



***“Percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre a violência
contra a mulher na relação conjugal”***

por

Edna de Fátima Gonçalves Alves do Nascimento

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edinilsa Ramos de Souza
Segunda orientadora: Prof^a. Dr^a. Adalgisa Peixoto Ribeiro*

Rio de Janeiro, maio de 2011.



Esta dissertação, intitulada

***“Percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre a violência
contra a mulher na relação conjugal”***

apresentada por

Edna de Fátima Gonçalves Alves do Nascimento

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes
membros:*

Prof^a. Dr^a. Liana Furtado Ximenes

Prof^a. Dr^a. Liane Maria Braga da Silveira

Prof^a. Dr^a. Edinilsa Ramos de Souza – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 18 de maio de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

N244 Nascimento, Edna de Fátima Gonçalves Alves do
Percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre a
violência contra a mulher na relação conjugal. / Edna de Fátima
Gonçalves Alves do Nascimento. -- 2011.
99 f.

Orientador: Souza, Edinilsa Ramos de
Ribeiro, Adalgisa Peixoto
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência Doméstica. 3.
Saúde da Mulher. 4. Identidade de Gênero. 5. Maus-Tratos
Conjugais. 6. Percepção. 7. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.8292

À minha mãe que me ensinou a ir atrás dos meus sonhos e acreditar em mim sempre. Que Deus te guarde por muitos e longos anos ao meu lado.

“Jamais Permita”

C. Viana

Jamais permita que nenhum homem te escravise
voce nasceu para ser amada... não para ser escrava.
Jamais permita que teu coração sofra em nome do amor
amar é um ato de felicidade não de sofrimento.
Jamais permita que teus olhos derramem lágrimas
por alguém que nunca te fará sorrir...
Jamais permita que teu corpo seja usado, ele é
a morada do teu espírito, mantenha-o apreciado...
Jamais permita ficar horas a espera de alguém, que
nunca virá, mesmo que tenha prometido...
Jamais permita que alguém fale com você aos gritos,
se tiver que falar... que seja com amor...
Jamais permita que paixões desenfreiadas, te tirem
do mundo real para te fazer entrar num mundo
que nunca existiu...
Jamais permita viver angustiada na dependência de
um homem, te fazendo acreditar que voce
nasceu inválida e sem iniciativa...
Jamais permita perder a tua dignidade de ser mulher !!!
Não permita jamais... “a ninguém” !!!

Agradecimentos

À Deus, pelo dom de vida e da inteligência que me dotou.

À direção da Fiocruz por nos ter concedido a oportunidade de estudar nesta tão prestigiada escola.

À coordenação do curso por ter persistido nessa grande luta.

A todo coletivo de professores que não mediram esforços, mesmo com as dificuldades encontradas, e por terem deixado suas famílias e seus afazeres E se disponibilizaram a atravessar o oceano para levar o saber até essa aluna que faminta de conhecimentos os recebeu com muito prazer, obrigada. São eles, Marina, Joyce, Elizabeth, Maris, Juliano, Paulo Sabrosa, Fátima Martins, Eliane, Suely Deslandes, Alicia Ugá, Marly, Inácio e todos que me falham a memória, o meu mais sincero obrigada.

À minha orientadora professora Doutora Edinilsa Ramos que para além de professora fez papel de mãe me dando o devido conselho, nas horas em que me apertava a saudade, soube dizer aquilo que precisava ouvir para continuar.

À Dra. Adalgisa Peixoto que me ajudou sempre nos momentos em que me vii confusa, pelas horas de escuta e de trabalho, pela sua tão grande dedicação por mim, muito obrigada.

À minha querida mãe Mariana Henriques, que abriu o meu saber, ensinando-me as primeiras letras, e orou por mim a Deus, e não me deixou desistir dos meus sonhos, o meu eterno muito obrigada.

Ao meu esposo Aniceto pela sua compreensão, amor e dedicação, obrigada amor.

Aos meus filhos Jerciana, Anieide, Anilena e Eliezer, pelas vezes que estive ausente por causa dos estudos e dexei-vos com saudade, obrigada por esperarem por mim com muito amor.

Aos meus familiares, irmãos, sobrinhos, cunhadas(os) e primos, obrigada pelas vossas palavras de incentivo. À minha querida amiga e irmã Rita pelas palavras encorajadoras que me disse. Obrigada.

Aos colegas do curso, pela atenção, e por terem cuidado de mim, sou grata.

Resumo

Este trabalho se constitui em um estudo exploratório de cunho qualitativo, que teve como objetivo, identificar as percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre violência contra a mulher na relação conjugal, suas práticas e a atuação do setor diante da violência contra a mulher na relação conjugal. Neste estudo incluímos como espaço da pesquisa três hospitais nacionais de Angola, considerados de referência para o atendimento de urgências. Foram entrevistados 13 sujeitos, distribuídos equitativamente entre as unidades, sendo 3 médicos diretores clínicos, 3 enfermeiros diretores de enfermagem, 3 psicólogos, 3 técnicos de enfermagem e 1 tomador de decisão do Ministério da Saúde. A seleção dos sujeitos foi feita de acordo com a indicação da direção geral dos serviços e do Ministério da Saúde. Os resultados desta pesquisa revelam que os profissionais de saúde não estão capacitados para lidarem com os casos de mulheres vítimas de violência conjugal, levando-os a uma atuação que privilegia o tratamento das lesões físicas. Os tipos de violência mais citados pelos profissionais como as mais visíveis foram a física e psicológica; consideram que essa violência provoca consequências para a saúde física, emocional e sexual para a mulher. Identificou-se uma visão carregada de preconceitos em relação à posição da mulher no lar e na sociedade. A inserção da mulher no mercado de trabalho e sua independência financeira possibilitaria romper com a violência cometida pelo parceiro. Constatou-se a ausência de alguns profissionais essenciais para atender às vítimas no quadro técnico dos hospitais. Não existem nas unidades de saúde protocolos que orientem as práticas dos profissionais diante desses casos, nem se faz o registro dos casos de violência contra a mulher que chega nesses hospitais. As ações de prevenção da violência e promoção da saúde são escassas no setor. Pretendemos com este estudo subsidiar a discussão do papel dos serviços de saúde, no que diz respeito à identificação, atuação e prevenção da violência contra a mulher, bem como a criação de políticas públicas de saúde que orientem essas práticas.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Violência intrafamiliar, Violência conjugal, Saúde da mulher, Gênero.

Summary

The present work is an exploratory qualitative study, have as objective to identify the health professionals' perceptions of violence against women in the marital relationship, its practices and sector performance in relation to violence against women in the marital relationship. In this study we include as research space three national hospitals from Angola, considered as a reference for emergency care. Were interviewed 13 subjects, equally distributed between the units, being 3 medical clinical directors, 3 nurses nursing directors, 3 psychologists, 3 nursing staff and 1 decision maker from the Ministry of Health. The selections of subjects were made according to indication of the general management services and the Ministry of Health. Our results show that health professionals are not trained to deal with cases of women victims of conjugal violence, leading them to an activity that focuses only the treatment of physical injuries. There aren't protocols in health units to guide the practices of health professionals in these cases, neither to register the cases of violence against women that come to those hospitals. We intend with this study to support the discussion of the role of health services, regarding the identification, action and prevention of violence against women, as well as the creation of public health policies that guide these practices.

Keywords: Violence against women, intra-family violence (domestic violence), marital violence, Women's Health, Gender.

Sumário

Capítulo 1	10
1.1 Introdução	10
1.2. Justificativa da pesquisa	16
1.3. Objetivos	22
1.4. Referencial Teórico	23
1.4.1. Gênero <i>versus</i> violência	23
1.4.2. Violência: Definição de termos e conceitos	25
1.4.3. Principais formas de violência contra a mulher	27
1.4.4. Prevalências e incidências dos problemas gerados pela violência na morbimortalidade das mulheres	33
1.5. Metodologia	36
1.5.1. Escolha do método	36
1.5.2. Descrição do espaço da pesquisa	36
1.5.3. Sujeitos da pesquisa	41
1.5.4. Técnica de coleta de dados	42
1.5.5. Análise dos dados	43
15.6. Considerações éticas	43
Capítulo 2. Resultados e Discussão	45
2.1. Caracterização dos profissionais de saúde pesquisados	45
2.2. Percepções dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher	46
2.3. Atendimento de saúde a mulheres em situação de violência conjugal	57
2.4. Facilidades e dificuldades para a atuação dos profissionais de saúde nos casos de violência contra a mulher na relação conjugal	66
2.5. A visão dos profissionais sobre as estratégias e possibilidades do setor saúde para atender mulheres em situação de violência conjugal	78
Capítulo 3. Considerações Finais	85
Referências	92
Anexos	97

CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se insere na área temática da violência e saúde. Especificamente, busca investigar as percepções dos profissionais de saúde sobre a violência contra mulher e a sua atuação diante deste problema.

A violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública na última década, por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (Oliveira et al, 2005).

De acordo com Conferência de Viena em 1993, a violência contra a mulher é definida “como qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher (Adeodato et al, 2005p.109).

A violência contra a mulher que ocorre no âmbito doméstico, se expressa de diversas formas, que podem ser física, sexual e psicológica, independentemente da classe social, da idade, da raça/etnia, do tipo de cultura ou do grau de desenvolvimento econômico do país. Dentre os possíveis agressores estão: maridos, amantes, namorados atuais, ou até ex-namorados ou ex-cônjuges. Essa violência pode provocar diversos agravos à saúde física, abusos de drogas e álcool, distúrbios psíquicos, como tentativas de suicídio, além do trauma físico direto. Esta violência é considerada de gênero e muitas

vezes foi denominada violência doméstica que constitui um problema de saúde determinado por múltiplas interações sistêmicas de carácter biológico, psicológico e social, que se entrelaçam em uma rede de interações contidas nas atividades humanas (Krug et al, 2002).

Pelo que temos observado no cotidiano esta violência inclui, ainda, por referência ao âmbito da vida familiar, além das agressões caracterizando a violência física, até as formas mais sutis, porém não menos importantes, como os impedimentos ao trabalho ou estudo, recusa de apoio financeiro para lida doméstica, controle dos bens do casal e ou dos bens da mulher exclusivamente pelos homens da casa, ameaças de expulsão da casa e perda de bens, como forma de educar ou punir por comportamentos que a mulher tenha adotado.

A violência está presente, de forma intensa e abrangente, na vida do ser humano. Ela vem se manifestando, hoje, principalmente em grandes centros urbanos, mas também em comunidades menores, permeando todas as áreas e sendo constantemente exacerbada (Brasil, 2003).

A expressão violência contra a mulher é bem ampla, observa-se violência não só em pequenos gestos, negligências e palavras como também em atos de agressividade chocantes e devastadores, às vezes quase impossível de serem aceitos como provenientes de um ser capaz de raciocinar, que não age apenas por impulso mas é dotado de liberdade de decisão.

A violência contra a mulher se expressa no cotidiano e nas relações sociais no interior da família, da comunidade, englobando os aspectos culturais que tem a ver com o lugar em que a pessoa nasce, vive, cresce, o país, o povo no qual se forma, os valores morais, éticos, religiosos que lhe são transmitidos.

Devido aos casos de violência nas relações conjugais as mulheres procuram os serviços públicos de saúde, quer seja pelos agravos diretos quanto indiretos dessa violência que deixa não apenas sequelas físicas, mas também psicológicas e sociais. Assim, o atendimento a essas mulheres requer uma equipe multidisciplinar que possa contemplar todos os aspectos da sua vida.

Os episódios de violência tendem a ser repetitivos e a se tornar mais graves. Normalmente, a violência acarreta consequências para a saúde física, reprodutiva e mental das mulheres e podem ser fatais (Schraiber et al, 2002).

Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher pode provocar dores pélvicas crônicas e as doenças sexualmente transmissíveis, como a síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida), doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada. Associam-se ainda as doenças de ocorrência tardia como a artrite, hipertensão e problemas cardíacos.

O impacto desta realidade afeta desde a percepção da mulher sobre si mesma, refletida nos sentimentos de insegurança e impotência, até suas relações com o meio social, fragilizadas em decorrência da situação de isolamento, expressas pela falta de apoio de pessoas às quais possa recorrer (Brasil, 2003).

O Ministério da Saúde brasileiro, em sua recente publicação sobre o tema, descreve que as manifestações clínicas da violência podem ser crônicas ou agudas, sociais, mentais e físicas. As manifestações psicológicas e fatores psicossomáticos, entre eles, os pesadelos, a insônia, a falta de concentração e irritabilidade, podendo ser considerados como manifestações de estresse pós-traumático (Brasil, 2003). Também se registram, nesses casos, manifestações sociais como isolamento por vergonha e medo de que as outras pessoas

descubram sobre a violência, medo de sofrer mais violência, mudanças constantes de emprego e moradia. A história familiar, auto-estima, situação emocional, econômica e carência de recursos ajudam a compreender as razões que levam as mulheres a permanecerem em lares violentos (Brasil, 2003).

Os danos causados pela violência poderão ser observados por toda a vida da mulher, principalmente devido a carência de serviços adequados para o atendimento das mulheres que tomam coragem de procurar ajuda, somada à falta de políticas públicas eficazes no combate e na prevenção das situações de violência.

Em Angola, a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde, sendo problema de extrema dificuldade para ser abordado.

Os serviços básicos de saúde são importantes na identificação do problema, por terem contato com um número elevado de mulheres que o procuram, tendo oportunidades de prevenir o caso antes de situações mais graves de violência. Estudos mostram que os profissionais de saúde têm dificuldades para identificar os casos de violência, inclusive em situações onde as mulheres apresentam sérios danos à sua saúde. Por outro lado, quando esses profissionais suspeitam de violência, esses casos não são confirmados ou analisados na sua ampla maioria (Brasil, 2003). Um dos motivos para isso é a falta de capacitação dos profissionais para detectar situações de violência nas queixas apresentadas pelas mulheres (Schraiber et al, 2003).

Em Angola, na maior parte das vezes, os profissionais ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais,

com forte tendência à medicação. Assim, muitas mulheres não contam acerca das situações de violência que vivem e muitos profissionais não perguntam, até pelo limitado tempo disponível para o atendimento. Há também a concepção de algumas pessoas de que a violência doméstica é um problema privado e só pode ser resolvido nesse âmbito.

Controlar a violência, ou, ao menos tentar diminuir a sua incidência, obriga a intervenções em todas as áreas do conhecimento, em especial aquelas relacionadas com a formação profissional, com a sua atuação e com seus relacionamentos intra e inter pessoal.

Para compreender a complexidade das percepções dos profissionais de saúde em torno do problema aqui investigado, utilizamos uma abordagem qualitativa que privilegia os significados, as ideias, as visões do mundo e as percepções que os sujeitos constroem sobre determinados aspectos da realidade.

No nosso objeto de estudo tratamos de analisar a atuação dos profissionais de saúde diante desse problema, as dificuldades de intervenção assinaladas por eles, as possibilidades de atuação e o desenvolvimento de ações de prevenção. Assim, consideramos que as características e dinâmicas de atuação dos profissionais junto à clientela, constituem elementos fundamentais que favorecem a identificação e a atuação integral diante da violência contra a mulher.

Essa abordagem nos remete à tensão entre o que se define como o campo da saúde pública por um lado, e um núcleo de questões referidas às práticas dos profissionais de saúde e a organização dos serviços públicos do setor, por outro. Neste contexto complexo, interessa-nos, principalmente, os

seguintes elementos: as diferentes crenças e valores que os profissionais de saúde de Angola têm da violência contra a mulher na relação conjugal e suas consequências sobre a saúde dela; o que os profissionais de saúde pensam sobre o modelo de atenção à saúde em Angola frente a esse problema; quais as expectativas destes profissionais sobre as possibilidades de prevenção da violência.

Todo trabalho de pesquisa é uma ou várias perguntas a serem respondidas. Eis as nossas questões:

- O que pensam os profissionais de saúde sobre a questão da violência contra a mulher na relação conjugal e suas consequências para a saúde?
- Qual é a prática atual dos profissionais perante mulheres em situação de violência?
- Quais são as dificuldades assinaladas pelos profissionais para atuar diante desse fenômeno e o que, na sua visão, facilita esta atuação?
- Que papel consideram que cabe aos serviços de saúde na atenção a mulheres em situações de violência? Atribuem alguma responsabilidade aos serviços e aos profissionais de saúde frente à violência contra a mulher na relação conjugal?

Pretendemos contribuir, através dos resultados desta pesquisa, com alguns subsídios para a discussão do papel dos serviços de saúde, no que diz respeito à identificação, atuação e prevenção da violência contra a mulher.

1.2. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A escolha do nosso objeto de estudo se justifica pela relevância pessoal e social do tema.

Do ponto de vista pessoal, o interesse pelo tema começou quando ingressei para a Universidade Agostinho Neto/Instituto Superior de Ciências da Educação (ISCED-Luanda), no curso de Psicologia, no ano letivo 2000/2001. Já no terceiro ano me vi confrontada com a escolha do tema para a defesa da monografia. Nessa altura o que me levou a escolher o tema foram os constantes casos de violência contra a mulher registrados em muitos lares do município em que residia e também os casos que aconteciam com familiares e amigos com quem convivia. Tal situação levou-me a vários questionamentos: por quê os maridos agredem suas esposas? O que estaria na base da violência contra a mulher? Quais os fatores determinantes da violência contra a mulher? Seria o fator cultural? A educação recebida no seio familiar? Ou seria fruto de imitação de modelos agressivos?

Para a monografia “Estudo sobre os fatores determinantes da violência contra a mulher no município do Kilamba Kiaxi” foi realizada uma pesquisa ex-post-fato com realização de observação natural, levantamento documental e bibliográfico, aplicação de questionários e entrevistas com mulheres de 15 a 60 anos no município. Os resultados desse trabalho desenvolvido na licenciatura, confirmaram que a falta de diálogo está na base da violência contra a mulher, bem como os modelos culturais de relacionamentos agressivos (presentes nos filmes), as relações extraconjugais, o consumo de bebidas alcólicas, o desemprego e a má educação recebida na família podem provocar

comportamentos violentos no indivíduo. Foi possível também saber as consequências dessa violência para os filhos e a sociedade (Nascimento, 2005).

Apesar das conclusões encontradas, outras questões ficaram por ser respondidas por não estarem, na altura, ligadas ao tema. Como são recebidas e atendidas as mulheres vítimas de violência conjugal nos serviços de saúde? Como os serviços estão organizados para realizar esse atendimento? Os profissionais de saúde estão capacitados para lidarem com os casos de violência contra a mulher? Como está o serviço de saúde na questão do acolhimento a essas vítimas? Que apoio os serviços de saúde recebem do Ministério da Saúde de Angola para a realização desse atendimento?

Essas indagações despertaram a vontade de prosseguir desbravando esta temática e assim que ao ingressar no curso de Mestrado em Ciências, na área de Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Ensp da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, em Angola, no ano de 2007, dei continuidade ao estudo do tema como um problema de saúde pública formulado da seguinte forma: quais são as percepções dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher na relação conjugal, em Angola? Como eles realizam o atendimento a esses casos? O que julgam que os profissionais de saúde podem fazer frente a esta forma de violência?

Como profissional de saúde não atuei diretamente com as vítimas de violência, mas trabalhei no banco de urgência de um hospital como técnica de análises clínicas e, nessa oportunidade, pude perceber que as mulheres, vítimas de violência que chegavam à unidade, não recebiam um tratamento adequado a seu caso. Desde então me preocupou o fato dessas mulheres não

serem acompanhadas por profissionais especializados e não receberem a abordagem da situação de violência, somente o atendimento às lesões físicas.

Outro ponto que justifica a realização deste estudo é a sua relevância social, histórica e cultural, que se fundamenta nos seguintes pontos:

a) A violência contra a mulher no âmbito doméstico é um problema de grande magnitude em Angola, devido aos constantes casos de violência contra a mulher que ocorrem em muitos lares desse país. O Ministério da Família e Promoção da Mulher/MINFAMU é o órgão que se encarrega de definir e executar a política nacional para a defesa e garantia dos direitos da mulher inserida na família e sociedade em geral. Perante o problema da violência doméstica esse Ministério criou o “Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e Intra-Familiar” (Minfam, 2010) que tem os seguintes objetivos:

- Proteger os membros da família vítima de violência praticada no seio da família e o seu custo;
- Analisar as causas de violência praticada no seio da família e o seu custo;
- Reforçar os mecanismos afins para a correção de atos violentos e reeducação dos membros da família sobre o tema da violência, com recursos de várias áreas do saber.

O custo, destacado pelo Plano Nacional, do Ministério, é aquele que se refere às ações e estratégias de combate à violência, à proteção da família vítima, através de ações humanitárias como alojamento para mulheres expulsas de casa pelo conjuge e à alimentação para as que não têm pensão alimentícia.

Em 1999, o referido Ministério inaugurou o Centro de Aconselhamento Familiar, instituição que faz o registro dos casos de conflitos familiares e de violência de gênero para o devido tratamento jurídico, criminal e social (Angola, 1999a).

Uma pesquisa feita pelo MINFAMU sobre a violência entre parceiros íntimos analisou os casos registrados no primeiro trimestre de 2006, no Centro de Aconselhamento Familiar quanto aos tipos de violência, idade, estado civil, ocupação e localização das vítimas. Nesse período, foram registradas 2.260 vítimas de violência em Luanda, sendo 2.092 mulheres e 168 homens representando 92,57% e 7,43%, respectivamente. Segundo essas análises, a maior parte dos agressores é do sexo masculino (90,5%). Os tipos de violência mais frequentes cometidas contra as mulheres foram a violência econômica, que inclui fuga à paternidade, não pagamento de pensão, abandono do lar, desalojamento e privação de bens (70,9%); física (10,5%) e psicológica (8,9%). As faixas etárias mais frequentes das mulheres vítimas foram as de 30 a 34 anos (23,4%), 25 a 29 anos (22,7%) e de 35 a 39 anos (17,5%). A maior parte das vítimas era oficialmente solteira (87,6%) e apenas 11,9% eram casadas (Angola, 2007d).

b) No setor saúde de Angola as iniciativas para desenvolver ações que incluam programas de prevenção da violência contra a mulher são raras, ou mesmo inexistentes.

c) A atenção básica de saúde pode vir a ser uma eficaz porta de entrada para a mulher que está vivendo relações violentas de gênero, em especial de violência conjugal. Alguns estudos dão conta de que os serviços de saúde têm sido escolhidos pelas mulheres para relatar a situação de violência em que vivem

(Oliveira, Fonseca, 2007). O papel dos serviços de saúde diante da violência contra a mulher inclui um conceito ampliado de saúde, que incorpora a compreensão e a mudança de atitudes, crenças e práticas e sua ação ultrapassa o simples diagnóstico e o cuidado das lesões físicas e emocionais. Schraiber et al (2003) estudaram os motivos pelos quais as mulheres não revelam a violência sofrida e os profissionais não questionam sobre esse tema. Segundo essas autoras, as dificuldades passam pela falta de confiança e segurança das mulheres para relatar suas vivências de violência aos profissionais de saúde.

