

Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência¹

Ambiguity and Contradictions in the Assistance Provided for Women who Suffer Violence

Wilza Vieira Villela

Doutora em Medicina Preventiva. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1341, CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: wilsa.vieira@terra.com.br

Lucila A. Carneiro Vianna

Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

Endereço: Rua Napoleão de Barros, 754, CEP 04024-002, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lvianna@unifesp.br

Lia Fernanda Pereira Lima

Bacharel em Filosofia.

Endereço: Rua Laércio Bastos Pereira, 66, CEP 05530-060, Butantã, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lia.fernanda@gmail.com

Danila C. Paquier Sala

Enfermeira EE/UNIFESP.

Endereço: Av. Padre Anchieta, 54, CEP 09090-710, Jardim Santo André, Santo André, SP, Brasil.

E-mail: danipaquier@yahoo.com.br

Thais Fernanda Vieira

Médica UNIFESP.

Endereço: Rua Inácio Rodrigues de Moraes, 295, CEP 13301-761, Chácara Primavera, Itu, SP, Brasil.

E-mail: thaparaamigos@yahoo.com.br

Mariana Lima Vieira

Médica.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 836, apto. 43, CEP 13301-761, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: anivlima@hotmail.com

Eleonora Menicucci de Oliveira

Professora Titular do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1341, CEP 04038-034, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: leomenicucci@uol.com.br

¹ Pesquisa financiada pelo CNPq. Edital 4029990-2005-6- Feminismo, Gênero e Mulher – CNPq-SEPM.

Resumo

Este artigo discute o atendimento a mulheres em situações de violência por serviços de saúde e de segurança pública. Tem como pressuposto que as atuais políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres preveem ações dessas duas instituições. Baseia-se na análise de três elementos que compõem a prática: o espaço físico, o fluxo dos serviços e a percepção dos profissionais em relação às usuárias. Seus dados foram obtidos em estudo qualitativo realizado em unidades básicas de saúde, serviços de emergência de hospitais públicos, delegacias especializadas no atendimento a mulheres e distritos policiais de uma região da cidade de São Paulo. A coleta de dados incluiu observação não participante e entrevistas com profissionais. Os resultados apontam que o atendimento às mulheres que sofrem violência é marcado por ambiguidades e contradições; os espaços e fluxos de trabalho são pouco adequados à tarefa tão sensível e a percepção dos profissionais é permeada por estereótipos de gênero. Isso sugere que o enfrentamento da violência contra as mulheres exige a reconfiguração das práticas de trabalho, com educação permanente para os profissionais e mudanças nos processos de trabalho.

Palavras-chave: Violência Institucional; Violência contra as Mulheres; Serviços de Saúde; Serviços de Segurança Pública; Promoção de Saúde.

Abstract

This article discusses the assistance provided by healthcare services and public security services for women who suffer violence. It presupposes that the current policies targeted at violence against women expect actions from these two institutions. It is based on the three elements that constitute the practice: the setting, the services flows and the professionals' perceptions about users. Data were extracted from a qualitative study that was carried out in primary healthcare units, emergency services of public hospitals, women's police stations and police departments in a region of the city of São Paulo. Data collection included non-participant observation and interviews with professionals. The results show that the assistance provided for women who suffer violence is marked by ambiguities and contradictions; the work spaces and flows are inappropriate; and the professionals' perceptions are pervaded by gender stereotypes. This suggests the need for practices reconfiguration, with continuing education for professionals as well as changes in work processes.

Keywords: Institutional Violence; Violence Against Women; Healthcare Services; Public Security Services; Health Promotion.

Introdução

A violência contra as mulheres está presente na história humana desde os seus primórdios, mas só recentemente passou a ser vista como um problema que necessita ser enfrentado, com elaboração conceitual e metodológica própria e implementação de políticas públicas específicas.

No âmbito das relações interpessoais a violência contra as mulheres pode se apresentar como agressões ao corpo, violação ou coerção sexual e agressões emocionais ou psicológicas, incluindo ofensas e diferentes formas de desqualificação. No âmbito das relações sociais a violência se manifesta no menor acesso a recursos materiais e simbólicos e a espaços de poder e de tomada de decisão, o que gera maiores níveis de pobreza e dependência econômica entre as mulheres. Essa desvalorização social da população feminina alimenta preconceitos e estereótipos, que se refletem nas relações interpessoais. Ou seja, existe um círculo vicioso entre a violência social e a violência interpessoal muitas vezes difícil de ser rompido. As instituições atuam como mediadoras entre a violência social e a violência interpessoal, assumindo, portanto, um importante papel na reprodução da violência tanto quanto na quebra do círculo da violência (Debert e Gregori, 2008).

Embora a violência contra as mulheres seja reconhecida pela sua grande frequência e pelos efeitos que provoca na saúde física e mental das mulheres, os casos costumam ser pouco relatados nos serviços de saúde e de segurança pública, o que pode ser atribuído à dificuldade dos serviços em reconhecer e diagnosticar a violência (d'Oliveira e col., 2007). No entanto, os serviços que acolhem as mulheres que vivenciam situações de violência são fundamentais para dar visibilidade ao problema, e os profissionais devem estar aptos a reconhecê-lo e ajudar as mulheres a reelaborar sua experiência no sentido da desnaturalização e desculpabilização (Oliveira, 2005).

