



ORIGINAL ARTICLE

VIOLENCE AGAINST WOMAN UNDER POINT OF VIEW FROM PREGNANT WOMEN

 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER GESTANTE SOB A VISÃO DE PUÉRPERAS
 LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DE CONFORMIDAD CON EL PUNTO DE VISTA DE LA MUJERES EMBARAZADAS

 Gabriela Fernandes e Silva¹, Máira Domingues Bernardes Silva², Leila Rangel da Silva³,
 Inês Maria Meneses dos Santos⁴

ABSTRACT

Objectives: to analyze the kinds of violence suffered in gestational period based on Ecological Model of Violence from Pan American Health Organization and to discuss the violence concept under point of view from pregnant women. **Method:** descriptive study from qualitative approach conducted in a public maternity in Rio de Janeiro city. One hundred interviews were conducted with mothers in the Rooming-in Care. **Results:** among women who have suffered some kind of violence there is a greater proportion of physical aggression (67%), and the aggressor is, in most cases (33%), a person close to the woman. The victims did not seek a specialized help service (79%). The socio-demographic profile showed that the predominant age range was 20-29 years (56%), with a low level of schooling, less than 06 years of study, with a predominant family income of more than two minimum wages and residents, most of them (27%) from A.P.3.1 Méier. **Conclusions:** it's important to ensure human rights and enhance the full care to women victims of violence. The existence of a regular training is essential to take care of these women, facing this violence phenomenon, offering then a careful, ethical and humane nursing. **Descriptors:** violence; pregnant; women; battered women.

RESUMO

Objetivos: analisar os tipos de violência sofrida no período gestacional à luz do Modelo Ecológico de Violência da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e discutir a concepção de violência sob a visão da mulher enquanto gestante. **Método:** estudo descritivo com abordagem qualitativa. Desenvolvido em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. Foram realizadas 100 entrevistas estruturadas com puérperas internadas no Alojamento Conjunto. **Resultados:** dentre as mulheres que sofreram algum tipo de violência, maior proporção de agressão física (67%), sendo o companheiro, na maioria dos casos (33%), uma pessoa próxima à mulher. As vítimas não procuraram um serviço especializado para atendimento (79%). O perfil sócio-demográfico mostrou que a faixa etária predominante foi de 20-29 anos (56%); com um nível de escolaridade baixo, menos de 06 anos de estudo; com uma renda familiar preponderante de mais de 02 salários mínimos e residentes, em sua maioria (27%), da A.P.3.1 Méier. **Conclusões:** É importante zelar pelos Direitos Humanos e valorizar o atendimento integral à mulher vítima de violência conforme preconiza o Ministério da Saúde e a OPAS. É essencial a existência de uma capacitação contínua para cuidar, frente ao fenômeno da violência, oferecendo um cuidado de Enfermagem ético e humanizado. **Descritores:** violência contra a mulher; gestantes; mulheres maltratadas; enfermagem.

RESUMEN

Objetivos: analizar los tipos de violencia que sufren en período gestacional, a la luz del modelo ecológico de Violencia de la Organización Panamericana de Salud y debatir el concepto de violencia sobre la visión de la mujer durante el embarazo. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Fue realizado en una maternidad Municipal de Río de Janeiro. Se realizaron 100 entrevistas con las madres internadas en el Alojamiento Conjunto. **Resultados:** entre las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia, una mayor proporción de agresiones físicas (67%) y el agresor, en la mayoría de los casos (33%), una persona cercana a la mujer. Las víctimas no buscan un servicio especializado en la atención (79%). El perfil sociodemográfico mostró que el rango de edad predominante fue 20-29 años (56%), con un bajo nivel de escolaridad, menos de 06 años de estudio, con una renta familiar predominante de más de 02 salarios mínimos y los residentes, la mayoría (27%) de A.P.3.1 Meier. **Conclusiones:** es importante garantizar los derechos humanos y mejorar La atención integral a las mujeres víctimas de la violencia. Es esencial que exista una formación a La atención, frente el fenómeno de la violencia, ofreciendoun cuidado humano de enfermería. **Descriptores:** violencia contra la mujer; embarazada; mujeres maltratadas; enfermería.

