

Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?

LILIA B. SCHRAIBER
é professora do
Departamento de Medicina
Preventiva da Faculdade
de Medicina da USP.

LILIA B. SCHRAIBER

Tem sido progressivo o interesse pela questão da violência em nossos dias. O tema vem sendo tratado na mídia com insistência e diversos organismos governamentais têm tentado elaborar políticas para enfrentá-lo. A violência contra a mulher é parte desse interesse e um problema crescente, ainda que assuma feições muito próprias. Representa, a nosso ver, a face mais dramática dos conflitos relacionados às atuais tensões nas relações de gênero. Manifestando-se em sua maior parte como violência doméstica perpetrada por parceiros ou ex-parceiros, a violência experimentada pelas mulheres apresenta enorme repercussão em sua saúde e deve ser abordada pelos serviços que a atendem. No entanto,

sem contar com o desenvolvimento de uma assistência específica e integrada ao atendimento de rotina nas unidades de saúde, quem vive ou viveu situações de violência não encontra atendimento apropriado. Este implicaria um acolhimento específico, com canais próprios de comunicação nos serviços de saúde e uma escuta também muito diferenciada, em razão das dificuldades da mulher que vive a violência para relatar o acontecido e dos profissionais para ouvir e elaborar uma proposta assistencial compatível com o enfrentamento direto do problema.

Sem ser uma questão da competência exclusiva da Saúde, a violência contra a mulher é de tal magnitude que se postula, internacionalmente, seu reconhecimento como problemática da Saúde Pública. De fato, isto representaria um avanço necessário na direção da promoção da saúde e uma definitiva posição do setor quanto a seu compromisso com os direitos humanos. Tal atitude permitiria tornar clara a adoção do princípio da não-violência como direito e como valor ético para a política de saúde, com suportes substantivos para a ampliação dos direitos das mulheres, incluindo-se os direitos reprodutivos já assumidos, junto ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde.

Não obstante, sabemos que a assistência médica e os cuidados em saúde, de modo geral e não sem conflitos, são atuações profissionais que têm dificuldades para lidar com problemas mais identificados ao social ou à subjetividade do que ao adoecer orgânico. São dificuldades que não se prendem apenas ao que fazer, dentro de um leque de atuações bem delimitadas como intervenções sobre o patológico, mas dizem respeito, sobretudo, à impossibilidade de qualificar um dado problema como pertinente a esse fazer biomédico. Aculturados na identidade imediata de suas competências para lidar com o corpo que adocece, os profissionais da saúde lidam mal com demandas que nem sempre se caracterizam como adoecimentos, ainda que constituam, de fato, sofrimentos e necessidades da clientela dos serviços. Nos serviços de atenção

primária, pronto-atendimento ou mesmo pronto-socorro, muitas dessas situações, que constituem uma gama bastante diversificada de problemas, apresentam verdadeiros obstáculos comunicacionais, obstáculos de linguagem para demandas que não podem ser proferidas e apresentadas como uma realidade estrita de “doença” ou de “risco de adoecer”. Expressas na forma de múltiplas queixas, dores de imprecisa localização no corpo ou sem correspondência a patologias conhecidas, e, portanto, dores “sem nomes”, estas demandas são traduzidas pelos profissionais como “queixas vagas” e, via de regra, assumidas, de antemão, como situações assistenciais “inviáveis”, fadadas ao insucesso assistencial.

Essas razões nos levam a compreender as dúvidas expressas pelos profissionais da saúde como *duvidas genuinas*, quanto a atuarem ou não sobre a violência. A noção de *genuinidade*, pautada, aqui, na possibilidade/impossibilidade de um *agir comunicativo*, significa nosso entendimento de que os profissionais falam/atuam desde o seu lugar de agentes de uma dada técnica e sujeitos portadores de uma dada cultura profissional. Seu agir, neste caso, estará conforme com esta cultura, ética e tecnicamente. Além do que, é relevante se considerar a peculiaridade da prática médica, a que se pode caracterizar como uma técnica moral-dependente, em razão do entrelaçamento de sua intervenção técnica com a relação interindividual construída a cada ato, substancialmente entrelaçando a dimensão de trabalho com a interação humana nesta assistência. Assim, o componente ético estará, de fato, construindo a intervenção, desde o momento diagnóstico, o julgamento clínico e as propostas terapêuticas, concebido ou não o profissional em exercício. Sendo este aspecto em grande medida extensivo às ações da assistência individual no cuidado em saúde de modo geral, um agir voltado para reconhecer e lidar com os direitos das mulheres, de imediato, revelaria às usuárias atendidas nos serviços a ética da não-violência, de modo interno ao saber autorizado e legitimado exercido pelos profissionais. Levar em considera-