A compreensão de que a violência contra as mulheres não é um fenômeno natural nem uma experiência de caráter privado tem exigido dos formuladores de políticas públicas o esforço de capacitar os serviços para identificar a violência

e tratá-la como um agravo de natureza social que produz consequências.

Assim, em 1985 foi criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), na cidade de São Paulo, pretendendo ser um espaço no qual as mulheres em situação de violência se sentissem seguras para denunciar seus agressores. Nas DDM, o atendimento deveria ser realizado unicamente por mulheres e contar, além do corpo de policiais - delegadas, investigadoras e escrivãs -, com apoio psicológico e social. Para atuar nas DDM, as equipes foram treinadas para lidar com as agressões como crimes e estabelecer uma relação de acolhimento e confiança com as usuárias (Blay, 2003).

Em 2006 foi sancionada a Lei Maria da Penha, que mudou o tratamento legal da violência doméstica e conjugal, com a possibilidade da prisão do agressor em casos de flagrante ou a decretação de sua prisão preventiva.

No campo da saúde, um primeiro marco foi a estruturação de um serviço de atendimento a vítimas de violência sexual, na cidade de São Paulo, em 1989, prática que depois se expandiu para outras cidades do país (Villela e Lago, 2007). Logo após, também em São Paulo, foram criados serviços de atenção a mulheres que sofriam violência doméstica, e profissionais da rede básica de atenção à saúde foram capacitados para identificar e abordar a questão da violência com as usuárias. Em 2004, foi assinado pelo Presidente da República o Protocolo de Notificação Compulsória de identificação ou suspeita de violência contra crianças e mulheres em todos os serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar dessas iniciativas, o relato de violência continua sendo pouco frequente nos serviços, e alguns estudos têm referido condutas discriminatórias ou julgamentos morais por parte dos profissionais, quer sejam da saúde ou da segurança pública (Santos, 2004).

Isso exige que se busque compreender os mecanismos pelos quais os serviços que deveriam acolher as mulheres violentadas não cumprem plenamente essa tarefa, de modo a contribuir com a efetivação das políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres.

Abordagem Metodológica

Visando identificar a dinâmica institucional que emoldura a relação profissional-mulher violentada, foi realizado um estudo exploratório, de caráter qualitativo, em serviços de saúde e de segurança pública localizados em uma região da cidade de São Paulo habitada por moradores de distintos extratos socioeconômicos. Os dados foram coletados mediante observação não participante e entrevistas gravadas com profissionais, visando apreender a sua experiência no atendimento a mulheres que sofrem violência. Foram incluídos dois hospitais de grande porte, três unidades de atenção básica à saúde, duas delegacias especializadas de atendimento à mulher, sendo uma delas fora da região estudada, mas em bairro com características semelhantes, e três delegacias comuns. Cada serviço recebeu, no mínimo, três visitas. Em cada serviço foram entrevistados ao menos dois profissionais, sendo um de nível universitário e outro de nível médio ou elementar, tendo sido realizadas, no total, 21 entrevistas. Nos serviços de saúde, apenas dois entrevistados foram do sexo masculino; nas DDM, todas as entrevistadas eram mulheres; ao contrário, nos distritos policiais, todos os entrevistados eram homens.

Para a aproximação analítica dos mecanismos que intervêm na relação profissional-usuária, os dados foram organizados considerando-se situações objetivas - espaço físico e fluxo do atendimento - e subjetiva - a visão do profissional sobre sua usuária. Essa opção partiu da premissa de que o acolhimento necessário para que uma mulher violentada possa elaborar essa experiência exige condições de acessibilidade, privacidade, e uma escuta empática do profissional, não podendo se restringir ao cumprimento de rotinas e procedimentos. A descrição dos espaços e fluxos foi posta em diálogo com a literatura específica, e a fala dos profissionais foi sistematizada por meio da construção de blocos temáticos, definidos em torno de expressões-chaves orientadoras dos diferentes discursos. Os blocos foram organizados considerando-se a percepção dos profissionais sobre a violência vivida pela sua clientela feminina, sua concepção sobre os fatores que a determinam e alternativas para um melhor atendimento dessa clientela.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Resultados

Espaço e fluxo de atendimento

As Unidades Básicas de Saúde

Embora diferentes entre si, as unidades básicas de saúde estudadas têm características em comum: salas separadas por divisórias, dificultando a ventilação, a iluminação e a privacidade; recepção e agendamento de consultas quase sempre realizados no mesmo saguão de espera de atendimento. O movimento nessas unidades concentra-se nas primeiras horas da jornada da manhã ou da tarde. O tempo de espera para a marcação de consultas é variável em função do tipo de consulta requerida, e o tempo de espera na unidade para a consulta agendada varia de quarenta minutos a uma hora. As consultas duram de dez a quinze minutos. Não há fluxo específico para mulheres com queixa de violência.