^{1,2}Enfermeiras Graduas pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mails: gabiunirio@hotmail.com; mairinhadbs@hotmail.com; ^{3,4}Professoras Doutoradas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mails: angel.leila@gmail.com; inesmeneses@gmail.com

INTRODUÇÃO

O interesse para a realização deste estudo teve início durante a formação de uma das autoras desse estudo quando ao participar de um grupo de planejamento familiar em Unidade Básica de Saúde, no município do Rio de Janeiro, foi presenciado vários depoimentos de mulheres gestantes, participantes de um grupo de pré-natal, que havia assistido a um filme que abordava a violência. Tais mulheres falavam sobre atos violentos que sofriam, inclusive durante a gestação.

Assim, ao iniciar este estudo e aprofundar em um tema complexo e pouco explorado na academia, foi encontrado, dentre outros, a precariedade dos registros nas instituições de referência para tratamento e acompanhamento da mulher vítima de violência.

Em qualquer fase da vida, a violência é considerada um grave problema social e de saúde pública a ser enfrentado no Brasil. As gestantes que presenciam ou sofrem violência são dignas de atenção especial dos serviços de saúde, por atingir a mulher em um momento de grande fragilidade física e emocional.

A violência é um problema que afeta a saúde, provocando um impacto na qualidade de vida e traduzindo-se em diversas repercussões para a saúde das mulheres. Logo, é objeto da intersetorialidade integrando o campo médico e social. A violência se torna tema do setor saúde pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares¹.

É notório que os índices de violência têm crescido repentinamente nos últimos 20 anos, por isso a violência vem sendo apontada por diversos setores da sociedade como um sério e importante problema que aflige diversos países. No âmbito da saúde pública, sabe-se que, na década de 80, a violência mudou o perfil de mortalidade do país, passando de quarta para segunda causa de morte. De acordo com a 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID, a violência enquadra-se aos fatores externos ao organismo humano que provocam lesões, envenenamentos ou efeitos adversos ao homem².

Sabe-se, entretanto, que uma gama significativa dessas formas de violência não chega ao conhecimento institucional oficial, dificultando, ainda mais, a busca por informações. Além disso, outras várias formas

de violência não são sequer reconhecidas pela sociedade e, conseqüentemente, por suas instituições, como é o caso de certas expressões de violência contra mulheres, que permanecem invisíveis como, por exemplo, as agressões verbais e as psicológicas.

Por se tratar de um país como o Brasil, onde as desigualdades socioculturais e educacionais estão fortemente presentes em todas as regiões, a preocupação e a ênfase dada ao assunto - Violência Contra Mulheres - deveria estar presente nas discussões que pudessem participar a população, bem como a divulgação dos serviços especializados e dos direitos civis dos cidadãos. A violência é um problema cíclico, portanto, faz-se necessário à conscientização da população para que esta não se omita diante dos fatos.

A violência na perspectiva de gênero representa o poder do homem sobre a mulher, isso é muito bem visualizado na agressão sexual onde o estupro caracterizado pela penetração vaginal, traduz o objetivo do agressor que é o de demonstrar poder sobre a vítima.³

No tocante à gestação, o problema torna-se ainda mais amplo devido à complexidade da situação e ao vínculo afetivo entre mãe e bebê. Existem casos em que a situação de agressão começa ou é intensificada durante o período gestacional.

A violência psicológica pode afetar o comportamento da mulher negativamente, impedindo-a de realizar as consultas pré-natais ou retardando o início da assistência. Sabe-se que a mulher no período gestacional sofre grandes mudanças, fica fragilizada por ser um período que envolve perdas e ganhos emocionais. Por isso, é importante que os profissionais saibam reconhecer a violência trazida por elas, acolhendo-as e respeitando-as como cidadãs, já que muitas mulheres reconhecem o serviço de saúde como forma de amparo para os seus problemas.

Para entender a violência como um agravo à saúde, faz-se necessário sua conceitualização de acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual incorpora dimensões como circunstâncias políticas, o meio social, conflitos pessoais, estado emocional entre outros.⁴

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da

produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de saúde.

O tema violência contra a mulher é tão amplo, que há diversos termos que são usados para designá-la de outra forma, como: violência intrafamiliar, doméstica e de gênero.

Neste estudo, a epígrafe “Violência Contra a Mulher” será aplicada por entender que aponta predominantemente para a vitimização da mulher, porém levando em consideração o caráter relacional da situação de violência como todo ato de violência de gênero que resulta, ou pode resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada.⁵

Para análise dos dados nesse estudo foi utilizada a classificação de violência da Organização Pan Americana de Saúde, baseando-se em seu Modelo Ecológico para compreender a violência, onde nenhum fator isolado explica porque alguns indivíduos têm comportamentos violentos ou porque a violência é mais prevalente em algumas comunidades do que em outras, sendo a violência o resultado de uma ação recíproca e complexa de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais.