ção esse aspecto é extremamente importante, e pretende ser um convite aos profissionais de saúde, uma abertura ao diálogo acerca de alternativas para a ação que, ao tomar a violência como questão também a ser enfrentada nos serviços de saúde, possa representar igualmente uma ampliação do espectro tecnológico com maior satisfação no trabalho cotidiano.

VIOLÊNCIA OU VIOLÊNCIAS?

Antes de outras considerações, observemos que o termo “violência” refere-se a um conjunto amplo de problemas, cujas repercussões no setor saúde e as possibilidades ou os limites de intervenção são bem diferentes. Boa parte das vezes a violência refere-se aos índices crescentes de mortalidade pelas chamadas “causas externas”. Incluem-se nesta categoria os óbitos por acidentes, seja de trânsito ou de trabalho, ou domésticos; óbitos por envenenamentos, suicídios e homicídios, entre outros. É claro que os homicídios são os óbitos que expressam de forma contundente a idéia de violência.

Mas ao pensarmos em óbitos e taxas de mortalidade estamos lidando com eventos que podem representar o final de uma série de atos danosos. Afinal, podem terminar em “acidentes” atos que se iniciaram como conflitos entre parceiros ou entre familiares, atos de violência que podem ter representado uma situação de conflito de longa duração e invisível ao olhar externo ao âmbito doméstico. O mesmo também pode ocorrer com situações de violência não conhecidas e que terminam como suicídio de mulheres. Temos, portanto, que considerar que a violência tem diversas “expressões”.

Uma primeira forma de nos aproximarmos dessas expressões seria a violência social, de um lado, e a violência das relações interpessoais, de outro. Vale dizer, a primeira se apresenta como a violência que, de imediato, é situação da esfera pública da vida e que se reconhece, prontamente, como problema coletivo, pelo impacto social que

representa; e a outra como a violência que, mesmo quando em contextos institucionais – como o de trabalho, ou escolas –, é compreendida como situações da vida privada. Se as primeiras têm grandes chances de se tornarem problemas de Saúde Pública, as últimas são, em geral, tratadas como situações enfrentadas por indivíduos particulares e que, por isso, seriam problemas de cada um. Podem vir a ser demandas colocadas aos serviços de saúde, mas por decisão estritamente individual que expressa uma decisão íntima e ao acaso, pois sequer é estimulada pelos equipamentos sociais. Assim, os homicídios enquadram-se claramente no primeiro caso, enquanto as violências domésticas experimentadas pelas mulheres vêm sendo tratadas na qualidade de problema privado de cada mulher.

Uma outra classificação das expressões variadas da violência está no fato de que elas podem ocorrer entre pessoas mais ou menos íntimas e conhecidas. Assim teríamos a violência por estranhos, a violência por colegas de trabalho/escola/vizinhos e a violência por familiares. Outra classificação ainda pode ser feita, em função da repercussão de forma distinta na saúde das pessoas: algumas ações violentas levam imediatamente a óbitos, enquanto outras são mais insidiosas e representam situações crônicas de vida. Estas são, portanto, situações que produzem sofrimentos ou danos físicos via de regra não-fatais, ainda que possam ser de alta gravidade. Repercutem nos índices de morbidade, o que não se torna tão visível como impacto na saúde da população se comparado aos óbitos.