Entretanto, reconhece-se as sérias dificuldades que existem em Angola para se conhecer a real magnitude do problema. Entre elas assinala-se a ausência de pesquisas em nível nacional que informem sobre a violência contra a mulher e a ineficácia para estimar a sua prevalência através do sistema de informações sobre mortalidade e dos atendimentos nos serviços públicos de saúde.

Uma preocupação central é a falta de atendimento adequado nas unidades de saúde às mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo, desde a atenção básica à atenção de nível terciário, a falta de qualificação dos profissionais de saúde para receber, acolher e tratar os casos.

A ausência de um atendimento humanizado nas unidades de saúde faz com que não se estabeleça uma relação de confiança na qual haja respeito e a paciente sinta-se acolhida e não julgada. A qualidade da atenção prestada à mulher deve estar ligada a uma relação solidária, respeitosa e acolhedora por parte dos profissionais de saúde (Moreira et al, 2008).

Todos estes elementos conduziram à definição do presente objeto de pesquisa, que é a percepção dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher na relação conjugal.

1.3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar as percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre a atuação desse setor diante da violência contra a mulher na relação conjugal.

Objetivos Específicos

- Identificar quais são as percepções dos profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher;
- Descrever o atendimento de saúde a mulheres em situação de violência nos serviços pesquisados;
- Identificar quais aspectos favorecem e quais dificultam a atuação dos profissionais nos casos de violência contra a mulher;
- Identificar, na óptica dos profissionais, quais estratégias deveriam ser adoptadas pelo setor saúde para atender mulheres em situação de violência.

1.4. REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando a centralidade de alguns temas para este estudo, fundamenta-se o seu embasamento teórico nos referenciais de gênero, violência, violência contra a mulher e violência como um problema de saúde pública.

1.4.1. Gênero *versus* Sexo

Geralmente o gênero se identifica como sinônimo de mulher o que não corresponde a verdade. Para melhor interpretação apresentam-se duas definições que permitiram diferenciar sexo e gênero.

O sexo é identificado pelas características biológicas que diferenciam o indivíduo em mulher e homem, é algo natural e imutável. O gênero é identificado pelas regras de conduta, papéis e pelas responsabilidades atribuídas às pessoas como ser masculino e ser feminino na sociedade. Os papéis, comportamentos e atitudes são adquiridos e aprendidos no processo de socialização e, portanto, estão sujeitos a mudanças (Gomes, 2008). Dessa forma, a identidade sexual é algo construído, que transcende o biológico (Brasil, 2003).

As relações de gênero são identificadas como relações sociais entre mulheres e homens, sejam elas de interdependência, interligação, complementaridade, cooperação, competição, diferenças e desigualdades (Angola, 1999b). Bourdieu (1999) considera que a relação de dominação exercida pelo homem em relação a mulher é baseada na diferença da natureza

biológica entre os sexos e legitimada pela construção social de determinada sociedade. Elas manifestam-se na forma como os dois (homens e mulheres) lidam com o poder, acesso e controle dos recursos, e como se distribuem as responsabilidades dentro e fora do lar. Essas relações são específicas ao contexto, porque variam de acordo com as circunstâncias da vida, do tempo, do país, da cultura, religião, situação econômica, entre outras questões (Angola, 1999b).

Para Joan Scott, citada por Fonseca (1997) a categoria gênero é que dá significado às relações de poder. Heilborn (2004) considera que o gênero é uma forma de hierarquizar e ordenar o universo no que diz respeito aos valores e princípios, ao passo que Gomes (2008), vê o gênero como racional e cultural. Para esse autor o masculino só tem sentido devido a existência do feminino.

Gomes (2008) faz referência a duas pressuposições fundamentais trazidas pelo movimento feminista em relação à expressão gênero:

“A primeira se refere à concepção de que essa expressão é constitutiva das relações sociais ancoradas nas diferenças percebidas entre os sexos, enquanto a segunda diz respeito ao fato de o gênero ser o primeiro campo no qual o poder se articula” (p.64).

Esse autor define gênero como papéis socialmente construídos que definem, de acordo com as expectativas de cada sociedade, o que é ser homem e ser mulher.

Segundo Silva (1992), essas relações de gênero frequentemente se traduzem na dominação e reafirmação do poder dos homens sobre as mulheres, recorrendo a uma ideologia dominante para difundir a supremacia

masculina, em detrimento da inferioridade feminina. Para manter esses papéis, os homens muitas vezes recorrem a artifícios aparentemente sutís, mas não menos agressivos que se espessam através da violência simbólica (moral ou psicológica) para fazer valer suas vontades e a violência física se manifesta quando a ideologização da violência simbólica não se faz garantir.

1.4.2. Violência: Definição de Termos e Conceitos

Para melhor compreender os aspectos relacionados ao papel dos serviços de saúde diante da violência contra a mulher na relação conjugal, procurou-se identificar a diversidade de termos que se utiliza para referir a este tipo de problema específico: violência contra a mulher, violência intrafamiliar, violência doméstica, violência conjugal, violência entre parceiros íntimos, dentre alguns.

Segundo a Organização Mundial da Saúde/OMS, violência se define como “o uso da força física ou de poder, real ou em ameaça contra a si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer probabilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p:5).

Violência doméstica é toda violência física, sexual ou psicológica que ocorre em ambiente familiar e que inclui, embora não se limitando, maus tratos abuso sexual de mulheres e crianças, violação entre cônjuges, crimes passionais, mutilação sexual feminina e outras práticas tradicionais nefastas, incesto, ameaças, privação arbitrária de liberdade, exploração sexual e

econômica (Santos, 2005). Esse conceito de violência ressalta o espaço doméstico, em detrimento das relações que nela acontecem.

O conceito de violência intrafamiliar, por sua vez, se refere a “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Ela pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade e em relação de poder à outra” (Brasil, 2003, p: 15). Este conceito não restringe a violência ao espaço doméstico e já introduz a questão das relações interpessoais. Ele, tal como a violência doméstica, não se restringe à violência que é perpetrada apenas contra a mulher. Pelo contrário, tanto a violência doméstica como a intrafamiliar costumam se abater sobre todos os membros da família, pois, conforme Schenker e Cavalcanti (2009) se constituem como uma forma de comunicação na qual através da violência seus membros resolvem os conflitos.

De acordo com um documento publicado pelo Ministério da Família e Promoção da Mulher, de Angola, a violência doméstica que se expressa nos abusos contra crianças, mulheres, jovens e idosos reflete, em parte, “a transição entre paradigmas societários, isto é, entre diferentes formas de organização e de relacionamento da vida em sociedade” (Angola, 2007b, p.37). Segundo esse pensamento, a dualidade de culturas coexistentes (culturas autóctones e da colonização) e sua coabitação geram muitos conflitos domésticos. As consequências do conflito armado, que trouxe sérios problemas para muitas famílias angolanas como sua depauperação, também são

apontadas no documento, anteriormente citado, como causa do excesso de violência.

De acordo com a declaração das Nações Unidas, de 1993, a violência contra a mulher é compreendida como “qualquer violência de gênero que resulta em danos psicológicos, físicos e sexuais incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada” (Grossi, 1996, p.134). Esse conceito amplia, tanto para o espaço privado como para o espaço público as distintas formas de violência cometidas contra a mulher.

Entende-se que a violência se caracteriza como um componente concreto de violação aos direitos humanos. No entanto, como se percebe, não há um consenso em relação aos distintos conceitos apresentados, em parte pela complexidade do tema. Neste estudo buscaremos trabalhar a questão da violência contra a mulher na relação conjugal que envolve tanto os componentes do conceito de violência doméstica como os aspectos implicados na noção de violência intrafamiliar.

1.4.3. Principais Formas de Violência Contra a Mulher

A violência caracteriza-se por ser um dos graves problemas sociais do mundo atual, revelando-se em todas as sociedades como um elemento estrutural intrínseco, fazendo parte de qualquer grupo humano ou civilização. Assiste-se hoje, a uma escalada da violência e, ao mesmo tempo uma banalização e rotinização da mesma e, por consequência, um estado de indiferença, onde o ato violento ou a não-violência são vistos como simples dados do cotidiano.

Uma das violações dos direitos humanos mais praticadas e menos reconhecidas no mundo é a violência contra a mulher que, por afetar a integridade corporal, o estado psíquico e emocional da vítima, assim como seu senso de segurança, caracteriza-se como um problema de saúde pública (Grossi, 1996). Existe um consenso de que a violência contra a mulher refere-se a uma violência de gênero (Grossi, 1996; Soares, 2002; Fontana e Santos, 2001).

Observa-se que essa violência pode ser reproduzida de diferentes maneiras, variando desde o plano simbólico, estabelecendo papéis sociais e sexuais impostos, até a violência física. “O homem violento utiliza diversos padrões de comportamento visando subjugar a companheira à sua vontade, impondo sua masculinidade, por meio de relações hierárquicas e desiguais” (Grossi, 1996: 134).

A maioria dos casos de agressão acontece no ambiente familiar e o principal agressor, geralmente, é o companheiro que a mulher escolheu para construir um lar e uma família. De acordo com Grossi (1996), quando a sociedade destina à mulher um papel passivo e submisso, cria-se espaço para a dominação masculina, através de um lento processo de mutilação feminina, considerado legítimo.

A violência conjugal é mais restrita que a doméstica e acontece nas relações de intimidade entre o casal, incluindo os companheiros atuais e de relacionamentos anteriores (Almeida, 2009).

Em Angola, as mulheres encontram muitos obstáculos na busca de ajuda quando ocorrem abusos na família, no trabalho, ou na comunidade, pois as instituições de apoio não estão sensibilizadas para abordar os casos,

“jogando ainda contra as mulheres os fatores culturais e tradicionais, pois a mulher é sempre culpada e deve aceitar as violências como fazendo parte do modo de vida da mulher angolana” (Angola, 2007c, p.21).

As formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência muitas vezes recorrente e crescente de episódios, em que o homicídio é a manifestação mais extrema.

Violência física

Se manifesta através do uso da força física para provocar lesões corporais, tais como cutâneas, neurológicas, musculares, oculares e ósseas, provocadas por queimaduras, mordidas, tapas, espancamentos, tirar de casa à força, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, além de abandonar em lugares desconhecidos e causar danos decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene) ou qualquer ação que ponha em risco a integridade física da mulher (Brasil, 2003, Gomes, Minayo, Silva, 2005).

Violência sexual

Compreende uma variedade de atos ou tentativas de relação sexual, coação fisicamente forçada no casamento ou em outros relacionamentos. Ela é cometida na maioria das vezes por conhecidos das mulheres envolvendo o vínculo conjugal (esposo ou ex esposo e companheiro ou ex companheiro) no espaço doméstico ou fora dele, o que contribui para a sua invisibilidade. Esse tipo de violência acontece nas várias classes sociais e nas diferentes culturas (Brasil, 2003).

Diversos atos sexualmente violentos podem ocorrer em diferentes circunstâncias e cenários. Dentre eles podemos citar (Brasil, 2003):

- Sexo forçado dentro do casamento ou namoro;
- Penetração oral, anal, ou genital, com pênis ou objectos de forma forçada;
- Exposição obrigatória a material pornográfico;
- Exibicionismo e masturbação forçados;
- Uso de linguagem erotizada, em situações inadequadas;
- Impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro(a) em utilizar preservativo;
- Ser forçado a presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal.

Violência psicológica

A violência psicológica ou agressão emocional é caracterizada por ações ou omissões que geram danos à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento pessoal. Entre as formas de expressão dessa violência estão: rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desrespeito, ridicularização, manipulação afetiva, ameaças, confinamento doméstico, críticas ao desempenho sexual, omissão de carinho e privação de liberdade (Brasil, 2003).