A falta de privacidade dificulta a abordagem de experiências sensíveis e faz com que o primeiro contato da usuária com o serviço seja marcado pela impessoalidade e pela redução da demanda ao agendamento da consulta, parecendo estar implícito, naquele espaço aberto, que esse não é um lugar de resolução de necessidades subjetivas. Isso é reforçado pela presença de um segurança logo na entrada das unidades, que assume a tarefa de ouvir a demanda da usuária e de dar as primeiras orientações sobre o atendimento requerido. A inexistência de fluxos específicos ou de um espaço menos público para que a usuária exponha seus problemas obriga as mulheres que estão vivenciando situações delicadas, como a de violência, a aguardar o agendamento da consulta, o que pode ser desestimulante. Deve ser ressaltado que os aspectos de conforto, privacidade e resolutividade são referidos como alguns dos pilares da prática do acolhimento realizado nas unidades do SUS e considerados essenciais para que possa haver uma escuta qualificada da demanda de modo a garantir a integralidade do atendimento (Ministério da Saúde, 2006).

Os Hospitais

Um dos hospitais estudados estava em reforma

durante o período da pesquisa e o atendimento ocorria de modo precário. Havia pacientes em macas no corredor, sob luzes acesas durante a noite, e expostos aos ruídos do Pronto-Socorro. Segundo a direção do hospital, a reforma não previa qualquer local reservado para atender mulheres em situação de violência. De fato, talvez o número de mulheres que hoje busque um hospital em decorrência de diversas formas de violência não justifique que haja uma sala própria para o seu atendimento. No entanto, se não são criados fluxos específicos, o que inclui espaços reservados e equipes de plantão, esse número continuará baixo, e não será pela pequena magnitude dos eventos, e sim pelo constrangimento das vítimas de buscarem ajuda. Na cidade de São Paulo, por exemplo, os hospitais que têm ou tiveram um volume grande de atendimento de mulheres em situação de violência são exatamente aqueles onde um atendimento específico foi implantado (Pacheco e col., 2004).

No outro hospital também era o segurança quem orientava as usuárias sobre para onde se dirigir em função de sua queixa. A sala de acolhimento era compartilhada entre duas enfermeiras e duas assistentes sociais. A espera para atendimento oscilava de duas a quatro horas. Ou seja, mais uma vez observou-se a falta de privacidade e continência para a abordagem de queixas sensíveis, devendo-se considerar que isso afeta não apenas o atendimento de mulheres que sofrem violência como reforça a visão do hospital como um espaço onde o poder opera por meio da dessubjetivação do outro (Valentim, 2009). Também não existem fluxos específicos para mulheres que sofrem violência. Em um dos hospitais, as pessoas chegam, pegam uma senha, fazem uma ficha e aguardam a triagem pelo Clínico Geral. O tempo médio entre a obtenção da senha e o atendimento pelo clínico é de três horas. No outro hospital o tempo de espera é semelhante e todos aguardam num mesmo saguão, independentemente do tipo de queixa. Na sala de acolhimento, profissionais sentados atendem pessoas em pé. Esse atendimento dura de dois a cinco minutos. Os casos de violência sexual são rapidamente encaminhados para o Pronto-Socorro, mas para que isso ocorra é necessário que a mulher conte o agravo ao segurança que está na portaria; eventualmente pode ser necessário repetir a sua

história várias vezes, para diferentes funcionários, até obter o atendimento necessário.

Dessa forma, mesmo distintos nas vocações, estruturas e nos modos de funcionamento, centros de saúde e hospitais apresentaram similaridades no que diz respeito à falta de espaços reservados para o acolhimento, a impessoalidade e a função exercida pela segurança, profissional que não é capacitado para acolher as demandas dos usuários - fatores que podem dificultar a expressão de vivências íntimas e tornar constrangedora a busca pelo atendimento.

Como já foi dito, parte dos problemas relativos ao fluxo do atendimento nas unidades básicas de saúde e nos hospitais não diz respeito apenas às mulheres em situação de violência. A falta de privacidade, de agilidade e de conforto para o acolhimento da demanda pode afastar dos serviços quaisquer outras questões que interferem sobre a saúde e a qualidade de vida do usuário e não se configuram como um problema “típico” de saúde - atenção pré-natal, hipertensão, diabetes ou acidentes cardiovasculares, dentre outros (Villela e col., 2009). No entanto, violência contra as mulheres, pela sua importância e transcendência, pode ser tomada como paradigma de outras situações que não se configuram apenas como agravos anatomofisiológicos, mas que cada vez mais são entendidas como problemas de saúde. Essa contradição entre um discurso oficial de “alargamento” das portas de entrada dos serviços de saúde e o estreitamento observado na prática é um desafio para o SUS que talvez deva ser refletido com maior profundidade (Aranda e Tavares, 2008).

As Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres

As DDM atendem a todos os tipos de violência contra as mulheres, seja doméstica, intrafamiliar ou praticada por estranhos. O corpo básico de funcionárias de uma DDM -escrivã, psicóloga, delegada e advogada - é composto por mulheres, bem como a policial que faz o primeiro contato com a usuária e lhe dá as orientações necessárias.