No entanto, tais situações correspondem, geralmente, a contextos estruturados como violentos e, então, de caráter sistemático, repetitivo. Por isso seus efeitos não são meramente episódicos. Pelo contrário, são sofrimentos permanentes para aqueles que estão, ou estiveram, em “situação de violência”, pois, mesmo quando ocorre no passado, essa violência resulta em sofrimentos que se tornam crônicos. A consequência disso é um aumento de demandas aos serviços de saúde. Por isso diremos que, mesmo sem reconhecer, tornar visível ou

abordar adequadamente, a saúde e seus serviços já têm um problema em tela: o *problema violência*.

VIOLÊNCIA DE GÊNERO COMO OBJETO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE: O PROBLEMA VIOLÊNCIA

Usamos a denominação “problema violência” para caracterizar essa situação que deve ser abordada em sua realidade própria de “violência” e não apenas por seu *impacto a posteriori em lesões do corpo ou sofrimentos de natureza mental*. Esses impactos, quando descolados do problema violência, já vêm recebendo intervenções nos serviços de saúde. Mostram-se, nessa vertente, respostas insuficientes dos serviços para as necessidades das mulheres. Configuram eventuais respostas às demandas que são apresentadas, ou ao menos à parcela do que é enunciado pelas mulheres como seu sofrimento. Dado, porém, que a situação de violência não se extingue, suas repercussões sobre o adoecimento do corpo ou o sofrimento mental ressurgem e voltam a pressionar os serviços para novas intervenções. Gera-se, desse modo, uma espiral de demandas e intervenções ética e tecnicamente incompetentes para uma assistência integral e para apoiar, de fato, as mulheres, além de representarem situações onerosas do ponto de vista da economia do sistema de assistência.

Do ponto de vista dos profissionais, tal incompetência traz o sentimento de frustração da ação técnica e falta de motivação para o acolhimento do caso. Estes casos sem solução quase sempre correspondem às usuárias de uso reiterado do serviço. Preferimos chamá-los, por isso, de “casos difíceis”, mesmo sendo eles, via de regra, reconhecidos pelos profissionais como “casos indesejáveis” e conhecidos pela literatura que estuda, na psicologia médica, o sentimento e o relacionamento afetivo gerados nestas situações, como “casos odio-

“...”. Rejeitados porque demonstram a incompetência profissional, terminam por ser desqualificados como casos médicos, e tratados como “pessoas problemáticas”.

Por todas essas razões, além do fato de que recentes estudos internacionais e nacionais vêm demonstrando os agravos para a saúde de quem vive situação de violência, atual ou pregressa, afirmamos que a violência é um problema também da saúde: de organização e produção dos cuidados em saúde, de programas de assistência, programas de prevenção e promoção da saúde, de políticas públicas.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO CONFLITO DE GÊNERO: O PROBLEMA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

O que cada mulher – *a mulher em situação de violência* – traz aos serviços de saúde não é a violência como um problema, sequer como parte do problema de saúde que coloca, e sim apenas seus efeitos (1). A violência vivida, portanto, não aparece como tal, nem mesmo se apresenta como fator causador dos sofrimentos. Encontra-se “invisível” como parte do diagnóstico das necessidades das mulheres nos serviços de saúde. Com isso não se sabe qual sua real magnitude e seus efeitos na deterioração da qualidade de vida. Não se conhece suas repercussões no perfil de morbidade de uma dada população, ou mesmo o padrão de uso dos serviços de saúde que se pode correlacionar com este evento.

Do ponto de vista ético, na busca de ampliar os direitos das mulheres a receberem melhores assistência e proteção à sua saúde, o desconhecimento da violência vivida impede que nossa atuação alcance essa esfera de intervenção, mesmo que seja através das ações próprias da saúde. Quando

indagadas especificamente sobre a violência, esta é dita como “a dor que não se sabe onde está e que tampouco se pode ver nos exames do médico”. Do ponto de vista de políticas públicas, por sua vez, também são muito pouco conhecidas as repercussões sociais e econômicas que a violência produz na assistência e no sistema de atendimentos em saúde neste setor.

