro dia da semana realizava-se uma consulta aos prontuários das moradoras daquele período e egressas, auxiliando a coordenadora no levantamento de dados relativos ao perfil da clientela da casa. Essa experiência propiciou o conhecimento de histórias de vida nas quais a violência era a protagonista, muitas mulheres haviam sofrido abuso sexual, negligência e abandono quando crianças, algumas não conseguiram romper com as situações de violência, necessitando retornar ao abrigo.

A dinâmica dos encontros iniciava-se com alguma atividade reflexiva ou descontraída e posteriormente abordava-se o tema daquele encontro, no final escolhíamos o tema para o encontro seguinte. Uma das dinâmicas utilizadas foi "O espelho mental", onde as mulheres, ao som de uma música instrumental andavam pela sala descalças seguindo algumas orientações como a de an-

dar na ponta dos pés, andar na chuva, passar em uma porta estreita e andar em marcha à ré. Após, solicitava-se que parassem, fechassem os olhos e pensassem na parte do seu corpo que achavam mais bonita e atrativa, guardando essa imagem consigo. Em seguida deveriam fazer no papel um esquema da imagem pensada e circular entre as participantes para que cada uma comentasse sobre o que foi entendido daquele esquema da imagem⁽³¹⁾. O uso dessa dinâmica permitiu que as mulheres falassem de sua forma física, das alterações ocorridas durante o tempo, dos padrões de beleza impostos pela sociedade e pelo sexo masculino. Permitiu pensar também sobre características que se pode modificar ou não.

Os temas discutidos nos encontros foram desde fases da gestação, parto e puerpério, cuidados com recém-nascido, devido à presença de moradoras grávidas, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, auto-exame de mamas, orientação para coleta do exame citológico e calendário vacinal. As palestras eram dialogadas com recursos visuais como, fitas de vídeo cassete, álbum seriado e folder.

Para as crianças e adolescentes, os temas escolhidos foram higiene física, bucal e educação sexual.

A Educação em Saúde constitui elementos de saberes e práticas orientadas para prevenção de doenças e promoção de saúde. É um recurso pelo qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da Saúde, intermediado por um profissional, atinge o cotidiano das pessoas, uma vez que a compreensão dos resultantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e comportamentos⁽³²⁾.

Acredita-se que a escolha de temas relacionados à saúde da mulher auxiliou no conhecimento sobre seu corpo, despertando autonomia, estimulando o autocuidado e auto-estima. Em relação ao uso de dinâmicas reflexiva ou descontraída pode ser um mecanismo de facilitação para a interação do grupo, despertando sentimentos e canalizando os mesmos para a discussão.

A Casa de Apoio Viva Maria, possuindo uma dinâmica de atendimento voltada à reestruturação de vida das mulheres e de seus filhos abrigados, proporcionam a eles o apoio necessário para reiniciar a vida com dignidade; para

muitas mulheres a permanência temporária nessa Casa as tornam cidadãs, seja pela capacitação profissional e encaminhamento para ao mercado de trabalho, ou pela possibilidade de reiniciarem suas vidas sem violência. No entanto, apesar desses incentivos, algumas voltam a conviver com a violência e precisam novamente da acolhida desse abrigo, e aí pode-se pensar: o que falhou nessa abordagem? Porém, deve-se refletir que as situações de violência para muitas mulheres iniciou cedo em suas vidas, portanto, as estratégias de rompimento com essa violência compreendem um processo por vezes longo de ser atingido.

Esse processo poderá ser mais efetivo se os serviços de saúde lançarem mão de uma política de enfrentamento à violência, capacitando os profissionais para identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica, assim como, construindo ações intersetoriais que dêem conta dessa problemática e sua complexidade.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica é um fenômeno intrigante, cujo alcance se estende ao coletivo, uma vez que atinge, não apenas diretamente a vítima mas toda a família, bem com a sociedade. As consequências podem ser percebidas no desajuste social e familiar, filhos que reproduzirão vivências de violência e mulheres vitimadas física e psicologicamente. O desenvolvimento das situações de violência contra a mulher pode ser comparado ao tecer de uma rede, onde as pessoas envolvidas interligam-se a essa experiência, sendo diretamente afetadas por esse processo.