Uma das DDM estudadas está localizada nos fundos de um distrito policial; a outra ocupa o terceiro andar de um pequeno prédio onde funcionam, nos andares inferiores, um espaço de recepção e um distrito policial. Nada da estrutura física diferencia uma DDM de uma delegacia comum: um grande

espaço central com bancos enfileirados, que serve como sala de espera, com um balcão lateral ou ao fundo onde uma funcionária ouve a demanda e dá as orientações necessárias. O tempo de espera para ser atendida é variável entre uma e três horas. Em uma das DDM flores artificiais nos corredores sugeriam um esforço para torná-los mais acolhedores. Em ambas não existiam cadeiras suficientes nas salas de espera e as mulheres esperavam atendimento na recepção junto com os demais casos do distrito policial.

Nas DDM o atendimento se faz por ordem de chegada. Logo que são atendidas, as mulheres denunciam a agressão, que é registrada pela escrivã; em seguida são encaminhadas a uma psicóloga, que, quando necessário, faz um acompanhamento breve do caso. Em situações de violência sexual a mulher é encaminhada para um hospital de referência.

As delegacias estudadas registram, em média, 25 casos por dia, havendo um maior volume de ocorrências após os finais de semana. As DDM estão abertas de segunda à sexta-feira das 9 h às 19 h. Isso significa que, caso a mulher seja violentada às 20 h da sexta-feira, precisa esperar até as 9 h da segunda-feira para dar queixa, a não ser que faça a ocorrência numa delegacia comum. Segundo uma delegada, as mulheres atendidas são predominantemente jovens, entre 20 e 25 anos, pertencem às classes média-baixa ou baixa e referem agressões pelo parceiro, atual ou ex, observações que condizem com resultados de diferentes estudos sobre o tema (Reichenheim e col., 2006).

Os Distritos Policiais

Os três distritos policiais estudados têm uma estrutura semelhante, com recepção, cadeiras, televisão e condições adequadas de limpeza, iluminação e ventilação. Todos se situam em local de fácil acesso. Vale apontar as similaridades, em termos de estrutura física e dinâmica de funcionamento, entre as unidades policiais e as unidades de saúde, ou seja, a pouca privacidade e a impessoalidade desse espaço onde ocorre o primeiro contato da usuária com o serviço.

Os distritos policiais operam em sistema de plantão permanente. Qualquer profissional de segurança pode prestar atendimento quando requisitado, ou seja, a mulher que sofreu violência não precisa ir

a uma DDM prestar queixa. Todavia, a maioria dos policiais considera esses casos como de menor relevância e prefere dispensar ou encaminhar a mulher para uma DDM. O primeiro procedimento quando uma mulher chega para registrar uma queixa de violência é verificar se ela passou por atendimento médico. Logo em seguida, é feito o boletim de ocorrência e a mulher é orientada a realizar exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal, onde a mulher deve ir por conta própria. Com a implantação da Lei Maria da Penha, existe também uma orientação a respeito do processo. Durante os finais de semana, quando as DDM estão fechadas, os casos de violência são atendidos nos distritos. No entanto, se o caso não é de extrema gravidade ou urgência, a mulher é orientada a aguardar até segunda-feira para procurar a DDM do seu bairro. Os casos de violência sexual têm prioridade, e assim que a mulher chega e faz o registro da queixa, uma ambulância a leva para o hospital de referência.

O fluxo entre DP e DDM nem sempre é satisfatório, pois se uma mulher procura o DP no final de semana, sendo orientada a esperar até segunda-feira para ir a uma DDM, fica desamparada num momento de risco. No entanto, os funcionários dos DP argumentam que não há nos DP um ambiente adequado para o atendimento desses casos; geralmente há muita gente e as mulheres ficam constrangidas, o que demonstra o reconhecimento, por parte dos policiais, da delicadeza desses casos. Segundo os policiais, muitas mulheres desconhecem que a queixa não precisa ser feita de imediato, desconhecem os serviços prestados pelas DDM e os procedimentos para formalizar uma queixa, o que também dificulta o seu atendimento.

Tanto nos distritos quanto nas DDM o abuso de álcool por parte do parceiro é apontado como a principal razão dos atos violentos, seguida pelo ciúme. Devido à relação entre abuso de álcool e violência, uma das DDM estudadas promove, em parceria com os Alcoólicos Anônimos, reuniões mensais nas suas dependências. A outra DDM e os DP não desenvolvem atividades em parceria com instituições que possam dar suporte a seus usuários.