Gomes, Minayo e Silva (2005) também incluem outras situações que geram danos psicológicos às mulheres na relação conjugal como a atitude de impedi-las de trabalhar fora, de ter liberdade financeira, privá-las de cuidados médicos em caso de doença ou gravidez, insinuar a existência de um amante

para demonstrar desprezo, desrespeitar e criticar seu trabalho e sua atuação como mãe e mulher.

Trata-se de uma agressão que não deixa marcas corporais visíveis, mas emocionalmente causa cicatrizes indeléveis por toda vida.

A violência psicológica, muito frequentemente é acompanhada as agressões físicas e sexuais nas relações conjugais (Berger, Giffin, 2005; Schraiber et al, 2007). Essa forma de violência muitas vezes não é reconhecida e identificada pela própria vítima, pois estão permeadas por eventos emocionais e pode ser agravada pelo uso de álcool, desemprego e outras situações de crise na relação conjugal (Silva et al, 2007).

Violência econômica

Esse tipo de violência se expressa através de atos relacionados aos bens materiais, geralmente associados à independência e autonomia da mulher (Mendes, 2005).

Em Angola esse tipo de violência tem grande repercussão na vida das mulheres, como será discutido posteriormente, e se refere a questões como o não pagamento de mesada/pensão, privação de bens, fuga à paternidade, abandono do lar e desalojamento (Angola, 2007a).

Violência social

Especificamente, a violência social contra a mulher se refere a situações relativas às discriminações baseadas no gênero e na aparência, no mercado de trabalho com menores salários em relação aos dos homens para a mesma atividade, assédio e exploração sexual (Gomes, Minayo e Silva, 2005). As

condutas de controle dos movimentos da mulher, restringindo seu acesso a informação e assistência, impedindo de estudar ou trabalhar, o controle econômico e seu isolamento da família, amigos e de outras relações sociais também são considerados como violência social (Blanco et al, 2004).

1.4.4. As prevalências e incidências dos problemas gerados pela violência na morbimortalidade das mulheres

A violência contra a mulher, incluindo aquela cometida pela parceiro íntimo, traz impactos na mortalidade, mas também produz agravos não fatais à saúde (morbidade).

É importante destacar que existe um subregistro dos casos de violência contra a mulher por diversos motivos que vão desde a falta ou precariedade dos sistemas de informação, negligência ou falta de sensibilização e capacitação dos profissionais na identificação ou mesmo pela recusa da mulher em relatar sua vivência de violência e a origem de suas lesões por medo ou vergonha (Mendes, 2005).

As conseqüências para a saúde podem ser: a) psicológicas, incluindo depressão, ansiedade, sentimentos de culpa e vergonha, baixa auto-estima, transtornos psicossomáticos, fobias, condutas sexuais inseguras ou não protegidas, transtornos alimentares, estresse pós-traumático, abuso de álcool e outras substâncias psicotrópicas e escasso cuidado pessoal; b) sexuais, reprodutivos e ginecológicos, apresentando diminuição da libido, anorgasmia, falta de autonomia sexual, gravidez indesejada e de alto risco, doenças sexualmente transmissíveis, queixas ginecológicas, abortos em condições inseguras, infecção urinária de repetição e dores pélvicas crônicas; c) físicos, incluindo uma série de problemas como dores crônicas, cansaço, fibromialgia, problemas gastrointestinais, fraturas, contusões, hematomas, entre outros (Blanco et AL, 2004; Schraiber, D'Oliveira, 1999).

Um estudo realizado pela OMS em diversos países do mundo, sobre a violência contra a mulher, identificou que a proporção de mulheres que sofreram violência física ou sexual, por parte de seus companheiros oscilava entre 15% no Japão a 71% na Etiópia (OMS, 2005).

Entre os países africanos que participaram da pesquisa anteriormente citada, as mulheres que foram vítimas de violência durante a gravidez representaram 12% na Tanzânia, 8% na Etiópia e 6% na Namíbia (OMS, 2005).

No Brasil, diversas pesquisas sobre violência contra a mulher tem sido realizadas em âmbito regional ou local. Esses estudos são principalmente sobre morbidade, que apesar do sub registro dos casos, oferecem dados que nos permitem conhecer algumas características da violência no país.

Em uma cidade da região sul brasileira foram analisados 470 casos de violência contra a mulher atendidos em um Centro de atenção à mulher e verificou-se que 56,4% sofreram violência emocional e 32,1% violência física, os principais agressores foram os atuais companheiros (73,4%) e o lar foi o local onde a maioria das agressões aconteceram (Galvão e Andrade, 2004).

As agressões praticadas pelos parceiros íntimos durante o período gestacional também apresentam prevalências altas, sendo que 19,1% das 1.379 gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, no município de Campinas, relataram ter sofrido violência psicológica e 6,5% violência física ou sexual. Alguns fatores associados à agressão física ou sexual foram a dificuldade da gestante em comparecer às consultas de pré-natal ($p < 0,014$), o uso de drogas pelo parceiro íntimo ($p < 0,015$) e o desemprego ($p < 0,048$) (Audi et al, 2008).

Schraiber et al (2007) discutem que apesar da alta magnitude da violência contra a mulher, o sub-registro dos casos nos prontuários dos serviços de saúde confirma a invisibilidade desses eventos. Realizando uma investigação em 19 serviços de saúde da cidade de São Paulo, os autores anteriormente citados, identificaram que a violência psicológica foi vivenciada por 25,9% das 3.193 mulheres entrevistadas, a violência física por 14,25% e a sexual por 6,1%.

A violência doméstica contra a mulher é um problema que afeta famílias de diversos países e classes sociais. As agressões físicas perpetradas pelos parceiros íntimos contra as mulheres, pelo menos uma vez na vida, têm estimativas de 20% a 50% em todo o mundo (Brasil, 2003).

Em Angola, são muitas as mulheres que sofrem agressões físicas, por vezes até a morte. Diversos meios de comunicação social desse país, como o jornal e a televisão pública, afirmam que a violência contra a mulher tem aumentado consideravelmente.

De acordo com estudos do Ministério da Família e Promoção da Mulher angolano, em 2005, foram registrados no Centro de Aconselhamento Familiar, 1.468 casos de conflitos familiares e de violência de gênero. Entre esses casos, 89,2% foram de abuso contra mulheres, sendo mais comuns as queixas de incumprimento de mesada (36,3%), ofensas corporais (14,6%), desalojamento (10,1%) e abandono do lar (8,1%) (Angola, 2007a).

Nascimento (2005) entrevistou 60 mulheres angolanas e, entre elas, 60% acreditam que a principal razão para a violência cometida pelos companheiros é a existência de amantes, 18% atribuem a violência ao consumo de bebidas alcoólicas. Ainda nessa pesquisa 36,7% das mulheres afirmaram que o desemprego também é um fator associado à violência.

METODOLOGIA

1.4.5. Escolha do Método

O método é um conjunto de raciocínio sistemático utilizado para chegar a um determinado resultado partindo dos objectivos traçados (Minayo, 2006).

Na presente pesquisa foi efetuado um estudo exploratório de cunho qualitativo, com o objetivo de investigar as percepções dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher na relação conjugal e de que forma essas percepções influenciam no papel dos serviços públicos de saúde diante deste fenómeno.

Essa abordagem foi escolhida porque permite ao pesquisador entender a essência da realidade concreta e a compreensão de processos sociais e fenómenos intrínsecos à vida humana. Como aponta Minayo (2000: 21) a pesquisa qualitativa

“Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

1.4.6. Descrição do espaço da pesquisa

Dados demográficos de Angola

Em Angola, não se conhece os dados reais da população a partir dos anos 1980. As informações populacionais disponíveis se referem a estimativas de alguns organismos nacionais e internacionais. Segundo Kiala (1999) a população angolana estava estimada em 13 milhões de habitantes no ano 2000 e poderia chegar a 17 milhões em 2010; com uma taxa de crescimento anual atingindo de 2,8 a 3%. Dados do Unicef dão conta de que em 2009 essa população era de 18,5 milhões, com um crescimento anual de 3,2% entre 2000 e 2009 (Unicef, 2011).

O país apresenta uma população constituída, em sua maioria, por jovens, sendo quase a metade com menos de 15 anos de idade. Além dessa maior participação de pessoas jovens observa-se predominância do sexo feminino, principalmente na população adulta (20 a 45 anos), o que reflete os efeitos da guerra civil por que passou Angola durante 30 anos, mas também da emigração dos homens nessas faixas etárias (Ribeiro, 1999).

Os grupos de 0 a 14 anos e de 60 anos ou mais, representam 44,6% e 5%, respectivamente, da população total (Kiala, 1999). A taxa de fertilidade total em 1996 foi estimada em cerca de 6,9 filhos (Ribeiro, 1999) e em 2009 foi de 5,6 filhos (Unicef, 2011). Essas taxas ainda podem ser consideradas altas, o que justifica, em parte, a elevada taxa de crescimento da população angolana. A esperança de vida ao nascer está estimada em 45 anos para os homens e 48 anos para as mulheres (Ribeiro, 1999).

Esta população se distribui no meio urbano e também no rural e se constitui em sua maioria por mulheres (51,6% e 53,6%, respectivamente). Na distribuição por faixa etária, observa-se que no meio urbano 25% das mulheres tem menos de 15 anos, 24,7% tem entre 15 a 59 anos e 2% tem 60 anos ou

mais. Para a população que reside na zona rural esses percentuais chegam a 25,1%, 24,8% e 3,9%, respectivamente (Kiala, 1999).

Os resultados de censos realizados de forma parcial mostram uma nupcialidade intensa, pois 94,5% dos homens e 95% das mulheres são casados, com exceções dos celibatos definitivos e o celibato deliberado sem filhos. A realização do primeiro casamento geralmente ocorre aos 23 anos de idade para o sexo masculino e 19 anos para o feminino. A instabilidade é considerada uma característica da nupcialidade devido aos níveis de separações que variam entre 5,8% a 13% (Kiala, 1999).

Mesmo com a precariedade dos dados disponíveis, é possível observar que a mortalidade infantil, no primeiro ano de vida chegou a 153 por mil nados vivos em 1990 e foi de 98 por mil, em 2009 (Unicef, 2011). Essa taxa é bem superior à da África Sub-sahariana (76 por mil) e também à da região austral onde se situa Angola (83%) (Kiala, 1999). Segundo uma pesquisa do Unicef, as principais causas de mortes infantis são malária, diarreia, infecções respiratórias e problemas neonatais agravado pelo baixo peso ao nascer.

A mortalidade materna foi de 610 por 100 mil nascidos vivos, sendo que 47% dos partos tiveram assistência média qualificada, no ano de 2009. As complicações relacionadas a hemorragias, infecções, parto obstruído e hipertensão arterial foram responsáveis por 80% dos óbitos de mulheres durante a gravidez e logo após o parto (Unicef, 2011).

Segundo as pesquisas da Unicef no país, apenas 60% da população tem acesso ao saneamento e 42% a água potável; a prevalência nacional do HIV é de 1,9%, percentual baixo se comparado aos países vizinhos, mas muito desigual entre as províncias (as que fazem fronteira com a Namíbia tem

prevalência de 4,4%); o número de pessoas, de todas as idades, vivendo com HIV chegou a 200 mil e o número de crianças de 0 a 14 anos nessas mesmas condições somaram 22 mil, em 2009 (Unicef, 2011).

Campo da pesquisa

Neste estudo foram incluídos três hospitais nacionais, localizados em Luanda, Angola, considerados de referência para o atendimento de urgências: Hospital Josina Machel, Maternidade Lucrecia Paim e Hospital Neves Bendinha.