Tanto pela invisibilidade, quanto pelo fato de que, culturalmente, é concebida enquanto uma problemática do casal ou no máximo da família, é difícil existirem bons canais de comunicação para tal nos serviços, com poucas possibilidades de sua emergência espontânea nas falas das usuárias. Também é difícil existirem *oportunidades de acolhimento* dessa situação, quanto mais imaginar o que fazer para *responder* a essas situações, isto é, uma qualificação como problema de saúde.

Assim, invisibilidade, ausência de canais de expressão e escuta para estimular a emergência de sua expressão nos serviços, bem como incapacidade de qualificar tecnologicamente o problema para propor respostas, é a caracterização que se pode fazer atualmente da presença da violência como uma problemática já realidade nos serviços.

A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA MORBIDADE E NO USO DOS SERVIÇOS

A violência contra as mulheres têm sido cada vez mais entendida como violência das relações de gênero (2) e vem tomando importância política crescente no mundo e no Brasil. Surge, no Brasil, no início da década de 70, com a criação dos primeiros grupos feministas. Diversas iniciativas são tomadas, nesse momento, com a criação de serviços específicos como as delegacias da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência para atendimento, além de importantes mudanças na legislação nacional. Pelo lado das políticas públicas da saúde, a

1 Preferimos usar a noção de mulheres em situação de violência ao invés de “vítimas” de violência por entendermos que, uma vez instaurado tal contexto violento, criam-se relações de tal ordem conflituosas que a violência torna-se seu produto. Entendemos a origem da noção “vítima” como sendo própria da linguagem jurídica e da transgressão da ordem legal ou dos direitos: vítima seria alguém que sofre uma perda de seu estatuto de sujeito e que sofre a ação de outros, nesta perda. Mas não queremos estender essa noção para outras dimensões, em especial para a ética das relações e do agir interpessoal, sob pena de perdemos, nessa esfera ética, a aproximação propriamente relacional quanto ao agir de cada um na situação. Não estamos com isso querendo dizer que não haja sujeitos de menor poder na relação e que, quando há violência, são tornados objetos nessa forma de relação. Tomamos a situação como uma relação rompida, com perda total de poder comunicacional, e por isso torna-se violenta: quando não há possibilidade de trocas comunicacionais intersubjetivas, perde-se a perspectiva ética da interação humana.

2 Entendemos como relações de gênero as relações de poder historicamente construídas a partir do sentido social dado ao masculino e ao feminino, e como violência de gênero a ruptura dessas relações em contextos de grande desigualdade e impossibilidades de comunicação/interação.

proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado desde 1983, abre portas para se tomar a violência como parte das necessidades de saúde.

Internacionalmente, os índices da violência contra a mulher variam de 21%, na Holanda, a 75%, na Índia, ou entre 29% e 25%, no Canadá e Estados Unidos, a 52% na Nicarágua. Também não são menores os impactos da violência na qualidade de vida: para mulheres entre 15 e 44 anos, os estupros ou violência doméstica representam a sexta causa dentre as dez mais importantes que levam às maiores perdas de “anos saudáveis de vida”. No Brasil, alguns estudos na saúde revelam índices assustadores: entre usuárias de serviços em clientelas do setor público, cerca de 50% a 60% das mulheres de 15 a 49 anos relatam terem sofrido, pelo menos uma vez na vida, violência, sendo mais de 80% das vezes identificadas como agressões físicas.

Os dados que vêm sendo produzidos demonstram que as mulheres estão em maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas do que com estranhos. Também vêm se destacando especialmente os trabalhos voltados para a violência física nas relações conjugais, sendo bem mais recentes estudos acerca de outras formas de violência, como estupro, abuso sexual infantil e violência contra minorias étnicas e minorias sexuais. Além da alta ocorrência, essa violência indica, portanto, que as mulheres estão vivendo situações domésticas de contextos violentos e relacionando-se com aqueles de quem se espera exatamente a interação oposta: a relação de confiança, dignidade e prazer. Não será estranho, pois, que seja grande a dificuldade de relatar esta situação, não raro entendida pela própria mulher como um fracasso pessoal nas relações amorosas, ou, tal qual é induzido pela cultura contemporânea, como consequência de comportamento pessoal “inadequado”, uma má conduta moral. De outro lado, diante do valor contemporâneo do direito a uma “vida boa e justa”, para se usar um conceito capaz de traduzir o senso de direitos diante das desi-

gualdades sociais na vida cotidiana, a despeito de como se vêem na situação de violência, essas mulheres percebem e expressam a vontade de transformar essa situação, revelando seu sentimento de injustiça para com a violência a que se encontram submetidas. Transformar tal situação, contudo, não significará obrigatoriamente óbvias ou esperadas formas de trabalhar com a situação, as quais representam saídas para outros, os que não estão em situação de violência.