A análise desses fluxos revela que, da mesma forma que os serviços de saúde, os serviços de segurança pública também não estão adequados para

acolher uma mulher que vivenciou uma situação de violência. Ambientes impessoais e sem privacidade não contribuem para que a mulher possa refletir sobre a sua experiência de modo a elaborar o ocorrido e a não se sentir culpada ou tornar-se vítima, e conseguir romper com o círculo de violência; o funcionamento das DDM apenas em horário comercial dificulta a denúncia por mulheres que trabalham e impede que esse recurso seja acionado nos períodos que concentram a maior parte dos episódios de violência, noites e finais de semana (Mota e col., 2008). Deve-se ter em conta que a decisão de denunciar o agressor é demorada, sendo tomada quando se esgotam as demais alternativas de solução do problema, e implica no reconhecimento da polícia como a autoridade habilitada a proteger e reprimir um comportamento só identificado como crime após um longo período de agressões (Prates, 2007). O limite no horário de funcionamento pode desestimular e contribuir para postergar ainda mais a denúncia.

A fala dos profissionais

“Vocês estão procurando no lugar errado”

Nos hospitais, a prioridade no atendimento é dada quando existe uma marca visível da violência, em função da suposta especificidade desse tipo de serviço - tratamento de lesões graves e/ou com risco de morte. No entanto, é referido que o serviço de emergência não é um lugar específico para o atendimento da mulher violentada, que deveria buscar um atendimento específico. A reiteração desse comentário pelos profissionais entrevistados sugere que as situações de violência vividas pelas mulheres não são consideradas uma emergência, exceto se a lesão física provocada implica risco de morte, sequelas ou gravidez (Moreira e col., 2008). Ao mesmo tempo, a reiteração de que as mulheres devem ser encaminhadas para um local “específico” ou “especializado” sugere também que a violência que se exerce contra mulheres é algo que deve ser deixado longe, em outro lugar, onde apenas os profissionais que optaram por lidar com o problema da violência são os responsáveis. Esse mecanismo de afastamento talvez esteja relacionado à proximidade que os profissionais, tanto homens como mulheres, têm do problema, estas por partilharem a experiência de submissão e muitas vezes também da

violência, aqueles por se perceberem como autores de violência, mesmo que na dimensão simbólica, o que os coloca em lugares sociais ambíguos e embaçados (Schraiber e D'Oliveira, 2008).

Nas unidades de atenção básica, os profissionais que trabalham na recepção e no atendimento, incluindo os médicos, afirmam que não costumam receber mulheres com queixas de violência, ressaltando a existência de serviços especializados, particularmente para os casos de violência sexual. Entretanto, alguns referem que as mulheres talvez não se sintam à vontade para relatar esse tipo de experiência pela falta de privacidade no local. Um médico afirmou que não se deveria confiar totalmente nas histórias de violência sexual contadas pelas mulheres, já que muitas “querem fazer aborto e arranjam esta desculpa”. Esse comentário também aparece entre os profissionais da segurança, que afirmam que muitas mulheres fazem falsas denúncias para conseguir um aborto seguro.

Para os profissionais de psicologia entrevistados, a violência, de um modo ou de outro, está presente na vida de praticamente todas as usuárias, embora as mulheres não recorram ao serviço para falarem disso. As agressões são descobertas ao acaso, em uma consulta para avaliação de um quadro depressivo ou de uso repetido do serviço. Afirmam ainda que a modalidade mais frequente de violência vivenciada pelas suas usuárias é a agressão verbal praticada por parceiro ou familiares, frente a qual as mulheres se sentem frágeis e humilhadas, observações que também encontram ressonância na literatura. No entanto, foi frisado que essas situações não são explícitas, talvez porque “a população da região é de gente mais esclarecida, situações mais explícitas de violência contra a mulher devem ocorrer nos bairros mais carentes...”.

“Isso acontece mais lá na periferia”

Os delegados dos distritos policiais também concordam com a ideia de que quanto mais longe do centro, mais frequentes são os casos de violência contra a mulher e maior é a sua gravidade. Segundo eles, nos bairros periféricos a incidência de uso/abuso de álcool é grande, e as particularidades da vida na periferia – desemprego, problemas financeiros, famílias desestruturadas, falta de opção de lazer, cultura de se resolver os conflitos “no tapa” – propiciam uma

maior vulnerabilidade das mulheres à violência.

Embora essas observações coincidam com dados de estudos acadêmicos, esta visão da violência como um fenômeno que ocorre “na periferia”, com pessoas de outras classes sociais ou diferentes do informante, sugere também o mecanismo simbólico de atribuir ao outro algo que está próximo a mim e é ameaçador, como uma operação imaginária de distanciamento ou negação (Pereira, 2004).

Segundo os funcionários da segurança pública, de ambos os sexos, além da pertinência de classe, outro fator associado à violência é o uso de substância: “as drogas fazem parte do universo tanto dos agressores quanto das vítimas”. Essa afirmação reforça a ideia de que, para os profissionais que atendem as mulheres, a violência exercida contra elas não tem um estatuto relacionado à dinâmica das relações sociais de gênero, e sim está relacionada a contextos específicos. No entanto, como afirma uma profissional da área de saúde, a associação entre uso/abuso de drogas e violência assume um contorno próprio em se tratando de mulheres: “a gente sempre considera a mulher que bebe pior que o homem, aí a questão fica assim ‘a mulher chegou bêbada em casa, será que ela não merecia mesmo apanhar do marido?’”... Ou seja, a análise e o manejo dos casos estarão submetidos a um julgamento moral, mesmo que não de forma explícita.