Diante do exposto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- Qual a concepção de violência pelas puérperas internadas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro?
- Quais são os tipos de violência sofrida pelas puérperas durante o período gestacional?

Sendo assim, o objeto de estudo é sobre a concepção de violência sofrida no período gestacional, na visão das puérperas internadas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, seguindo os seguintes objetivos:

- Analisar os tipos de violência sofrida durante o período gestacional à luz do Modelo Ecológico de Violência da Organização Panamericana de Saúde.
- Discutir a concepção de violência a partir da visão da mulher enquanto gestante.

Nesse sentido, pretende-se contribuir, por meio dos resultados deste estudo, com alguns subsídios para a discussão dos serviços de saúde, no que diz respeito à identificação, atuação e prevenção da violência contra a mulher, principalmente quando esta se encontrar na fase da gestação. Este estudo irá colaborar com a construção do conhecimento sobre a complexidade e heterogeneidade da

violência contra a mulher gestante e está cadastrado no Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança – NuPPEMC do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que trabalha com um universo de significados, atitudes, crenças, motivos, aspirações e valores. Isto corresponde a um espaço das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis. Desta maneira, a pesquisa qualitativa é o lugar da intuição, exploração, e do subjetivismo, aprofundando-se no mundo dos significados, das ações, e relações humanas⁶.

O cenário foi uma maternidade municipal do Rio de Janeiro situada na zona norte e que tem como referência o atendimento às gestantes de alto risco.

Foram realizadas 100 entrevistas estruturadas, após consentimento livre e esclarecido, entre os meses de fevereiro a abril de 2006. Nesta época um dos autores esteve na instituição cumprindo a carga horária de 150 horas da disciplina - Estágio Curricular na Atenção a Saúde da Mulher e se aproximou das puérperas facilitando assim o desencadear da pesquisa. Essa amostragem foi definida pela saturação teórica dos dados, ou seja, o número de puérperas a serem entrevistadas foi delimitado de acordo com a representatividade dos conceitos que emergiram durante as entrevistas. Quando os dados tornaram-se repetitivos, não aparecendo dados novos e os conceitos compreendidos, consideramos atingida a saturação teórica.

A saturação teórica é a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição⁷, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Cabe mencionar que o estudo inicial seria desenvolvido nas DEAMS (Delegacias Especializadas para Atendimento à Mulher) do município do Rio de Janeiro, entretanto, devido ao reduzido quantitativo de informações referentes ao assunto - Violência e Gestação – teve-se que redirecionar o estudo e partir para as entrevistas com as puérperas.

Além disso, ao procurar os serviços especializados no atendimento das mulheres vítimas de violência, como as DEAMS e os hospitais-maternidade de referência, a surpresa foi ainda maior, pois não foi encontrado nenhum dado referente à gestante que prestou depoimento por causa da violência.

No tocante à maternidade, não consta nos registros se a mulher sofreu violência, ou qual foi o tipo, nada específico; somente foi apresentado um índice de abortos realizados em determinado período, sem explicitar a causa dos abortos nos registros. Quando porventura havia algo escrito, não tivemos condições de identificar devido à ilegibilidade da caligrafia. Ressaltam-se com isso, os problemas de subnotificação e a precariedade dos registros realizados pelos profissionais de saúde.

Ao indagar se mulheres grávidas compareciam à delegacia para prestar queixa, o inspetor respondeu que não sabia, pois não constava na “ficha” (questionário) perguntas referentes ao estado gravídico ou não da mulher. Diante dessa realidade, destes percalços com a pesquisa, buscamos outra fonte para coleta de dados.

Foi construído um roteiro para a coleta de dados composto de dados sócio-cultural-demográficos e questões tais como: Qual a sua concepção de violência contra a mulher gestante? Você sofreu algum tipo de violência durante a sua gestação? Caso já tenha sofrido, procurou algum serviço especializado para atendimento? Dentre as opções abaixo, quais você caracteriza como sendo um tipo de violência? a) agressão física, b) estupro, c) agressões verbais e d) falta de leito nos hospitais.

Cabe ressaltar que a concepção de violência contra a mulher gestante foi discutida no desencadear da pesquisa, citando os relatos das puérperas. Após a citação, a letra alfabética precedente corresponde à inicial do primeiro nome da mulher seguida da sua idade.