Do ponto de vista de programas de intervenção, a primeira grande alternativa implantada no Brasil foi a Delegacia Especial de Defesa das Mulheres (DDM), impulsionada pelos serviços de apoio montados pelo movimento feminista, no início dos anos 80. São também bastante conhecidas, mas bem menos numerosas, as casas-abrigo e os centros de referência para assistência a mulheres em situação de violência.

Com repercussões na saúde das mulheres, a violência está associada a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral, incluindo tentativas de suicídio. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem demonstrado estar associada a maiores taxas de dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, além de doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada e aborto, inviabilizando opções contraceptivas para uma parte das mulheres. Durante a gestação, a violência é mais provável, ocasionando diversos danos à saúde da mulher e da criança.

Usando de modo mais intenso os serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, as mulheres em situação de violência delineiam uma clientela expressiva. Sabe-se que os episódios de violência são repetitivos e progressivamente mais graves, caracterizando-se por crescente periculosidade, tendo-se descrito a “síndrome da mulher espancada (*battering syndrome*)”, na qual a violência é seguida por aumento de sintomas clínicos em geral e problemas emocionais com sofrimento

mental duradouro. Estudos americanos mostram ser este o principal fator preditivo para visitas ao médico e aumento dos custos de pacientes ambulatoriais.

O QUE FAZER NA SAÚDE: O DIAGNÓSTICO DA VIOLÊNCIA; A DECISÃO COMPARTILHADA COM A USUÁRIA; A AÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A INTERSETORIALIDADE COMO INTERVENÇÃO

Na prática, a violência, sobretudo a doméstica, não tem sido sequer reconhecida. De um lado, esta invisibilidade está relacionada ao fato de que, sendo uma experiência bastante desagradável e incômoda de se lembrar, será rara a menção direta ou mesmo indireta ao problema, o que se complica diante da ausência já mencionada de ofertas de falas/escutas nessa direção. Isso também ocorre porque, como já dito, quem sofre a violência desse tipo é convencido e termina por introjetar a idéia de que, se sofreu tal violência, é porque, de algum modo, mereceu! O sentimento de vergonha e de culpa pelo ocorrido é também inibidor do relato. De outro lado, sendo situação que para o profissional de saúde não tem nenhuma forma assistencial já estruturada, parece pertencer sempre a outras intervenções, como a da polícia ou da justiça, ou, no máximo, nos serviços de saúde, de competência restrita à assistência social. Nesse caso ocorre uma desqualificação do problema como da alçada também dos médicos e outros profissionais com atuação específica nessa esfera dos cuidados.

Outras vezes o problema é entendido como “da mulher” do ponto de vista das dificuldades desse sujeito privado em lidar com as relações afetivas e seu emocional,

passando-se a vê-lo como problema de natureza estritamente psicológica e questão de saúde mental. Há, ainda, em especial nos protocolos internacionais, sugestões de que se busque ativamente o problema violência, questionando-se sistemática e diretamente todas as usuárias do serviço. Os *screenings* sistemáticos, contudo, estão em avaliação em razão da baixa adesão dos profissionais a esses esquemas.

Assim, se nosso primeiro problema nos serviços é diagnosticar a violência contra a mulher, nosso segundo problema é tentar uma aproximação que tenha sentido tecnológico para os profissionais dos serviços, sentido este que em razão das várias interfaces implicadas no problema – de justiça e de direitos; de sofrimento mental e físico; de necessidades médicas e sociais – demanda necessariamente o trabalho em equipe e uma assistência para além da saúde mental e da saúde como setor de intervenção social. Mas tudo isso não é simples.