Estudos que tratam da violência vivida pelas mulheres, sinalizam que na maioria das vezes o agressor é alguém do seu convívio íntimo, marido ou companheiro. Além disso, existe uma longa convivência com essa situação, o que revela, a dificuldade que é para as mulheres realizarem denúncias e romperem com tal contexto.

Os profissionais de Saúde, por muitas vezes, representam a única chance de ajuda para mulheres em situação de violência; se isso não for compreendido, é possível que essa situação não seja desvelada. No entanto, diagnosticar tais problemas requer conhecimento e o desenvolvimento da escuta qualificada e de olhar treinado para identificar os possíveis casos de violência doméstica.

Portanto, faz-se necessário capacitação e sensibilização dos profissionais da Saúde para esta temática, bem como Políticas Públicas que responsabilizem e ofereçam condições para os serviços identificar, acolher e tratar as vítimas da violência.

Em relação à experiência explicitada, a estratégia de Casa-abrigo, mostrou-se como uma alternativa não somente de proteção à vida como de apoio ao resignificado de viver, por meio do estímulo à auto-estima e aprendizado de uma vida sem violência. A atuação da equipe de saúde fala de vínculo e responsabilidade com as usuárias, acompanhando-as na permanência na Casa de Apoio e durante algum tempo após sua saída, auxiliando na retomada de suas vidas.

A inserção da autora nas atividades do grupo de educação em saúde, partiu de uma necessidade local, assim como do seu desejo de trabalhar com este tema. Foi possível exercitar a formação e convivência com o mesmo, bem como ampliar seu conhecimento em relação à coordenação.

Por fim, acredita-se, como enfermeira e componente de uma equipe de saúde, que essa experiência tenha contribuído para a formação profissional, estimulando o trabalho em equipe e ampliando o olhar na identificação, acompanhamento e encaminhamento de casos de violência doméstica. Dessa forma, espera-se que este artigo seja um incentivo a mais para os acadêmicos da Área da Saúde na busca do conhecimento da temática da violência doméstica e estimulando a produção científica entre os mesmos.

REFERÊNCIAS

- 1 Porto Alegre (RS). Decreto n. 10.172: regulamenta a Lei 6.919, de 22 de outubro de 1991. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre (RS) 1991 dez 30;(248):24-36.
- 2 Dagord ALL. Viva Maria: dez anos [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003. 135 f.
- 3 Heise L. Violência contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington (DC): OPAS; 1994. 103 p.
- 4 Nunes MR. Os direitos humanos das mulheres e meninas. In: Nunes MR. Os direitos humanos das