A seleção dessas unidades hospitalares se deve ao fato de serem localizados nos municípios mais populosos da província e que registram os maiores índices de violência conjugal em Luanda; são os hospitais tradicionalmente mais procurados pela população circunscrita ao município, mas também de todo o país. A partir daí foram consideradas as áreas clínica, de enfermagem, o banco de urgência e o serviço de psicologia de cada um destes serviços por se tratar de setores onde as vítimas de violência recebem o primeiro atendimento.

Estas unidades foram selecionadas porque se considera que em nenhum serviço de saúde os casos de violência adquirem tamanha visibilidade como na urgência. Esses serviços são para a maioria das suas vítimas a “porta de entrada” no sistema público de saúde. Podemos mesmo dizer que o atendimento de urgência é um poderoso indicador da violência que ocorre na cidade. É para lá que acorrem ou são levadas suas vítimas em situação de trauma ou iminência de morte. Para muitas pessoas, é a única vez em que

estarão, enquanto vítimas de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos, é um dos únicos momentos em que a violência será declarada apesar de não haver um atendimento especializado, nem protocolos de atendimento às vítimas. (Deslandes, 1999)

Na prática, muitas vezes, os casos de violência não são identificados nos ambulatórios ou centros de saúde do nível básico de atenção, mas sim nos hospitais de nível terciário. Por esse motivo fez-se a escolha por trabalhar em tais unidades hospitalares.

A seguir apresenta-se uma breve descrição dos serviços que participaram da pesquisa:

Maternidade Lucrecia Paim - é um hospital de atendimento à mulher, está localizado no município da Imgonbota, em Luanda. Possui uma área clínica com três direções: Internamento, Urgência e Ambulatório. Comporta os serviços de Ginecologia, Patologia obstétrica, Puerpério patológico, Puerpério fisiológico, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Neonatologia, Sala de partos, Bloco operatório, Cirurgia obstétrica, Laboratório, Farmácia, Imunohematologia, Radiologia (ecografia) e Anatomia patológica. Tem como perspectiva futura os serviços de Reprodução humana e genética. Conta com 400 leitos e tem como atendimento nas urgências um número de 155 à 200 mulheres por dia. No ano de 2009 foram atendidas nas urgências 42.975 mulheres.

Além disso também oferece consultas externas de Ginecologia (patologia da mama, tumores), Obstetrícia (corte transversal e vertical),

Obstetrícia para adolescentes, Auto risco obstétrico, Endocrinologia, Medicina interna e Pediatria (bebês expostos ao HIV e crianças com muito baixo peso).

Hospital Josina Machel - é um hospital geral de nível terciário, está situado no município da Samba, em Luanda, possui 480 leitos e tem os serviços de Medicina Interna, Cirurgia pediátrica, Cirurgia plástica, Cardiologia, Neurologia, Gastreterologia e Ortopedia. Esta unidade atende a aproximadamente 200 casos de urgência por dia. No ano de 2009 foram atendidos nas urgências 55.440 casos.

Hospital Neves Bendinha - está situado no município do Kilamba Kiaxi e possui 60 leitos. É um hospital de referência para queimados, sendo o único no país a atender esses casos.

Estes hospitais selecionados para a presente pesquisa atendem à população geral de acordo com suas especificidades (maternidade, geral e queimados) e embora não sejam referência para o atendimento de pessoas vítimas de violência, esses casos também são atendidos nessas unidades de saúde. Em contato com a gestão dos mesmos, detectamos que nenhum deles possui registro dos casos de violência atendidos.

1.4.7. Sujeitos da Pesquisa

A amostra foi composta por 13 sujeitos, sendo 12 profissionais das três unidades de saúde distribuídos equitativamente entre elas e um macro gestor. Foram envolvidos representantes das seguintes categorias profissionais:

- Um macro gestor do Ministério da Saúde;

- Seis gestores das unidades pesquisadas: três enfermeiros diretores de enfermagem e três médicos diretores clínicos (designados neste estudo como Gestor 1, 2, 3, 4, 5 e 6);
- Seis profissionais, sendo três psicólogos e três técnicos de enfermagem (denominados nesta pesquisa como Técnico 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Os sujeitos foram selecionados a partir da indicação da direção geral de cada hospital e do Ministério da Saúde, incluindo pessoas de ambos os sexos.

1.4.8. Técnica de colecta de dados

Neste trabalho, a fim de compreender a complexidade do objecto de estudo, realizamos entrevistas semi-estruturadas. Esta técnica permite “enumerar de forma mais abrangente possível as questões que queremos abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação” (Minayo, 2006, p.121).

Como entrevista semi estruturada entende-se aquela que combina as perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (Minayo, 2006).

O roteiro da entrevista incluiu questões referentes à percepção dos profissionais de saúde diante da violência sofrida pela mulher, da sua atuação como profissional de saúde e da sua visão sobre o papel dos serviços de saúde no enfrentamento da violência. Os roteiros das entrevistas encontram-se no apêndice 1.

As entrevistas com os profissionais de saúde selecionados e também com o macro gestor foram realizadas no local de trabalho dos mesmos pela pesquisadora responsável pelo estudo e foram gravadas. Tiveram em média a duração de 20 minutos.

1.4.9. Análise dos dados

Todo o material coletado foi transcrito e analisado tendo em conta os objetivos iniciais da pesquisa. Os dados foram analisados seguindo a técnica de análise temática adaptada de Bardin por Minayo (2006). Inicialmente os depoimentos dos sujeitos foram organizados em um banco de dados que levou em conta a categoria do profissional e o tema abordado nas entrevistas. A partir daí foi realizada uma leitura exaustiva do material para a identificação dos núcleos de sentidos que emergiram nos temas previamente definidos. A apresentação das análises foi organizada de acordo com esses temas mais abrangentes: percepções sobre a violência, atendimento oferecido às mulheres em situação de violência conjugal, facilidades e dificuldades para a atuação dos profissionais nesses casos e as possibilidades dos serviços e do setor saúde para essa atuação.

1.4.10. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública sob o parecer número 167/10 (em anexo). As unidades de saúde autorizaram a realização do estudo e os sujeitos pesquisados assinaram

o consentimento livre e esclarecido para a participação nas entrevistas e sua gravação.

CAPÍTULO 2

RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1. Caracterização dos profissionais de saúde pesquisados

Os profissionais entrevistados referiram que estão nos serviços pesquisados num período de tempo que varia entre 2 a 12 anos. Dentre eles, o macro gestor afirmou que exerce esta função há 2 anos, os gestores variam entre 2 a 8 anos e os técnicos entre 2 a 12 anos. Apesar de exercerem as funções atuais no tempo informado, todos os profissionais entrevistados atuam na área da saúde há mais tempo.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas, o macro gestor informou que é responsável pela gestão hospitalar no país. Os gestores clínicos relataram que suas atividades estão designadas pelo Estatuto do Ordenamento Clínico de Gestão Hospitalar. Entre suas funções estão o controle da área clínica, que inclui a organização do trabalho clínico, o registro das principais patologias, a participação na formação contínua dos médicos, a pesquisa de temas mais recorrentes no serviço, o controle do banco de urgência, da consulta externa, do internamento de pacientes, do serviço de diagnóstico e terapêutica (radiologia, laboratório de análises clínicas e farmácia) e de outras áreas afins ao tratamento do paciente.

Os gestores de enfermagem, por sua vez, informaram que são responsáveis pela supervisão dos enfermeiros, realizando a coordenação e orientação dos profissionais no sentido de melhorar a postura, assiduidade,

pontualidade, apresentação, interação e comunicação com os usuários e com a própria equipe. Os técnicos psicólogos referiram que desenvolvem atividades no que concerne ao apoio psicológico dos pacientes e das suas famílias no sentido de superarem os seus traumas. Os enfermeiros chefes do banco de urgência das unidades estudadas, explicaram que, segundo o regulamento, sua função é a gestão ou administração dos cuidados de enfermagem, dos bens materiais e recursos humanos na área de enfermagem e do bom funcionamento dos serviços específicos do banco de urgência.

2.2. Percepções dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher

Os profissionais entrevistados, incluindo o macro gestor, os gestores e os técnicos caracterizam a violência conjugal contra a mulher como aquela que ocorre entre o casal de namorados, pessoas que vivem juntas e unidas em comunhão de fato ou não. A violência contra a mulher também foi referida como aquela que afeta a dignidade da pessoa, que se expressa pela não aceitação dos seus direitos, tornando-se discriminação.

“A violência conjugal para mim é a violência a todos os níveis, tudo que vá contra a pessoa e a dignidade para mim é violência.”

(Gestor 2)

A este respeito, a literatura científica refere que não existe um único conceito ou definição consensual de violência devido a sua complexidade e particularidades. Ela é um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico, criado e desenvolvido na vida em sociedade (Minayo, 1994a).

A violência conjugal, denominada por alguns autores como violência entre parceiros íntimos (Schraiber et al, 2007; Narvaz e Koller, 2006), é aquela que ocorre no relacionamento entre casais, sem distinção de classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual (Lamoglia, Minayo, 2009) e pode se expressar de diversas formas, como a agressão física, sexual, emocional ou psicológica e ainda social (Gomes, Minayo e Silva, 2005).

Alguns gestores e técnicos apontaram a mulher não só como vítima, mas também como agressora, destacando que a violência conjugal pode ser perpetrada tanto pelo homem como pela mulher. Um deles considera que a violência cometida pela mulher chega a ser até mais grave que a do homem e levar à morte.

Alguns autores citam que os homens também são agredidos pelas mulheres, apesar de não haver nessa agressão a mesma crueldade e gravidade com que são atingidas as mulheres quando agredidas por eles (Lamoglia, Minayo, 2009; Reichenheim et al, 2006).

“Porque não só os homens violentam as suas esposas, mas as mulheres também fazem a mesma coisa. A maior percentagem é de homens, mas as mulheres também têm feito isso.” (Gestor 5)

“Como vimos muitos homens matam as mulheres e muitas mulheres matam os homens, batem, agredem. As mulheres pouco aparecem, em pouco número, mas aparecem.” (Técnico 4)

Um estudo feito nos Estados Unidos da América com mulheres que cometeram violência contra seus parceiros identificou que as razões que as levaram a essa agressão foram sua auto defesa, para mostrar raiva e sentimentos que não podiam ser explicados em palavras, para revidar ou

retaliar o parceiro pelo dano emocional, por estresse, por não saber o que fazer com os sentimentos, por se sentir mais potente e por causa da provocação do próprio parceiro (Stuart et al, 2006). É importante destacar que as mulheres que participaram desse estudo também foram vítimas de seus parceiros antes de agredí-los.

Silva (2003), estudando mulheres vítimas de violência atendidas em um hospital de urgência e emergência brasileiro, identificou que 36% das 321 mulheres que sofreram alguma violência na vida revelaram nunca ter reagido à agressão e 32% delas informaram que revidaram à violência sofrida.

Identifica-se nos discursos dos entrevistados que a realidade da violência contra a mulher na relação conjugal se manifesta de diferentes formas, tais como: a violência física, caracterizada como o espancamento que provoca vários danos e lesões como as queimaduras que podem deformar a face e levar à perda de membros, os ferimentos por arma de fogo e arma branca, o abuso sexual, a violência verbal ou psicológica, a violência econômica e até mesmo a violência espiritual.

“... essa violência, independentemente dela ser física ou verbal, acho que se transforma em violência conjugal.” (Macro gestor)

“Essas agressões não são apenas físicas, embora estas sejam mais frequentes, existem outras como psicológicas, sexual, econômica, espiritual etc.” (Técnico 1)

“... a ter relações sexuais mesmo em estado em que a mulher não queira ou esteja num estado em que não possa por orientação médica e, mesmo assim, o parceiro não aceita que ela se abstenha do sexo”. (Técnico 3)

Berger e Giffin (2005) num estudo pioneiro sobre violência doméstica e sexual no Brasil, onde entrevistaram 3.193 mulheres usuárias de 19 serviços de saúde, revelaram que 40% delas declararam ter sofrido violência física seguida de violência sexual, cometida pelo parceiro atual ou anterior. As que relataram ter sofrido violência sexual exclusiva representaram 5% das entrevistadas. Concluíram que a violência sexual ocorre associada à violência física.