Na esfera do diagnóstico, não se trata apenas de insistirmos em perguntar a todas as pessoas se elas estão ou não em situações de violência, e sim de darmos sentido assistencial a essa pergunta. Isso porque, para os profissionais da saúde, diagnósticos não são só para se saber se há ou não aquela dada situação e se não imaginamos sequer uma forma preliminar de assistir, não perguntaremos se algo nessa área ocorre. Vale dizer, em práticas do tipo assistencial, na sociedade, não nos interessamos por algo independentemente de já se antever uma possibilidade de atuação. Perguntas sistemáticas sobre questões para as quais não temos a menor possibilidade tecnológica de intervenção caem no vazio. Mesmo aquelas que já são parte das anamneses médicas ou diagnósticos de enfermagem, pois acabam se tornando rotinas incômodas para o profissional, que quase sempre, por entendê-las como atos repetitivos, mecânicos ou burocráticos, porque estão sem sentido para os cuidados a serem produzidos, deixam de fazê-lo. Por isso o diagnóstico deve representar também uma virtual intervenção, o que na violência é sempre ação multiprofissional e assistência intersetorial.

Mais complexo, portanto, que os diagnósticos das doenças, mas não menos possível ou necessário para intervir na saúde, principalmente em sua promoção.

Por outro lado, as situações de violência não representam repercussões de um só tipo na pessoa, mas atingem várias esferas simultaneamente, e cada qual termina por retroalimentar a repercussão nas demais. Assim, o sofrer, física ou mentalmente, estará associado e reforçado pela perda de direitos, pelas humilhações e maus-tratos como pessoa humana, pela perda de bens ou de acesso a eles. Por isso, se uma primeira abordagem dá-se nos serviços de saúde ou nas delegacias, nenhum deles conseguirá por si só dar conta de toda a questão, mas seu esforço conjunto em projetos construídos com mútua referência será sempre mais competente na produção de suportes sociais e institucionais mínimos para uma assistência melhor.

Existem já serviços que oferecem atendimento a mulheres em situação de violência. Para o município de São Paulo, foram alvo de um projeto nosso de identificação e classificação para montagem de um Guia de Serviços, a ser utilizado pelos profissionais desses serviços e também da saúde em geral, e criação de um miniguia especialmente para mulheres. Ao realizarmos esse projeto (3), identificamos pelo menos quatro setores que se relacionam no tocante a uma assistência a mulheres em situação de violência. São eles: a Segurança Pública, apresentando 11 delegacias (9 de defesa da mulher; 1 da mulher e idoso; 1 para crimes raciais); a Justiça, com 14 centros de orientação jurídica; a Saúde, com 6 serviços de assistência médica e psicossocial a casos de estupro e abortos legais, e 7 de orientação médica e psicossocial básicas; a Assistência Social, com 2 casas-abrigo e 7 centros de atendimento social ou psicossocial. No total somam, pois, 47 serviços no município de São Paulo. Alguns são serviços do setor público, outros organizações não-governamentais, via de regra, apoiadas por organizações feministas e agências nacionais e internacionais e também por agências governamentais.

Um último aspecto geral dessa intervenção no âmbito dos serviços de saúde deve considerar que a usuária do serviço deve ser requalificada como sujeito nessa situação, para que a intervenção seja eficaz. Diante desse problema uma necessária presença de sujeito está na *tomada de decisões conjunta* com os profissionais da equipe de saúde sobre o que fazer com sua situação de violência vivida. É necessário que os profissionais de saúde, ao abordarem o problema, estabeleçam com cada mulher uma escuta responsável, exponham a ela as alternativas disponíveis em termos de acolhimento e intervenção, e decidam conjuntamente quais são as alternativas melhores para o seu caso, incluindo ativamente a mulher na responsabilidade pelo destino de sua vida.