As entrevistas foram realizadas respeitando a individualidade e a especificidade de cada puérpera e tendo em vista o material disponível e os objetivos desta pesquisa, a análise teve como referência a técnica de análise temática, que aborda como uma descoberta de núcleos de sentido evidenciados a partir dos temas que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo analítico do estudo.⁸

Para realização deste estudo cumpriu-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para pesquisa com seres humanos, garantindo, assim, o cumprimento das questões éticas da pesquisa.⁹

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), aprovado em 28 de Março de 2006, protocolo de número 003/06.

RESULTADOS

• Perfil das Depoentes

Foram entrevistadas 100 mulheres, vinte e quatro destas havia sofrido algum tipo de violência durante o período gestacional e setenta e seis não sofreram violência, predominou a faixa etária de 20-29 anos (56%); seguida pelas faixas etárias de 30-39 anos (23%); 10-19 anos (14%) e da faixa acima de 40 anos (7%).

Quanto ao estado civil, a maioria declarou-se casada (35%); seguida pelas solteiras (33%) e por último as amaziadas, união sem reconhecimento burocrático legal (32%). Como esta classificação baseou-se no relato espontâneo, muitas mulheres que convivem com um companheiro declararam-se casadas.

No nível de escolaridade, a maioria tinha menos de seis anos de estudo, sendo caracterizada, para melhor compreensão em termos didáticos, por ensino: fundamental incompleto (F.I.) – 40% das mulheres; seguido pelas mulheres com o segundo grau completo (2º G.C.) – 22% das mulheres; com ensino fundamental completo (F.C.) – 18% das mulheres, com segundo grau incompleto (2ºG.I.) – 16% das mulheres e com ensino superior incompleto e completo (S.I.) e (S.C.) – 04% das mulheres, sendo 02% para cada nível.

A renda familiar esteve predominantemente na faixa de mais de dois salários mínimos (52%); seguida pela faixa de um a dois salários mínimos (29%) e até um salário mínimo (02%); 17% das mulheres não sabiam sobre a renda familiar.

Os bairros foram agrupados segundo as Áreas Programáticas (A.P.) do município do Rio de Janeiro, as que não eram do município foram agrupadas em outros. Sendo assim, a maior concentração foi na A.P. 3.1, Méier (27%), área programática da maternidade; seguida por A.P. 3.3, Madureira (23%); A.P. 4.0 Jacarepaguá (23%); fora do município (05%). Tiveram A.P.s com porcentagem inferior a 3%, portanto não foram citadas.

Dentre as vinte e quatro mulheres que sofreram algum tipo de violência, a maioria relatou agressão física (67%); seguida pela agressão verbal (17%) e falta de respeito (12%); com um caso de omissão (2%). Houve um relato (2%) com os dois tipos de agressão: física e verbal. Durante as entrevistas sentimos que algumas mulheres ficavam envergonhadas com os relatos e acabavam mascarando atos de violência que haviam vivenciado. Isso foi comprovado diversas vezes, logo que tinham oportunidade de conversar outras vezes expunham o acontecido.

Os agressores, das vinte e quatro mulheres, foram, em sua maioria, o companheiro (33%), seguido pelo marido (24%), familiares (21%), desconhecido (12%), ex-companheiro (08%) e profissional de saúde, médico (08%). Houve um relato (4%) de agressão por parte do familiar e do companheiro.

Os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar mais graves. Apesar disto, a violência não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos atendimentos dos serviços de saúde, com isso, esse fenômeno torna-se de difícil abordagem.

A procura por algum serviço de atendimento não aconteceu em 79% dos casos, somente 18% dos casos recorreram a algum serviço, destes 02% procuraram a delegacia comum e 01% recorreram a Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres (DEAM).

Com referência aos tipos de violência, onde as opções eram respectivamente: a) agressão física, b) estupro, c) agressões verbais e d) falta de leito nos hospitais; e a pergunta indagava: Dentre as opções, quais você caracteriza como sendo um tipo de violência? O resultado expressou o seguinte: 62 mulheres marcaram todas as opções, 25 marcaram apenas as letras a, b e c e 08 marcaram apenas as letras a, b e d e 05 consideraram somente as agressões físicas e verbais como um tipo de violência.