“Dizem que foi estupro, mas tinham usado droga”

A concepção de que a violência é justificável se a mulher usou alguma substância é reforçada no atendimento de mulheres que sofreram violência sexual. A postura, semelhante entre profissionais da saúde e da segurança pública, é que embora existam meninas “inocentes” que são violentadas, existem as que dizem ter sofrido violência durante a madrugada, quando estavam saindo de “baladas”. Segundo esses informantes, essas moças usam substâncias, provocam o sexo e procuram os serviços para receber orientações sobre aborto, sugerindo a existência de uma hierarquia moral em relação à violência: se a mulher usa álcool ou outra substância, ou se gosta de sexo, a violência é menos grave ou punível, já que o comportamento da mulher justificaria a violência (Nóbrega e Oliveira, 2005). Reforçando a ideia dessa hierarquia moral, uma enfermeira comenta: “quem é violentada mesmo, o pessoal sente mais dó”. En-

tretanto, outra entrevistada critica a ambiguidade que permeia a prática, referindo que “essa vitimização situa a paciente em uma posição passiva que impede o profissional de vê-la como sujeito capaz de perceber a sua implicação na cena de violência, condição necessária para que a mulher consiga buscar novos padrões de relacionamento”. Deve-se apontar o limite tênue que existe entre sentir-se implicada e sentir-se culpada ou responsável, reforçando a ideia de que o manejo desses casos exige capacitação específica.

“Não tem gente especializada, não tem estrutura, o que fazer com isso?”

Nos serviços de emergência, um primeiro comentário dos profissionais foi em relação à falta de funcionários, em especial assistentes sociais, para ajudar na formulação do diagnóstico de violência e fazer o acompanhamento dos casos. Isso porque, segundo os entrevistados, muitas mulheres tendem a encobrir o acontecimento por vergonha ou medo de não receberem crédito, especialmente nos casos de violência sexual. A sensação de que o serviço não dá credibilidade às suas histórias - o que, de fato, ocorre, como foi verificado - e a falta de privacidade e adequação do acolhimento levariam as mulheres a solicitar consulta com o ginecologista para relatar o ocorrido. Na opinião dos entrevistados, isso é um ônus para o serviço, que poderia ser sanado com a presença de um profissional “especializado em problemas sociais”. Essa afirmativa sugere que, para os profissionais, a alternativa para acolher as demandas de violência não inclui mudanças no fluxo ou nos processos de trabalho, e sim o aprofundamento do modelo de especialização que tem orientado a organização dos serviços, o que se contrapõe à diretriz de acolhimento e humanização que deveria orientar a organização das práticas assistenciais no âmbito do SUS.

Nas DDM não foram relatadas falta de funcionárias ou situações em que a mulher omite a violência sofrida. No entanto, também foi referida a falta de treinamento específico para o atendimento adequado das mulheres. Para uma entrevistada, o diferencial das DDM são as normas específicas a seguir, a orientação sobre a lei Maria da Penha e os encaminhamentos para serviços selecionados, e não o modo de lidar com a mulher ou com a queixa. Para

uma entrevistada, a falta de capacitação faz com que a maioria dos casos com alguma gravidade seja encaminhada, criando-se outro problema, a falta de vagas em abrigos e a insuficiência dos centros de referência para mulheres em situação de violência. A dificuldade em lidar com as mulheres provoca sentimentos de frustração e impotência, como comenta uma escritora: “cansa atender sempre a mesma coisa sem ver resposta”.

“O relacionamento humano é muito complexo”

Também pelos policiais das DP foi enfatizada a sua falta de capacitação para abordar a violência contra as mulheres, sendo ademais apontada a própria estrutura da instituição policial, feita para combater crimes e não para lidar com problemas dos relacionamentos humanos, no seu entender, muito “complexos”.

Particularmente o caráter repetitivo da violência doméstica provoca sentimentos de impotência e revolta nos policiais, que não conseguem admitir a situação contraditória vivida pela mulher que se vê maltratada por alguém a quem ama e de quem muitas vezes depende. Um delegado de uma DP, por exemplo, relatou ter perguntado a uma mulher a frequência com que ela era agredida pelo marido. Ao ouvir que ela sempre fora agredida, mesmo antes do casamento, o profissional iniciou uma reprimenda à demandante, questionando o fato de ela continuar convivendo com o sujeito, atitude assumida por ele como a única orientação possível naquela situação.