A decisão compartilhada é fundamental, aqui, para que consideremos a mulher como um sujeito pleno, e não a violentemos mais uma vez ao tratá-la como alguém incapaz de avaliar e optar por certos caminhos, rotas de apoio e assistência que devemos socialmente construir e oferecer. O encaminhamento decidido de forma unilateral pelo profissional de saúde, e algumas vezes mal compreendido pela mulher, pode ter resultados desastrosos, como é o caso da referência quase automática para psicoterapias, que podem ser interpretados pela mulher (e algumas vezes por sua família) como um atestado de que o problema é exclusivamente dela, estando a mulher alterada em seu funcionamento emocional e psíquico, de alguma forma “doente da cabeça”. Além disso, é necessário respeitar o tempo de cada uma. Muitas vezes a conversa ou informação que acontece hoje fará sentido ou será utilizada meses, ou anos, após.

Isso não desmerece o empreendimento, nem o trabalho assistencial realizado, desde que não usemos critérios de resolutividade imediata para avaliá-lo, e sim a idéia de que a disseminação destas informações para a população é importante, concretizará progressivamente o próprio sentido de cidadania. O simples conhecimento da existência de serviços especializados no assunto pode ter uma

3 O projeto fez parte de uma linha de trabalho que vem se realizando desde 1994 e inclui pesquisas, cursos de capacitação a profissionais e programas de intervenção em Violência de Gênero e Saúde. Este trabalho é realizado em parceria com a ONG Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e vem contando com o apoio da Fundação Ford e CNPq. Foram feitas duas edições do Guia de Serviços, uma em 1996 [disponível no endereço: <http://www.usp.br/servicos/guias>] e outra em 1999. Recentemente, editamos guias de serviços para uso da população feminina, com base no anterior [voltado para profissionais]. Contamos com parceria também da ONG SOS Corpo – Saúde e Cidadania, para as cidades da Zona da Mata de Pernambuco e Recife, com o apoio da OMS e Ministério da Saúde – Programa DST/Aids. Os guias vêm servindo de referência a outros empreendimentos similares no país (como o Guia e protocolo Bemfam), e internacionalmente.

importância fundamental na percepção da mulher acerca do caráter social de sua situação individual. Além disso, a oferta de escutar e orientar para a tomada de decisão é, nos serviços de saúde em geral, não só uma possibilidade, como uma forma tecnológica de ação.

É importante notar que, ao contrário do que parece ao senso comum, uma boa parte das pessoas que vivem em situações de violência já teve diversas decisões e ações no sentido de romper a violência, mas muitas vezes não foi bem-sucedida nas instituições às quais recorreram. Este cami-

nho, quase nunca reto mas truncado, na busca de alternativas foi nomeado como *rota crítica* por estudo já realizado em países da América Latina e está repleto de desencontros, desestímulos, pela falta de acesso e acolhimento por parte de delegacias, advogados e outras instituições. Es-tando na rota da maioria das mulheres, que por um motivo ou outro o utilizam, os serviços de saúde têm o dever de constituir-se em um local de apoio efetivo, ao invés de ser mais um obstáculo na tentativa empreendida pelas mulheres de transformação de sua situação.

BIBLIOGRAFIA

CASA DA CULTURA DA MULHER NEGRA. *Serviços Públicos de Saúde — Protocolo de Violência Doméstica. Adaptado do Protocolo dos Serviços de Saúde de São Francisco*. Califórnia/Estados Unidos. Santos, 2000.

COLE, T. B. "Is Domestic Violence Screening Helpful?", in *JAMA*, 284 (5), 2000.

CONSEJO INTERTERRITORIAL. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Protocolo Sanitario ante los Malos Tratos Domésticos*. Madri, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1998.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Violência de Gênero, Necessidades de Saúde e Uso de Serviços em Atenção Primária*. Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. e SCHRAIBER, L. B. "Violence Against Women: a Physician's Concern?", in B. Ottesen; A. Tabor. (eds.), *New Insights in Gynecology & Obstetrics. Research and Practice*. Londres, The Parthenon Publishing Group, 1998, pp. 157-63.

ELLSBERG, M.; PEÑA, R.; HERRERA, A.; LILJESTRAND, J.; WINKVIST, A. *Confites en el Infierno — Prevalencia y Características de la Violencia Conyugal Hacia las Mujeres en Nicaragua*. Red Nacional de Mujeres Contra la Violencia, Nicaragua/Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica, UNAN-Leon/Departamento de Epidemiologia y Salud Publica, Umea University, Suecia, Nicaragua, 1998.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, Dodd, Mead and Company Inc, 1970.