Por ser complexa e de abordagem qualitativa, a questão que trata da concepção de violência contra a mulher gestante terá ênfase no decorrer deste estudo. De modo geral as respostas foram similares, pois abordaram os seguintes aspectos: agressões físicas e verbais; os escândalos provocados pelo parceiro em local público; a falta de respeito sofrida por meio de atitudes dos profissionais de saúde; cônjuges e/ou familiares que não respeitavam a gestação da mulher; a omissão por parte do pai do bebê com relação a acompanhamento, interesse, apoio, ajuda de custo; abuso de poder/força

masculina; o não reconhecimento dos direitos da mulher; invasão de privacidade; dentre outros. Algumas mulheres sintetizaram suas respostas, citando apenas que violência é tudo de ruim.

DISCUSSÃO

Por serem variados os tipos de violência, muitas vezes a mulher sofre agressão sem saber que determinada ação é considerada um tipo de violência e que, sendo assim, ela está amparada legalmente para registrar sua denúncia e recorrer aos serviços especializados.

Para muitas mulheres, buscar ajuda policial está fora de cogitação. Só faz aumentar o risco de morte.¹⁰

Existem muitas razões para uma mulher não conseguir romper com seu parceiro violento, o maior de todos os riscos é justamente romper a relação; procurar ajuda é vivido como vergonha e gera muito medo; sempre resta a esperança de que o marido mude o comportamento; a vítima, muitas vezes, está isolada da sua rede de apoio; nossa sociedade ainda está despreparada para lidar com esse tipo de violência; algumas mulheres dependem economicamente de seus parceiros violentos.¹¹

Pelo fato da violência influenciar diretamente na qualidade de vida, torna-se um problema exacerbado e multifacetado, sendo um campo de estudo para todas as áreas de conhecimento.

A Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos reconheceu formalmente a violência contra as mulheres como uma violação aos direitos humanos. Desde então, os governos dos países membros da ONU e as organizações da sociedade civil tem trabalhado para a eliminação desse tipo de violência, que já é reconhecido também como um grave problema de saúde pública.

No cenário da violência contra a mulher, a violência doméstica ou familiar assume um papel de destaque. Com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio de 1990, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, observa-se que, dentre todas as agressões físicas cometidas na residência, 63% das vítimas foram mulheres.

A partir da década de 90, no Brasil, foram criados serviços de atendimento especializado às mulheres vítimas de violência como as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), as casas-abrigo, os Centros de Atendimento à Mulher, os hospitais de referência entre outros. Além disso, aumentou-se a preocupação em discutir o

assunto - Violência contra Mulher – tanto na esfera pública quanto privada. Nesse contexto, uma iniciativa de destaque foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida também como Convenção de Belém do Pará, ratificado no Brasil em 27 de novembro de 1995. Esta convenção tem especial importância por ter força de lei em diversos países, estabelecendo marcos no avanço da proteção dos direitos humanos e no estabelecimento de programas Governamentais.¹¹

Durante as entrevistas, selecionamos um relato bem interessante e que está ligado à vida da mulher como demonstrado a seguir:

[...] A violência acabou com a minha vida, tive até que sair de casa, fui morar num abrigo com meus filhos durante seis meses por causa do meu marido que me batia todo dia, em mim e nas crianças. Aí eu fui na DEAM e me levaram pra lá. A violência contra a gestante é as agressões de todos os tipos, xingamentos, falta de consideração, tortura psicológica [...] (M, 32 anos).

Na definição da Convenção de Belém do Pará, (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher), adotada pela Organização dos Estados Americanos em 1994, a violência doméstica e familiar contra a mulher é “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.^{12:1}

A violência presente nas relações de gênero é um sério problema de saúde para mulheres em todo o mundo

[...] Ih, a violência tá dentro da minha casa, nas brigas com meu marido e meu filho mais velho que também já me bateu. É muito triste um ser que saiu de dentro da gente e hoje nem me respeita mais, fazer o que né? [...] (A, 29 anos).

Nessa fala é notória a questão da superioridade do sexo masculino sobre o feminino, mesmo numa relação entre mãe e filho.

A violência de gênero está intimamente associada à cultura, posto que desde a criação dos nossos pais se ouve dizer que a mulher deve ser criada para ser dona de casa, cuidar dos filhos e do marido, ser subordinada; enquanto o homem é educado para ser “durão”, autoritário, machista, o chefe da família. Logo, nota-se que a submissão feminina tem uma dimensão histórica impressionante.