Muitas vezes a violência sexual entre cônjuges acontece como uma forma de coerção do homem em relação à mulher, por acreditar que o ato sexual é uma obrigação do casamento. As mulheres nessa condição, por vezes, resistem negando, mas acabam cedendo ao ato sexual para se proteger de uma agressão física decorrente da negação, ou para não perder o apoio financeiro e não ser acusada de infidelidade conjugal.

Como afirma Oliveira (2007) as relações de dominação históricas do homem sobre a mulher são consideradas como um problema social que submete a mulher aos atos de violência sexual pelo parceiro.

Para os profissionais de saúde, a violência contra a mulher representa um problema de saúde pública que afeta a saúde das mulheres, mas também do homem e de todos que rodeiam a família, ou seja, de todos que vivenciam este fenômeno. Para a mulher grávida referiram os transtornos psíquicos ao longo da gravidez como consequência da violência; destacaram também a ocorrência de depressão decorrente da violência conjugal contra a mulher como problemas sérios de saúde pública.

“Acho que não afeta só a saúde das mulheres, afeta a saúde das mulheres, afeta a saúde do homem, e a saúde de todos aqueles que rodeiam este casal. (Macro gestor)

“Vejam, uma mulher grávida que sofre algum tipo de violência pode depois ter transtornos psíquicos ao longo dessa gravidez”.
(Gestor 2)

A violência doméstica é reconhecida como um grave problema de direitos humanos e saúde pública que afeta a todos os setores da sociedade. Segundo investigações internacionais sobre violência contra a mulher, realizadas em 35 países, a proporção de mulheres que haviam sofrido agressão física pelo parceiro em algum momento da sua vida variou entre 10 e 52% e aquelas que sofreram violência sexual pelo parceiro entre 10 e 30% (OMS, 2005).

Pela magnitude das seqüelas que produz, a violência adquiriu um caráter endêmico que se converteu num problema de saúde pública (Minayo, Deslandes, 1998). Vários estudos sobre violência conjugal mostram que esse problema se constitui como uma questão de saúde pública devido a sua magnitude e impacto, porque são as mulheres que mais adoecem e morrem em decorrência da violência masculina apesar de elas também terem, algumas vezes, atitudes agressivas com relação aos homens. As mortes de mulheres em idade fértil por violência representam 25%, ao passo que, mais de 60% dessas mortes foram cometidas por seus companheiros (Lamoglia, Minayo, 2009).

Os profissionais de saúde entrevistados apresentam a percepção de que as causas da violência contra a mulher são multifatoriais. Gestores e técnicos

se referiram à questão socioeconômica como fator que causa diretamente a violência, destacando as situações de desemprego e a falta de dinheiro que produzem sérias limitações na satisfação das necessidades básicas da família.

“Porque a mulher que sofre violência é aquela que não sabe viver por meios próprios, então não tem como dizer não ao companheiro, é aí que surge a violência. (...) cuja situação social, ambiental, é de tal maneira agravosa... é que por falta do sal, açúcar, que pode resultar numa agressão em que o homem enquanto machão, dono da casa sempre quer levantar a mão”. (Gestor 6)

Gestores e técnicos assinalaram que a submissão da mulher e a dependência econômica são fatores estreitamente relacionados um ao outro. A dependência econômica submete a mulher à vontade masculina. Superar ambas as condições coloca a mulher em posição de igualdade diante do homem, permitindo-lhe elevar sua auto-estima. Assim, de acordo com essa visão, liberar-se da dependência econômica é um fator fundamental que leva a mulher a não aceitar qualquer tipo de violência.

“As mulheres têm que se impor, ser economicamente ativas, têm de ter a sua independência econômica, porque enquanto ela é dependente não pode falar nada, tudo que falar acaba em violência.” (Gestor 2)

“... se tiver sua independência econômica estará capaz de cuidar sozinha dos filhos e não vai aceitar qualquer tipo de violência”.
(Técnico 2)

Contrapondo essa visão houve quem achasse que existe mais facilidade para a mulher conseguir trabalho e conseqüentemente o sustento da família.

Esse fato, principalmente na sociedade angolana, é inaceitável para o homem que culturalmente não deveria ser sustentado por ela. Para um técnico essa condição também é causa da violência conjugal contra a mulher.

“... porque, muitas vezes, se formos ver é a mulher que trabalha, o marido tem que ficar em casa sujeito àquela maneira que os homens não estão habituados que a mulher vá trabalhar e lhe encontra ainda parado em casa”. (Técnico 5)

Como afirma Matos (2006), o fato da mulher ter uma condição salarial superior ao homem pode constituir um risco para a violência, levando o homem a usar a força física para fazer valer a sua autoridade porque, a seu ver, essa situação transforma-se em uma ameaça e quebra as regras e crenças que se tem. Não satisfazer às expectativas de provedor da família e aceitar que a mulher, vista culturalmente como cuidadora, tenha que assumir esse papel atinge a identidade masculina no imaginário cultural (Brasil, 2003).

Os gestores entrevistados também citaram como causa da violência conjugal as desigualdades de gênero, os fatores sociais, econômicos e culturais que definem os papéis de homens e mulheres na família e na sociedade. Neste sentido, a imagem da mulher, vítima de violência, está vinculada ao estereótipo da mulher submissa ao homem e desprotegida.

O homem é visto como poderoso e mais forte e a mulher como mais frágil. Nesse contexto, a violência seria um meio utilizado por ele para perpetuar esta situação de desigualdade, como observado nos discursos dos entrevistados:

“... esta violência afeta, de certa forma, as mulheres porque se elas são mais frágeis os homens, às vezes, utilizam a força física e provocam vários danos e lesões às mulheres.” (Gestor 2)

É importante destacar que os profissionais que apresentaram essa percepção da mulher como pessoa mais frágil são do sexo masculino.

Alguns estudos apontam que em sociedades mais tradicionais, como é o caso de países africanos, os atos de violência praticados pelos homens em relação a suas esposas são justificados culturalmente. Seguindo essa tradição, às mulheres cabe o papel de cuidadora do lar, da família, elas devem obediência e respeito às vontades do companheiro (Krug et al, 2002). Essa tradição ficou bem clara na fala de um dos técnicos entrevistados que destacou a falta de preparo da mulher para entrar numa relação conjugal como fator desencadeador da violência, no que diz respeito ao seu comportamento e deveres no seio da família. Esse profissional parece destacar os atributos, supostamente femininos, por serem aqueles que a sociedade espera que sejam desenvolvidos pelas mulheres a fim de que tenham um bom relacionamento e evitem situações de conflito e violência.

“Temos que conversar com as mulheres sobre o comportamento dentro do lar, prevenir dando palestras explicar às mulheres quais os seus deveres no seio da família. (...) O que é que gera uma violência? Mulher não faz o almoço, não deixa a roupa do marido arrumada são esses fatores”. (Técnico 6)

Alguns dos técnicos entrevistados também apontam o ciúme como causa da violência conjugal. Um deles ainda destaca que em situações que despertam o ciúme, como quando uma mulher é vista com outra pessoa “não

há outra forma de resolver o problema senão atirar um agente lesivo a essa mulher” (Técnico 5).

Os depoimentos dos profissionais que participaram da presente pesquisa revelam uma percepção carregada de preconceitos e valores machistas ainda muito presentes na sociedade angolana.

De acordo com estudos sobre esse tema, os motivos mais freqüentes que levam as mulheres a serem agredidas pelos companheiros são: não realizar corretamente as tarefas domésticas, negar-se a ter relações sexuais, desobedecer ao marido, ser-lhe infiel (Almeida, 2009; OMS, 2005; Silva, 2003; Krug et al, 2002), não cuidar adequadamente das crianças, questionar o companheiro sobre questões financeiras ou sobre relações extra-conjugais (Krug et al, 2002), uso de álcool e outras substâncias tóxicas e estresse (Moreira et al, 2008).

Alguns estudos colocam o consumo de álcool como fator de risco para diversas formas de violência (Minayo, Deslandes, 1998). Ao álcool normalmente se associam a características pessoais como a baixa auto-estima, que aliada ao contexto atual ou à situação financeira precária podem desencadear a violência (Almeida, 2009; Moreira et al, 2008). Dentre os fatores de risco para a violência conjugal mais citados estão o alcoolismo, tóxico-dependência, vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima, baixo nível econômico e cultural, antecedentes de maus tratos infantis e o desemprego. Mesmo em Angola, estudo de Nascimento (2005) em Kilamba Kiaxi identificou que 18% dos entrevistados apontam o uso de álcool como motivo para violência física contra a mulher. No entanto, os profissionais aqui entrevistados não referiram o fato do alcoolismo estar associado aos episódios de violência conjugal.

Todos os fatores mencionados pelos entrevistados, que por vezes soam como possíveis justificativas para a violência conjugal, revelam antes de mais nada uma visão de dominação do homem em relação à mulher. Seguindo esses comportamentos culturalmente aceitos, alguns homens sentem-se no direito de se irritar com sua mulher se ela falar com outros homens e até mesmo controlar seu acesso aos serviços de saúde. No Japão, 21% das mulheres declararam ter sofrido uma ou mais vezes este tipo de restrições; na República Unida da Tanzânia esse percentual chegou a 90% (OMS, 2005), significando que mesmo em diferentes culturas existe uma aceitação desses comportamentos.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados considera que a violência conjugal contra a mulher provoca graves conseqüências na sua saúde física, sexual/reprodutiva e psicológica, que pode ter repercussões também na saúde dos filhos. Entre os impactos mais apontados pelos entrevistados para a saúde sexual/reprodutiva estão as ameaças à saúde do bebê, aborto, partos prematuros e até mesmo a morte de mulheres por violência.

Apontaram como problemas de saúde as lesões físicas, como traumatismos, e a hipertensão. As lesões por queimaduras foram citadas como um trauma dos mais graves, pois podem ter repercussões sociais, além dos problemas físicos que podem levar a pessoa à morte, e ainda que podem provocar o surgimento de problemas de ordem psicológica, mental. Como conseqüências para a saúde mental citam: negligência na procura de serviços médicos, depressão, fobia, tentativas e tendência ao suicídio, consumo de

bebidas alcoólicas, estresse e o estresse pós traumático. Esse último, também é apontado como consequência da violência sexual (Diniz et al, 2007).

Também mencionaram que a violência afeta a auto-estima e o desenvolvimento da mulher na sociedade. Nos depoimentos ficou destacado que a violência psicológica é consequência da física e que a violência conjugal afeta a auto-estima da mulher e o seu desempenho e inserção na sociedade.

“Porque a violência causa estresse doméstico que é uma causa de muitas doenças, ou seja, a partir do estresse doméstico nós temos muitos problemas de saúde, cardiológicos, fisiológicos entre outros”. (Técnico 2)

“... uma mulher que mesmo que não esteja grávida tenha, por exemplo, uma infertilidade e o parceiro saiba que esse problema é da mulher pode provocar transtornos psicológicos que levam a demorar a sarar”. (Gestor 4)

“... há casos de pessoas depois de queimadas... ela psicologicamente fica afetada porque pode perder um membro pode deformar a sua face enfim... então, psicologicamente a pessoa fica afetada”. (Técnico 5)

As consequências da violência contra a mulher também podem incluir traumas físicos, mais especificamente na área afetada, que se constituem em tensão muscular, irritação gastrointestinal, problemas genitais, doenças sexualmente transmissíveis, disfunção sexual e gravidez indesejada (Almeida, 2009).