_____. *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Chicago, The University of Chicago Press, 1994.

GOLDENBERG, G. P.; MEDRADO, M. A.; PATERNOSTRO, M. A. N. "A Violência Contra a Mulher: uma Questão de Saúde", in E. Labra. (org.), *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989.

GROSSI, M. "O Significado da Violência nas Relações de Gênero no Brasil", in *Sexualidade, Gênero e Saúde 2(4)*. Rio de Janeiro, Cepesc/IMS/UERJ, 1995.

GRUPO DE TRABALHO MPM E NZINGA. "Considerações e Orientação para Atendimento a Mulheres em Situação de Violência na Rede Pública de Saúde", in *Jornal da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*, n. 19, 1999, pp. 12-3.

GUIA PRÁTICO DE SERVIÇOS. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA. 2ª edição. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP/Depto. de Medicina Preventiva/CSE Samuel B. Pessoa e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Apoio Fundação Ford, 1999 (1ª ed. 1996).

HABERMAS, J. *Técnica e Ciência como Ideologia*. Lisboa, Edições 70, 1987.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violence Against Women. The Hidden Health Burden*. Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994.

KOSS, M.; KOSS, P. K.; WOODNUFF, W. J. "Deleterious Effects of Criminal Victimization on Women's Health and Medical Utilization", in *Archives of Internal Medicine*, 151, 1991, pp. 342-7.

LAMBERG, L. "What to Ask, What to Do", in *JAMA*, 284 (5), 2000.

MACDONALD, K. M. *The Sociology of the Professions*. London, Sage Publications, 1995.

MCCAULEY, J.; KERN, D. E.; KOLONER, K.; DILL, L.; SCHROEDER, A. F.; DECAHNT, H. K.; RYDEN, J.; BASS, E. B.; DEROGATIS, L. R. "The 'Battering Syndrom': Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices", in *Annals of Internal Medicine*, 123 (10), 1995, pp. 737-48.

MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K.; BULLOCK, L. "Assessing for Abuse During Pregnancy: Frequency and Extent of Injuries and Associated Entry into Prenatal Care", in *JAMA*, 267 (23), 1992, pp. 3.176-8.

MINIGUIA MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. *Saúde da Mulher e Direitos Humanos*, 2ª edição. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP/Depto. de Medicina Preventiva e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Apoios MS-Programa DST/Aids e Unesco, OMS, Fundação Ford, CNPq, Fapesp, Fundação MacArthur, 2001 (1ª ed. 2000).

MINIGUIA MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO: *Saúde da Mulher e Direitos Humanos*. 1ª edição. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP/Depto. de Medicina Preventiva e SOS Corpo Saúde e Cidadania/Apoios MS-Programa DST/Aids e Unesco, OMS, Fundação Ford, CNPq, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde da Mulher, 1999 (mimeo.).

OPS. *La Ruta Crítica que Siguen las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar*. 1998.

RODRIGUEZ, M.; BAUER, H. M.; MCLOUGHLIN, A.; GRUMBACH, K. "Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse-Practices and Attitudes of Primary Care Physicians", in *JAMA* 282 (5), 1999, pp. 468-74.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo, Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. "Violência Contra Mulheres: Interfaces com a Saúde", in *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 3, n. 5, 1999a, pp. 11-27.

_____. *Violência, Gênero e Saúde: Organização de Serviço e Tecnologia de Atenção Integral à Mulher*. Relatório Final de Pesquisa, São Paulo, FMUSP/DMPR/CSE Samuel Pessoa, 1999b .

SENN, D. M. *As Mil Faces de Anaké: o Sofrimento Feminino e a Prática de Saúde*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999.

STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, BasicBooks, 1982.

SUGG, N. K.; INUI, T. "Primary Care Physicians Response to Domestic Violence", in *JAMA*, 267 (23), 1992, pp. 3.157-60.