A mulher, ao buscar atendimento nos serviços de saúde, queixa-se de palpitações,

diarreia e outros distúrbios gastrointestinais, nervosismo, ansiedade, entre outros, mascarando a verdadeira causa do problema. Por isso os profissionais devem estar atentos ao mínimo sinal que possa indicar a ocorrência de algum tipo de agressão.

Em pleno século XXI, a sociedade ainda se mostra machista e preconceituosa colocando a mulher em condição inferior ao homem. Esta submissão pode fazer com que a mulher vitimada internalize a agressão e a reproduza posteriormente, contribuindo para que o ciclo de violência seja mantido.

A dominação masculina se faz presente nas relações conjugais, mas não unicamente, esta se encontra também no ambiente de trabalho e no convívio social de forma geral.

A questão de gênero é tão marcante dentro da sociedade que o Ministério da Saúde elaborou, em 1984, um programa destinado às mulheres: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e que foi re-editado em 2004, como Política Nacional de Atenção a Mulher reforçando que a mulher é mais sensível e frágil, necessitando de um programa específico.¹³ Por outro lado, o surgimento deste programa com mulheres em sua formação, auxilia para que a prestação de serviços seja mais direcionada e qualificada.

Infelizmente, a desinformação de profissionais da saúde acerca da temática violência reflete negativamente nos serviços e especificamente nos registros. Mesmo o que é registrado padece de limitações, tendo em vista o mau preenchimento dos formulários que deixam de informar dados essenciais ao esclarecimento dos eventos e com isso, a coleta de dados sobre a violência é subnotificada.

Nesse sentido, o problema da violência acaba sendo reduzido a uma questão do corpo individual. E os profissionais envolvidos podem até perceber que a mulher foi vítima de violência, mas estão focando a sua assistência na anatomia e fisiologia, esquecendo-se da questão emocional.

Nesse contexto, pode-se lembrar dos serviços de atenção primária, básica, que deveriam ser atuantes no sentido de reconhecer precocemente os casos de violência e encaminhá-los aos serviços correspondentes conforme a necessidade de cada caso, atentando para o seu papel preventivo. Por isso, enfatiza-se, novamente, na questão da preparação dos profissionais da área da saúde. É necessário que estes saibam reconhecer um ínfimo sinal que possa indicar algum tipo de violência contra a mulher.

Durante a gestação, a mulher precisa fazer um acompanhamento regular da sua saúde e da saúde do seu filho, realizando um pré-natal adequado. Com isso, sua presença, principalmente, na Unidade Básica de Saúde torna-se de vital importância possibilitando o encontro da gestante com o profissional de saúde. Existem instituições em que este acompanhamento é realizado totalmente pelo enfermeiro, profissional preparado para cuidar da mulher atentando para o lado biopsicossocio-cultural.

Portanto, o papel da rede hospitalar como um todo é fundamental para a prevenção de reincidências das violências. É necessário ressaltar, sempre, a importância da sensibilização dos profissionais de saúde para o adequado atendimento desses casos e para a notificação e mobilização de outros serviços para o acompanhamento adequado dessas mulheres vítimas de violência que precisam ser bem acolhidas para que não tenham receio de denunciar o seu caso.

Os profissionais precisam estar preparados para entender a violência, também, como um agravo à saúde e não unicamente como um caso policial. Este entendimento contribui para os problemas de subnotificação e ocultação dos casos violentos. Possivelmente, esses problemas advêm do receio dos profissionais em denunciar a violência. Receio este, completamente compreensível uma vez que a legislação acerca do assunto não é explicitada/divulgada como deveria acontecer.

• Manifestações da violência contra a mulher

O problema da violência inclui diferentes manifestações como: assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, ofensas, danos psicológicos, prostituição, violência racial, exacerbação de poder (masculino), por parte da instituição, podendo ser cometida por vários perpetradores.

Nesse estudo, serão citadas as manifestações cujo número de ocorrências apresenta-se em destaque e as que foram mais citadas durante as entrevistas como a violência institucional:

[...] Violência pra mim é quando a gente não tem voz, quer fazer a ligação e não consegue é um absurdo, os médicos tratam à gente como se fosse bicho. Não consegui de novo fazer a minha e já tô no quarto filho, quero ver quem vai dar de comer. Tem também os maus tratos de alguns homens, as brigas dentro de casa [...]. (C, 28 anos).

Este tipo de violência causado pelos próprios serviços pode incluir tanto a dimensão mais ampla da falta de acesso ou

má qualidade dos serviços até uma noção mais restrita de dano físico intencional, dessa forma, ocorre uma violação aos direitos reprodutivos da mulher.