Críticas, admoestações e o não reconhecimento das iniciativas das mulheres para tentar acabar com a violência nas suas relações conjugais apontam também para uma visão estereotipada dos profissionais, que acabam por atuar pautados pelas concepções do senso comum sobre as relações entre homens e mulheres (Couto e col., 2006). Segundo um policial, “não dá para levar a sério essas queixas porque, na verdade, o que elas esperam é que a gente chame o cara para conversar para que ele volte a amá-la ou largue da amante”. Alguns policiais consideram que muitas mulheres procuram a delegacia para dar queixa por estarem aborrecidas, com ciúme, ou querendo que o parceiro melhore como marido: “elas não querem que eles sejam prejudicados, só que eles fiquem assim, mais de acordo...”. De fato, é

grande o número de mulheres que retorna mais de uma vez para prestar queixa contra o marido, porque a reconciliação, a esperança de tudo ficar bem não se confirma. Embora as mulheres aleguem a dependência financeira como motivo para a permanência junto aos parceiros, nas suas opiniões os problemas são mais complexos e envolvem dificuldades emocionais das mulheres em lidar com a separação e também com suas escolhas: “mulher de bandido tem que aguentar a lei do bandido até o final”.

Nos casos de flagrante, em que o agressor vem para a DP com a mulher, a postura é outra: “eu digo pro cara, consórcio e chifre são iguais, quando menos você espera você é contemplado”. Ou seja, o pressuposto é que o homem bateu “com razão”, por ter sido traído ou desrespeitado na sua honra, mas deve se acalmar para não ter problemas. Nesse mesmo DP foi relatado que uma mulher foi prestar queixa contra o marido que a havia obrigado a ter relações sexuais, e tornou-se motivo de piada entre os policiais, que não entendiam como uma mulher casada poderia ser estuprada pelo marido.

Essas concepções estereotipadas sobre mulheres e homens que emergem dos relatos nos distritos policiais reforçam o acerto que foi a criação das DDM. O ambiente policial é predominantemente masculino, e o convívio com a violência produz um endurecimento que é entendido como necessário à sobrevivência mental dos profissionais. Em relação às mulheres agredidas, este endurecimento assume a forma de desqualificação e banalização da sua dor. Em que pesem as diferenças, o mesmo pode ser pensado em relação aos profissionais de saúde, especialmente os que atuam em serviços de emergência.

“Depois de ver muito, a gente acostuma”

Sentimentos de descaso, cansaço ou impotência suplantam a possibilidade de indignação frente à violência contra as mulheres. Em uma das DDM, por exemplo, uma entrevistada afirma que “de tanto ver essas coisas, a gente acostuma”. Na outra DDM, é referido que o desânimo com o trabalho aumenta quando encaminham casos para exames de corpo de delito e recebem laudos que referem “agressões leves”, mesmo em casos de espancamentos e tentativas de homicídio. Para a entrevistada, essa banalização da violência contra as mulheres desqualifica

o trabalho realizado pelas delegacias especiais e contribui para a perpetuação da violência. Outra policial da DDM refere que pior do que ver uma mulher apanhar e não sair da situação é “virar saco de pancada” das mulheres que transferem para as profissionais a raiva que sentem de si próprias, do parceiro, da vida. Ter que lidar com a agressividade da mulher violentada é embaraçoso, pois, durante a sua formação, as policiais foram capacitadas para o combate ao crime e a abordagem de criminosos comuns, que muitas vezes inclui o revide à violência.

Em realidade, nem mesmo os profissionais da saúde são treinados para atender as mulheres que sofrem violência na perspectiva de ajudá-las a romper com o círculo de violência ao qual estão aprisionadas, cabendo à equipe a construção de estratégias para lidar com o caso. Ou, como diz uma profissional de saúde, “a gente vai dançando conforme a música”.

O reconhecimento da falta de uma capacitação específica que possibilite aos profissionais da saúde e da segurança pública uma compreensão das relações de gênero e dos aspectos da subjetividade humana, de modo a lidar com as situações concretas, permeou as falas dos entrevistados. No entanto, nenhum deles referiu ter demandado por essa capacitação aos seus superiores, como também não foi apontada qualquer iniciativa para minimizar essa falta, como discussões em equipe ou busca por supervisão.

Comentários Finais

Este trabalho teve o intuito de mostrar como as normas sociais que caucionam a violência contra as mulheres se reproduzem nas instituições, por meio da própria dinâmica das instituições e das relações entre profissionais e usuárias. Recusar a perspectiva de que a violência é um fenômeno natural, e não relacional e humano, e intencionalmente buscar enxergar formas de violência contra mulheres que permeiam as práticas cotidianas dos serviços de saúde e segurança tornam possível descortinar um vasto universo de situações que operam como matriz dos processos de produção, reprodução e perpetuação da violência exercida contra as mulheres com base nas desigualdades de gênero.

Evidentemente esses fatores operam como obstáculos não apenas para mulheres em situação de

violência. A falta de uma porta de entrada ampliada - acolhedora, resolutive - é hoje um real obstáculo para que a atenção primária em saúde no Brasil possa cumprir com a sua vocação de regulação do fluxo de entrada e circulação do usuário com o sistema de saúde (Neves, 2008). No entanto, esse estreitamento torna-se mais preocupante quando é proposto que a atenção aos agravos resultantes das diversas formas de violência contra as mulheres se inicie no nível básico de atenção à saúde.

As atitudes inadequadas dos profissionais re-produzem os preconceitos e as posturas sexistas que permeiam as relações sociais entre os sexos e perpetuam as desigualdades entre homens e mulheres. Isso reforça a experiência emocional de vulnerabilidade nas mulheres agredidas, criando um círculo vicioso entre violência interpessoal e violência institucional, e impede que os serviços cumpram a sua vocação de interromper a cadeia de produção de violência.