Problemas de saúde mental que incluem angústia emocional e comportamento suicida são muito comuns entre as mulheres que foram vítimas

de violência infligida pelo parceiro (Krug, 2002). Um estudo da OMS destaca que a angústia emocional é sintoma que gera incapacidade para desfrutar a vida, fadiga e pensamentos suicidas (OMS, 2005).

2.3. Atendimento de saúde a mulheres em situação de violência conjugal

Nesse tema abordamos as práticas dos profissionais de saúde no que diz respeito à identificação dos casos de mulheres em situação de violência conjugal e sua atuação diante dos mesmos.

Alguns técnicos de um dos hospitais estudados afirmaram que embora atendam a mulheres vítimas da violência conjugal, esses casos não são muito freqüentes em sua unidade de saúde. É possível que a falta de capacitação desses profissionais para a abordagem e identificação desses casos esteja dificultando a sua visibilidade. Vieira, Pandoin e Landerdahl (2009) corroboram que o preparo técnico e emocional do profissional é fundamental para identificar as situações de violência contra a mulher e recomendam uma escuta sensível e um acolhimento adequado às mulheres nesta situação.

Segundo as informações dos profissionais de saúde estudados, logo na entrada do banco de urgência dos hospitais as mulheres passam por uma triagem onde é feita a anamnese. A identificação dos casos de violência conjugal ocorre através da análise da evidência clínica e algumas vezes pelo relato da própria mulher após vários interrogatórios.

Em algumas situações a suspeita e, posteriormente, a confirmação da violência é feita devido ao tipo de ferimento que a mulher apresenta que, em sua maioria, são lesões corporais de diversos tipos como as hemorragias

apresentadas pelas gestantes, queimaduras, fraturas, isto é, ferimentos visíveis ao exame físico e às condições em que ocorreram pela conversa com a paciente.

A história de vida da mulher vítima de violência deve ser preocupação inicial do profissional de saúde, pois ao tratar e medicar somente a lesão fará com que o assunto fique esquecido. As perguntas feitas abertamente como por exemplo: “você já foi agredida em casa por alguém da família?” “Já sentiu ou sente medo de alguém?” possibilitam à mulher discutir sobre as situações de violência vivenciadas. Via de regra a mulher nega a indagação feita por não saber lidar com a situação, o profissional deve fazer o abordagem de maneira cuidadosa para possibilitar o diálogo e posteriormente a ajuda (Brasil, 2003).

Os profissionais entrevistados se referiram a uma diversidade de dificuldades enfrentadas na identificação e também na atuação diante desse problema, sendo que algumas delas foram apontadas com mais frequência.

A maioria dos profissionais considerou que a principal dificuldade para essa identificação é o fato de que as mulheres não falam sobre essa questão durante o atendimento e as suspeitas de violência ocorrem pela observação das lesões. Esse silêncio das pacientes em relação à violência sofrida faz com que o profissional tenha que investigar mais para confirmar suas suspeitas. Poucos profissionais referiram que algumas mulheres chegam desesperadas, querendo falar sobre o assunto, dizer que foram agredidas pelos maridos.

“Elas nunca dizem que foi agressão. O médico é que suspeita por algum motivo, alguma lesão num local não muito próprio e com a conversa é que ela diz que foi agredida”. (Gestor 4)

Os depoimentos indicam que alguns profissionais entrevistados estão atentos à questão da violência contra a mulher e realizam um esforço para investigar as causas das lesões suspeitas apresentadas por elas quando buscam atendimento no hospital.

Grande parte dos técnicos e gestores afirmou que as mulheres têm dificuldades para admitir e falar sobre a violência. Muitas delas apresentam diversas justificativas para suas lesões, dizendo, por exemplo, que caíram em cima de um caco de garrafa. Diante desses casos, os profissionais disseram que insistem na abordagem para confirmar sua desconfiança sobre a violência conjugal. Houve profissionais que informaram que já interrogaram por mais de uma semana a mulher internada na unidade hospitalar, e somente depois de muita insistência é que elas confirmam a sua suspeita.

“... sim, muitas vezes, elas vêm com espancamento, mas elas escondem. Dizem que ‘não, tive uma queda’. Nós vamos observando, puxando e elas acabam por descobrir o que se passou.” (Gestor 3)

Segundo a visão dos técnicos as mulheres que não relatam a violência sofrida têm medo de perder o lar por terem atingido certo status social ou mesmo medo de ser alvo de outras agressões por parte do parceiro. Afirmam ainda que as mulheres não “querem” sair da situação de violência porque acham que elas não estão dispostas a mudar radicalmente suas condições de vida, ou seja, esses técnicos percebem os problemas emocionais, afetivos e de estrutura familiar que elas vivenciam.

“Sempre que exposta esta situação por parte do profissional de saúde elas nem querem falar sobre isso porque têm medo que

perca o seu esposo. Prefere suportar tudo isso, uma vez que ela é dependente e às vezes já atingiram certo status social, não querem perder isso”. (Técnico 2)

Autores como Ferrante et al (2009) encontraram percepções semelhantes às dos profissionais aqui estudados, sobre a permanência da mulher no relacionamento violento.

Um estudo realizado pela OMS em diversos países, incluindo alguns países da África, identificou que as razões mais comuns que levam as mulheres a não buscar ajuda nos casos de violência conjugal foram: a percepção de que a violência é considerada normal; o temor de sofrer conseqüências que poderiam advir, como mais atos violentos; a perda de seus filhos e ainda envergonhar a família (OMS, 2005); o fato de ainda existir esperança e amor pelo cônjuge; por não saberem como ficar sem o seu parceiro (Almeida, 2009); por não encontrarem uma linguagem adequada para expressar seu problema; a relação interpessoal da mulher com o profissional de saúde, repleta de medos, preconceitos, vergonha ou descrédito (Schraiber et al, 2003).

Mesmo os países que dispõem de recursos para ajudar as mulheres vítimas de violência também encontram barreiras que dificultam a busca dos serviços de saúde como o medo do estigma e as ameaças de perder os filhos (OMS, 2005). Schraiber et al (2003) identificaram que, para a mulher, falar de suas experiências de violência é uma questão complexa. O termo violência parece estar reservado à questão da criminalidade cometida por pessoas externas à família e às situações mais graves. Embora a violência doméstica seja responsável por conseqüências graves, ela não é considerada como tal.

Acridita-se que buscar uma linguagem comum na relação dos profissionais com as mulheres, demonstrando respeito à delicadeza de abordar um tema como esse, e dando legitimidade ao sofrimento demonstrado pela mulher são condutas essenciais para a abordagem da violência (Scharaiber et al, 2003).

Para que os vínculos de confiança se estabeleçam, os profissionais de saúde devem proporcionar à mulher um ambiente acolhedor de atendimento humanizado, criando espaços de diálogo e confiança que permitam que ela fale sobre seus problemas, mesmo que essa demanda seja pouco freqüente no serviço.

Confirmada a agressão, os profissionais aconselham as mulheres a denunciar os atos de violência à polícia que posteriormente resultarão em uma ação judicial a fim de pôr termo aos episódios de violência por elas sofridos. Quando a mulher, vítima de violência conjugal, consente em realizar a queixa, o profissional de saúde aciona o “piquete da polícia”, que é um posto policial localizado no interior da unidade hospitalar para fazer o registro da ocorrência da violência.

Segundo gestores e técnicos entrevistados, ao identificar uma mulher vítima de violência conjugal as ações desenvolvidas mais freqüentemente são o tratamento clínico das lesões, a orientação legal por parte do enfermeiro ou médico assistente, o aconselhamento, as visitas domiciliares em alguns casos, e o encaminhamento a outros profissionais do mesmo serviço ou de outras instituições. Muitas vezes os profissionais encaminham a paciente para a assistência psicológica onde se avaliam os problemas psicossomáticos decorrentes da violência.

“Primeiro ela é tratada pela área clínica. Vêm os sintomas físicos, os problemas somáticos que ela pode apresentar, depois vai para a área psicológica onde vamos ver os problemas psicossomáticos, nesse caso tentar aliviar o seu nível emocional”. (Técnico 3)

Alguns técnicos revelaram que tiveram a oportunidade de realizar o aconselhamento ao agressor para que não cometam atos de violência, e primem sempre pelo diálogo, dando o devido encaminhamento e orientações gerais para melhorar o relacionamento entre o casal. Apesar dessa conduta de atendimento ao agressor ser recomendada por diversos estudos sobre esse tema (Zuma et al, 2009), os técnicos entrevistados informaram que raramente conseguem ter contato com ele, como ilustram os diálogos a seguir:

“Ao identificar, nós aconselhamos, tanto a pessoa lesada como o agressor para que isso não volte a acontecer. Para esses casos nós temos medidas, logo à porta temos um piquete da polícia que normalmente toma as devidas medidas ao infrator”. (Técnico 5)

Foi possível identificar nas falas de alguns técnicos uma conduta mais humanizada. Muitos relatos indicaram um encontro cuidadoso e respeitoso onde foram criadas condições para que a mulher sentisse confiança no profissional de saúde e se sentisse confiante o suficiente para falar sobre a violência.

Os psicólogos relataram que sua atuação prioriza a auto-estima da mulher, a fim de que elas possam afirmar suas capacidades para tomar decisões que lhes permitam enfrentar a violência conjugal. Um achado interessante é perceber, a partir das falas, que a formação básica profissional (enfermagem, psicologia e medicina) está permitindo que desenvolvam uma

abordagem terapêutica, discutindo com as mulheres as causas da violência conjugal para, juntos, buscar a superação dessa situação. É importante lembrar que esses profissionais não receberam capacitação para a abordagem dos casos de violência.

Segundo esses técnicos, a orientação e o aconselhamento tiveram como objetivo mostrar às mulheres que a situação de violência por elas vivida pode afetar a sua saúde assim como a saúde dos filhos e pode ter influência para sua inserção na sociedade.

Por outro lado, também foi possível identificar que alguns técnicos tendem a atender, de modo tradicional, às lesões físicas das mulheres vítimas de violência, e estimular a denúncia à polícia sem, contudo, encaminhar os casos para acompanhamento psicológico ou social. Essa conduta foi identificada nos depoimentos dos sujeitos que atuam nos hospitais que não contam com uma equipe multiprofissional com a presença de psicólogos. Alguns autores também evidenciaram essa tendência dos profissionais de saúde a abordarem os casos de violência tendo em conta unicamente os aspectos orgânicos, dando maior importância ao problema físico e à medicalização do caso, sem considerar os seus aspectos psicossociais (Moreira et al, 2008). Acresce a isso, uma visão policialesca, transformando o caso em uma questão de polícia em que a mulher, muitas vezes por não ter um amparo legal se sente constrangida e temerosa de fazer a denúncia do parceiro, pois tem medo de retaliação do mesmo. Em países onde essa discussão está mais avançada, como no Brasil, já existe uma lei que estabelece que a violência contra a mulher pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo é um crime. Trata-se da Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, popularmente

conhecida como Lei Maria da Penha, que protege a mulher, inclusive, impedindo-a de retirar a denúncia uma vez ela tenha sido feita (o que acontecia frequentemente).

Alguns gestores e técnicos concordaram que por vezes os profissionais se viram impedidos de prosseguir com o atendimento à mulher devido a falta de outros técnicos chamados a atuar em conjunto, de forma multidisciplinar, principalmente os psicólogos clínicos e os assistentes sociais.