Essa questão foi bastante abordada pelas puérperas, ao conversar com elas antes da entrevista propriamente dita citando com revolta os serviços de saúde, devido à imensa dificuldade para realização da laqueadura das tubas uterinas. Segundo elas, mesmo tendo uma história de gestações anteriores, realização de cesariana, idade acima de 28 anos, casada ou com união estável, a peregrinação entre os serviços públicos de saúde era enorme e quase sempre sem sucesso. Todas as mulheres que abordaram a necessidade de um método contraceptivo irreversível estavam convictas de que a realização da laqueadura tubária era um direito delas e que “alguém” deveria resolver o seu problema. A questão da violência institucional ficou explicitada, principalmente, sob este ângulo.

Outra questão que merece destaque por também ter sido mencionada pelas puérperas foi a rotina hospitalar, de um modo geral elas reclamaram dos horários de visitas, da rotatividade dos profissionais, do não esclarecimento dos procedimentos, dentre outros. Diante disso, percebe-se a realidade da qual estamos inseridos. As rotinas clínicas são organizadas e estruturadas para o conforto e segurança dos profissionais de saúde e nunca dos clientes.

Em contraposição, ao se referirem à hora do parto, ao momento mágico do nascimento, a instituição foi só elogio. Por se tratar de uma maternidade que está adotando o processo do “Parto Humanizado”, as mulheres se sentiram completamente à vontade e respeitadas para realizarem o que quisessem, na medida do possível, durante o trabalho de parto e nascimento.

Para compreender melhor a violência, o modelo ecológico da Organização Panamericana de Saúde⁵ é dividido em quatro níveis, conforme será explicitado nos parágrafos seguintes.

O primeiro nível, o *individual*, pretende identificar os fatores biológicos e da história pessoal que influenciam no comportamento do indivíduo aumentando ou não, a probabilidade de ser vítima ou perpetrador de atos de violência. Também se consideram fatores de risco a impulsividade, o baixo nível educativo, fatores demográficos, o abuso de drogas e os antecedentes de comportamento agressivo e de ter sofrido maus tratos.

Alguns relatos citaram a ignorância, o abuso de álcool e histórias pregressas na família de atos violentos, fazendo uma correlação desses fatores com atos violentos sofridos, conforme relato:

[...] A violência é tudo de ruim, principalmente quando tá junto de gente que usa drogas e bebe porque as pessoas ficam mais agressivas, parece que transforma a pessoa. Eu sei disso porque meu irmão quando bebe não deixa ninguém da casa da minha mãe em paz, mas eu nunca sofri violência dele não [...]. (G, 24 anos).

O segundo nível, o *relacional*, indaga como as relações sociais aumentam o risco de ocorrer atos violentos. São exemplos desse nível: os casos onde a violência ocorre no seio familiar, amigos envolvidos em violência, conflitos de casal.

Conforme comprovado nos dados referentes ao agressor, a maioria das agressões foi cometida por pessoas próximas à vítima, no caso as puérperas. Somente em três casos a agressão partiu de um desconhecido, sendo em dois deles o profissional de saúde, médico, e um caso de assalto com agressão física na rua. Portanto, é notória a maior frequência de atos violentos entre indivíduos que mantêm algum tipo de relação do que entre desconhecidos.

O terceiro nível, o *comunitário*, examina o contexto de toda a comunidade e os que se filiam nas relações sociais, como a escola, o ambiente de trabalho e ou vizinhança. Mostra que determinadas esferas comunitárias favorecem a violência mais do que outras; por exemplo, isolamento social, as zonas de pobreza ou deterioração física, onde o apoio institucional é ínfimo.

No Brasil, podemos verificar essa realidade com clareza, principalmente nas grandes capitais como o Rio de Janeiro onde o crescimento das cidades e o consequente avanço tecnológico contribuem para o aumento da desigualdade social, marginalizando parte considerável da sociedade aumentando o processo de favelização, conforme relato a seguir:

[...] Violência pra mim é bater, brigar, xingar, não respeitar a mulher, mas tem também os tiroteios lá perto de casa quase todo dia, é horrível. A gente vive com medo de tomar uma bala perdida. Eu to até dormindo no chão com meu marido por causa disso. Todo mundo tá correndo perigo né? [...](H, 26 anos).