- mulheres e das meninas: enfoques feministas. Porto Alegre (RS): Assembléia Legislativa; 2002. 111 p. p. 9-12.
- 5 Soares BM. A antropologia no executivo: limites e perspectiva. *In*: Correa M, organizador. Gênero e cidadania. Campinas (SP): UNICAMP; 2002. 208 p. p. 31-45.
- 6 Fontana M, Santos SF. Dossiê violência contra a mulher: um problema que afeta toda a sociedade. Recife (PE): Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001. Disponível em: URL: <<http://www.redesaude.org.br/2006/imgs/Dossiê%20Violência%20Contra%20a%20Mulher.doc>>. Acessado em: 25 mar 2006.
- 7 Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. *In*: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. Gênero e saúde. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. 156 p. p. 131-49.
- 8 Lopes MJM. O sexo do hospital. *In*: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. Gênero e saúde. Porto Alegre (RS): Arte Médicas; 1996. 156 p. p. 55-62.
- 9 Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Rio de Janeiro: Vozes; 2001. 179 p.
- 10 Dagord ALL. Violência contra a mulher: ainda um desafio. *In*: Nunes MR. Os direitos humanos das mulheres e das meninas: enfoques feministas. Porto Alegre (RS): Assembléia Legislativa; 2002. 111 p. p. 23-8.
- 11 Suárez M, Machado LZ, Bandeira L. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. *In*: Galvão L, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC; 1999. 389 p. p. 277-309.
- 12 Giffin K, Cavalcanti C. Homens e reprodução. *Revista de Estudos Feministas, Florianópolis (SC)* 1999;7(1/2):53-71.
- 13 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Núcleo de Gênero e Saúde. Palavra de Homem. Rio de Janeiro; 2001. 136 p.
- 14 Angulo-Tuesta AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde [dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, 1997. 151 f.
- 15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em: 29 mar 2006.
- 16 Fundação Perseu Abramo, Núcleo de Opinião Pública. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo; 2002. Disponível em: URL: <<http://www.fabramo.org.br/nop/mulheres.htm>>. Acessado em: 30 mar 2006.
- 17 Soares BM. Mulheres invisíveis: violência conjugal e as novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999. 318 p.
- 18 Presidência da República (BR), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Iª Conferência Nacional de políticas para as mulheres: contribuição para as Conferências Estaduais. Brasília (DF); 2004. 60 p.
- 19 Negrão T. Os nós e as rupturas da rede de apoio às mulheres em situação de violência de gênero [monografia de Especialização em Gestão Pública Participativa]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003. 105 f.
- 20 Nunes MR. Glossário. *In*: Nunes MR. Os direitos humanos das mulheres e das meninas: enfoques feministas. Porto Alegre (RS): Assembléia Legislativa; 2002. 111 p. p. 107-8.
- 21 Senado Federal (BR), Secretaria Especial de Comunicação Social, Subsecretaria de Pesquisa e Opinião Pública. Violência doméstica contra a mulher: relatório de pesquisa. Brasília (DF); 2005. 24 p.
- 22 Rufino A. Violência contra a mulher: um novo olhar. *In*: Anais do Seminário Nacional Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar: violência contra a mulher: um novo olhar, modelos de protocolos e capacitações sobre violência doméstica para os serviços de saúde; 1999 jun 3-6; Santos (SP), Brasil. Santos (SP): Casa de Cultura da Mulher Negra; 2001. 172 p. p. 210.
- 23 Presidência da República (BR), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Termo de referência do programa de Casas-Abrigo. Brasília (DF); 2006. Disponível em: URL: <http://200.130.7.5/spmu/docs/TERMO_DE_REFERENCIA_2006_Centro_e_Casa_Abrigo.doc>. Acessado em: 25 mar 2006.
- 24 Ruffa B. Mujeres maltratadas: casas-refugio y sus alternativas. Buenos Aires: Senda; 1990. 126 p.

- 25 Porto JRR, Luz AMH. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2004 ago; 25(2):207-18.
- 26 Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo 2005;39(5):695-701.
- 27 Meneghel SN, Camargo A, Fasolo LR, Mattiello AD, Silva RCR, Santos TBC, *et al.* Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2000 jul/set;16(3):747-57.
- 28 Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência: o olhar da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2005;10(2):419-31.
- 29 Zimerman DE. Fundamentos teóricos e fundamentos técnicos. *In: Zimerman DE, Osorio LC, organizadores. Como trabalhamos com grupos.* Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. 424 p. p. 23-40.
- 30 Araújo MFM, Almeida MI, Espírito Santo MJ, Fernandes AFC. *Port folio: como trabalhar com o método de oficinas.* Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 1998. 27 p.
- 31 Costa M, López E. Educación para la Salud. *In: Costa M. Educación para la Salud: una estrategia para la cambiar los estilos del vida.* Madrid: Pirâmide; 1996. 439 p. p. 25-58.
- 32 Ministério da Saúde (BR), Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Manual do multiplicador: adolescente.* Brasília (DF); 1997. 160 p.

Endereço da autora/Author's address:

Deise Lisboa Riquinho
Rua Giordano Bruno, 271/04
Bairro Rio Branco
90.420-150, Porto Alegre, RS
E-mail: deiselis@terra.com.br

Recebido em: 13/01/2006

Aprovado em: 15/05/2006