A diferença na abordagem da violência doméstica e da violência sexual pelo parceiro, tanto pelos serviços de saúde como de segurança, parece derivar da existência de protocolos mais claros em relação à última e da menor ambiguidade em torno do estupro, em que pesem os comentários dos entrevistados sobre as mulheres que “provocam sexo” ou que “mentem”. Ao mesmo tempo, a violência contra as mulheres ainda é contra um “sujeito oculto”, invisível pelo e no patriarcado e, por consequência, os profissionais que atendem as mulheres também são “sujeitos ocultos” dentro de suas instituições (Bandeira, 1999).

O fato de a maioria dos entrevistados considerar sua formação insuficiente para lidar com casos de violência contra a mulher abre uma oportunidade de discussão nos serviços, que pode ser enriquecida com a reflexão sobre as inúmeras experiências relatadas e a concretude da prática: o espaço físico que limita a privacidade é impessoal também para o profissional que passa ali grande parte do seu tempo.

Como mostram os resultados deste trabalho, é certo que os serviços de saúde e de segurança pública são capazes de admitir a existência de um tipo específico de violência exercida contra as mulheres,

e também é certo que o atendimento prestado nesses serviços pode melhorar. Especialmente no que diz respeito ao suporte necessário para que a mulher assuma o controle da sua vida, condição imprescindível para que a abordagem seja efetiva.

Tem sido apontado que os profissionais de saúde, mais que curar, são responsáveis por cuidar, a partir do reconhecimento da dimensão humana do usuário e do provedor, e do exercício da reciprocidade. O cuidado é um processo relacional, onde a experiência de cada um adquire sentido a partir do olhar para si e para o outro.

Os profissionais de saúde e da segurança pública devem enfrentar vários desafios - acomodações precárias, despreparo técnico, fragilidade da rede institucional - para exercer a essência das suas profissões, o cuidado e a proteção do outro: Sem o resgate dessa essência, seu exercício profissional deixa de ser um espaço onde as mulheres podem dar sentido e significado à experiência vivida, de modo a romper com o círculo vicioso de violações.

Sofrer violência é uma situação, transformar-se em vítima é outra. Ser objeto de violência pelo fato de ser mulher, marcada socialmente pelo signo da subalternidade, é um processo social que deve ser reconhecido como uma violação de direitos e transformado. Uma mulher violentada aponta para um problema social que afeta a homens e mulheres, pois denota o não reconhecimento da alteridade, pressuposto da condição humana. Transformar a mulher que sofre violência em vítima, tratando-a com indiferença ou com insensibilidade, é participar desse processo.

Referências

- ARANDA, A. A. C; TAVARES, M. R. G. *Humanização e acolhimento nos serviços de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: UFRGS, Departamento de Medicina Social, 2008. 43 f. Trabalho de conclusão de curso. (mimeo)
- BANDEIRA, L. Um Recorrido pelas Estatísticas da Violência Sexual no DF. In: SUAREZ, M.; BANDEIRA, L. (orgs.). *Violência conjugal e criminalidade no DF*. Brasília: Editora Paralelo 15, UnB, 1999. PP. 431-496.

- BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 87-98, set./dez. 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde- *Acolhimento nas práticas de produção da saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.
- COUTO, M. T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, supl, 1323-1332, 2006.
- DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 23 n. 66, p. 165-211, fev. 2008.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. ; KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu v. 11, n. 23, p. 485-501, set./dez. 2007.
- MOREIRA, S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo,, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, dez. 2008.
- MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. Correspondence analysis: a method for classifying similar patterns of violence against women. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1397-1406, jun. 2008.
- PACHECO, E. C. B. et al. Atendimento integrado às vítimas de crime sexual: programa bem-me-quer. *Femina*, São Paulo, v. 32, n.6, p. 463-466, jul. 2004.
- PEREIRA, P. P. G. *O terror e a dádiva*. Goiânia: Editora Vieira, 2004. PRATES, P. *Violência doméstica e de gênero: perfil sócio demográfico e psicossocial de mulheres abrigadas*. 2007. 119 f. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. (mimeo).
- REICHENHEIM, M. E. et al. Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 425-437, fev. 2006.
- SANTOS, C. M. D. En-gendering the police: women's police stations and feminism in Sao Paulo. *Latin American Research Review*, Baltimore, Maryland, v. 39, n. 3, p. 29-55, 2004.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra as mulheres e promoção dos direitos humanos: a contribuição do campo da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 41, p. 47-55, abr. 2008.
- VALENTIM, J. H. *Espaço cirúrgico - um lugar mal-assombrado: psicopatologia do hospital geral*. 2002. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002 (mimeo).
- VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev. 2007.
- VILLELA, W. V. et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1316 - 1324, jun. 2009.

Recebido em: 23/06/2009

Reapresentado em: 07/05/2010

Aprovado em: 30/06/2010