O quarto e último nível, o *social*, examinam os fatores sociais mais gerais que determinam as taxas de violência. Estão incluídos aqui os fatores que criam um clima de aceitação da violência, os que reduzem as inibições contra

esta e os que criam e mantêm as frestas entre segmentos distintos da sociedade, como por exemplo, normas que apoiam a violência, iniquidades, disponibilidade de armas de fogo.

Situações que remetem a este nível foram verificadas em diversos depoimentos; mulheres referiram que suportavam/aceitavam a violência sofrida porque dependiam do seu companheiro e por ser “melhor” viver com ele do que sozinha. Por isso, diante dos acontecimentos se calavam e não procuravam nenhum atendimento especializado para ajuda, tornando-se conivente com a situação que, para ela, já era rotineira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conhecer um pouco dos relatos de vida das 100 puérperas entrevistadas, notou-se a importância de sempre zelar pelos Direitos Humanos e valorizar, com máxima urgência, o atendimento integral à mulher vítima de violência conforme preconiza o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, os resultados também podem servir de subsídios para o repensar das políticas públicas de saúde, seja referente à prevenção do fenômeno *violência*, preservar e cuidar das vítimas, ou seja, na promoção da saúde.

Os depoimentos demonstraram uma realidade conflitante em relação à assistência que vem sendo prestada à mulher e em particular no ciclo gravídico e puerperal, a violência (institucional) que pode ser perfeitamente evitada.

Os resultados também indicaram a importância de que esta temática seja incluída nos currículos dos cursos, não apenas de Enfermagem, mas de todos aqueles cujos profissionais possam vir a atuar frente ao fenômeno da violência contra a mulher.

Apesar da alta magnitude, dificilmente a violência tornar-se visível e quando foi perguntado durante a coleta de dados se houve ocorrência de violência durante a gestação correu-se o risco de não obter nenhuma resposta positiva. Foi observado que o termo violência na gestação pode não corresponder à experiência vivida por algumas mulheres deste estudo, não conseguindo, portanto, identificá-la na sua totalidade com os atos agressivos do companheiro como a “ignorância”, “falta de educação”. Assim, pode-se concluir a dificuldade de entendimento da palavra violência, por estarem internadas em uma instituição de saúde, elas acabam não contando que vivem esta situação, com medo de sofrerem preconceitos ou outros danos morais.

A violência causada na vida destas mulheres pode atingir grandes proporções, tendo repercussões psíquicas, físicas, sociais. Um dos passos a ser dado para reverter essa situação é conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância do encaminhamento das fichas de notificação e o seu preenchimento correto, aumentando a capacidade de coleta de dados sobre a violência. É preciso discutir alternativas assistenciais de acolhimento e respostas aos casos identificados não somente na atenção primária, mas também na secundária e terciária.

Os profissionais da saúde precisam ser sensibilizados com a temática violência contra a mulher, principalmente a gestante, visando torná-los agentes multiplicadores do cuidado sensível e humanitário ao invés de estarem na instituição apenas para cuidarem do corpo físico pautado no modelo biomédico.

É essencial a existência de uma capacitação contínua para que os profissionais consigam identificar sinais e sintomas, além de uma melhor abordagem frente ao fenômeno da violência contra a mulher e com isso oferecer um cuidado de Enfermagem ético e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 223-42.
2. World Health Organization. 9º Revisão da Classificação Internacional de Doenças, 1995. [online] [Acesso em 2008 Jan 03]. Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
3. Araújo CAA, De Faria AL, Prado MV, Soares NA, Miura TS. Violência sexual: caracterização das vítimas atendidas em um hospital de Taubaté, São Paulo. Rev Enferm UFPE On Line. 2008;2(3):210-15
4. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: DF; 1986 mar [online] [Acesso em 2008 Jan 12] Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf
5. Krug EG, Dahlberg JAM, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OPAS; 2003.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
7. Denzin NK, Lincoln YS, editores. The sage handbook of qualitative research. 3rd ed.

Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. p.526-30.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: DF; 1996.

10. Taquette SR. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007.

11. Soares BM. Presidência da República. Secretaria. Enfrentando a Violência contra a Mulher. Brasília: Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.

12. Brasil. Leis, etc. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2006. p.1.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: DF; 2004.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2009/02/09
Last received: 2009/06/10
Accepted: 2009/06/11
Publishing: 2009/07/01

Corresponding Address

Maíra Domingues Bernardes Silva
Rua Chaves Pinheiro 81, Ap. 702 – Cachambi
CEP: 20771-470 – Rio de Janeiro (RJ), Brazil