“Agora a dificuldade que podemos referir aqui é mesmo a falta de uma equipe para se fazer um tratamento multidisciplinar com essa tal equipe de psicólogos que é muito importante para apoiar nossos doentes”. (Gestor 2)

Os entrevistados também mencionaram a falta de articulação dos serviços de saúde com os centros de apoio à mulher. Em Angola os serviços de saúde que recebem mulheres em situações de violência conjugal e após o tratamento clínico, encaminham as mulheres para as unidades de apoio para o acompanhamento das questões relacionadas a cada caso. Nessas unidades são abordadas as questões que se referem ao abandono, fuga à paternidade, pensão alimentícia e até processo criminal devido a agressão física ou o não cumprimento das resoluções judiciais por parte de um dos cônjuges. Apesar de o encaminhamento ser feito para essas unidades, não existe a contra referência para os serviços de saúde, o que enfraquece e prejudica a formação e integração de uma rede de proteção à mulher em situação de violência.

Na prática dos profissionais de saúde a atenção está mais voltada às especialidades, o que tende a obscurecer sua percepção, envolvimento e atuação com questões relacionadas à violência. Pelos relatos podemos notar

que cada categoria profissional valoriza o aspecto ligado à sua área de intervenção, não considerando assim a dinâmica biopsicossocial que a violência conjugal acarreta.

Uma das justificativas para essa fragmentação da atenção foi a falta de uma equipe multidisciplinar e de trabalhos que orientem sobre como atuar diante dos tipos de violência mais freqüentes no serviço. Um outro fator que certamente também interfere é a falta de capacitação e orientação do próprio serviço a esses profissionais para lidar com esses casos. Tal condição mostrou-se presente na fala dos sujeitos deste estudo:

“... o que mais significado tem é no caso da violência física, na área clínica que resulta em trauma, ferimento por arma de fogo, arma branca, lesões corporais que vão desde um simples ferimento até a casos crime”. (Gestor 2)

A partir dos depoimentos podemos dizer que esses profissionais, apesar de identificarem as mulheres em situação de violência, atuam oferecendo respostas técnicas para tentar aliviar apenas as lesões físicas produzidas pelas agressões.

“... geralmente na violência psicológica a pessoa não vem ao médico queixar, algum cirurgião ou ao médico queixar-se de que fui agredido psicologicamente, nem quando congelam uma conta bancária”. (Gestor 2)

“esses casos, nós sabemos, o diagnostico é muito simples porque logo à entrada nós conseguimos diagnosticar a queimadura, temos que fazer a avaliação da queimadura no que diz respeito a sua extensão e profundidade”. (Gestor 3)

Segundo Grossi (1996) os profissionais ao tratarem somente as lesões físicas apresentadas pelas mulheres deixam de evidenciar seu papel atuante diante da violência conjugal. Ao fazerem isso têm em conta apenas o aspecto biológico da situação, sem considerar a raiz social, política e cultural do problema.

Para os casos de violência sexual de crianças um gestor expressa que existem protocolos onde se registram os casos, tratam a vítima, encaminham e aconselham a família a prestar queixa à polícia, o que muitas delas se negam a fazer pelo fato de a violência ser cometida por vizinhos ou no próprio ambiente familiar. Com essa recusa do registro da queixa, o tratamento se reduz ao acompanhamento físico e psicológico. Frequentemente, identifica-se que esses são abusos já repetitivos.

2.4. Facilidades e dificuldades para a atuação dos profissionais de saúde nos casos de violência contra a mulher na relação conjugal

Alguns gestores e técnicos entrevistados referiram que o fato de terem um piquete de polícia logo à entrada do banco de urgência na unidade de saúde facilita a sua atuação na busca do agressor para prestar as declarações sobre a agressão cometida contra a mulher.

Outra facilidade citada por um técnico foi o fato de algumas mulheres relatarem, por elas mesmas, que foram vítimas de violência por parte do parceiro. Isso facilita o tratamento e o encaminhamento da mulher a outros profissionais e aos serviços de apoio a mulheres em situação de violência. Na visão desse técnico, quando a mulher se predispõe a relatar a agressão isso

minimiza a sua atuação sobre a investigação da situação de violência vivenciada por ela. E, em continuidade a essa conduta velada de “evitação de envolvimento”, acredita que sua responsabilidade com o caso termina após o encaminhamento a outros profissionais.

“... há mulheres que vêm tão desesperadas. Elas querem desabafar, elas conversam. Então já facilita o nosso trabalho. Encaminhamos para a psicóloga e daí para a polícia, que muitas vezes é que toma outros rumos, já não é nossa competência”.

(Técnico 2)

Um dos gestores destacou o atendimento médico personalizado e a atenção psicológica individual como um grande apoio às mulheres vítimas de violência. Seu depoimento é reforçado por outro que acrescentou que quando a paciente não passa pelo psicólogo, ela é encaminhada para a psiquiatria.

Seguindo uma visão biologicista da questão da violência e do atendimento à mulher vítima, um dos gestores afirmou que não há dificuldades em atuar nesses casos. Seu depoimento revela que essa facilidade se deve ao tratamento médico medicamentoso que a unidade dispõe.

“eu não acho que haja assim muita dificuldade em lidar com esses doentes porque a nossa ação aqui é mais direcionada na questão do tratamento médico medicamentoso”. (Gestor 1)

“Praticamente nós não encontramos grandes dificuldades para tratar as pessoas porque os serviços hospitalares têm todas as condições para podermos atender os pacientes que aparecem no nosso banco de urgência”. (Técnico 2)

Ao analisar as entrevistas de gestores e técnicos dos hospitais estudados observa-se que esses sujeitos consideram que estão bem equipados para realizar o atendimento às lesões físicas apresentadas pelas vítimas de violência. É importante ressaltar que essa é uma realidade nova nos serviços de saúde de Angola, pois houve momentos em que os próprios pacientes tinham que adquirir e levar aos hospitais os insumos usados em seu tratamento. Esses profissionais também revelam uma visão restrita da atenção que deveria ser prestada a uma pessoa vítima de violência, realizando apenas o tratamento das lesões físicas apresentadas por elas, como já discutido anteriormente.

Nas unidades onde existem psicólogos e assistentes sociais, alguns profissionais destacam a presença desses técnicos como uma facilidade no enfrentamento da violência contra a mulher. Isso se deve à visão de que esses casos devem ser atendidos por essas categorias profissionais. As falas dos sujeitos entrevistados demonstram o reconhecimento da importância dessa assistência, mas também revelam, mais uma vez, uma certa atitude de se esquivar da responsabilidade por esse atendimento que está mais dedicado ao cuidado das lesões físicas.

Alguns gestores acreditam que a organização dos serviços para a realização de ações de prevenção da violência contra a mulher ajudaria o setor saúde no enfrentamento dessa questão, como ilustra um dos depoimentos:

“Se não se tomarem medidas de prevenção agora como é de preparar e criar, digamos assim, condições a nível das unidades de saúde, poderemos depois deixar que a situação se alargue tomando proporções maiores”. (Gestor 2)

A maioria dos gestores é de opinião que a capacitação dos profissionais de saúde no que se refere a receber, acolher, tratar e encaminhar os casos de mulheres vítimas de violência conjugal facilitaria a atuação multidisciplinar nesses casos.

Todos os profissionais entrevistados (macro gestor, gestores e técnicos) referiram que a falta de capacitação profissional representa a maior dificuldade de atuação frente a situações de violência. Um dos gestores é de opinião que é necessário estar conscientes e habilitados para manter o controle, o autodomínio e a capacidade de orientar a mulher vítima de violência.

O reconhecimento de que não estão preparados e devidamente treinados para a atenção à mulher vítima de violência é uma realidade identificada em muitos trabalhos desenvolvidos por autores como Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008), Vieira, Padoin e Landerdahl (2009), Moreira et al (2008), Oliveira et al (2005) e Ferrante, Santos e Vieira (2009). No Brasil, onde existem políticas públicas de saúde que orientam a atenção que deve ser prestada à mulher vítima de violência, ainda existem diversas lacunas em relação à capacitação dos profissionais para esse atendimento (Minayo, Deslandes, 2007). Em Angola, onde ainda não existem políticas do setor que incluam o tema violência, essa necessidade de treinamento dos técnicos tem se mostrado mais urgente.

Essa falta de treinamento para o atendimento adequado aos casos de violência pode ser evidenciada através do depoimento de um técnico que relatou a conduta de alguns profissionais que recebem os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Ao invés de tratar e abordar a questão de forma a criar uma relação acolhedora com o paciente, escutando seus

sentimentos, experiências e expectativas, sua relação com a família e amigos, como indicam diversos trabalhos sobre esse tema (Ferreira et al, 2009), alguns técnicos culpabilizam a vítima:

“... se aparecer uma adolescente que diz que foi violada pelo seu próprio pai e já está grávida, ao invés de ajudarem há técnicos que tentam julgar: ‘já tens quatro meses e não disse é porque você gostou! você gostou!’. (Técnico 1)

Correia, Lopes e Diniz (2001) analisam que cuidar não é apenas ouvir, mas sim admirar e dar liberdade de que o outro coloque sua questão tal como ela foi percebida, e sem julgar.

Essa discriminação também pode ser identificada na fala de um gestor que, ignorando as razões das mulheres para omitirem a violência sofrida, acredita que elas não “são capazes de ser sinceras” ao relatar a causa de suas lesões.

“O que nos dificulta é que existem mulheres que mesmo espancadas, mesmo a sofrerem ainda omitem, não são capazes de ser sinceras em dizer que foi espancada pelo marido por esse ou aquele problema. Isso dificulta. Nós queremos tratar e a mulher não deixa”. (Gestor 2)

A partir dessas falas percebe-se a necessidade do profissional estabelecer uma relação de confiança na qual haja respeito e a paciente se sinta acolhida e não julgada, uma vez que ela espera obter ajuda e não julgamento. É comum encontrar nos serviços de saúde profissionais que consideram que se a mulher apanha do companheiro e continua vivendo com ele é porque “gosta de apanhar”, ou que acreditam que elas não têm “vergonha

na cara” porque não se separam, prestam queixas contra eles e depois as retiram e fazem as pazes com o agressor. Tais crenças, desconhecem que esta dinâmica caracteriza a violência conjugal, na qual um ciclo de tensão precede a agressão, que é seguida por um período de arrependimento do agressor e de trégua, para dar início a um novo ciclo de tensão.

Oliveira et al (2005) discutem que uma das dificuldades dos profissionais no acolhimento às vítimas de violência sexual é romper com preconceitos relacionados aos valores culturais e morais para oferecer uma assistência acolhedora e humanizada.

Segundo Gomes et al (2009), o profissional de saúde muitas vezes culpabiliza ou não dá importância à fala da mulher devido à falta de organização e preparação dos serviços levando a práticas negativas de assistência às mulheres.

Os gestores também mencionaram que a sensibilização e capacitação dos profissionais para atuar frente a uma mulher vitimizada seria fundamental para minimizar os atos de violência ocasionados pelos próprios agentes da saúde que as recebem e atendem. A visão desses gestores traduz uma preocupação com a violência institucional que é a revitimização da mulher na instituição onde ela deveria encontrar acolhimento e ajuda para seu problema.

Bispo, Almeida e Diniz (2007) discutem que o fato do profissional de saúde não valorizar ou duvidar da fala da mulher quando percebe que ela é vítima de violência e oferecer um atendimento restrito aos procedimentos clínicos sem, contudo, abordar a situação como uma questão mais ampla de saúde constituem formas de violência institucional contra a mulher.

Os profissionais aqui entrevistados afirmaram que, para além da falta de capacitação que limita a sua atuação nos casos de violência, a falta de suporte institucional e a falta de uma equipe multidisciplinar, assim como a falta de denúncia por parte das mulheres dificultam o atendimento à vítima de violência conjugal.

Frente às dificuldades de atuação, os profissionais vêem-se limitados com a falta de protocolos institucionais, que representam um instrumento de orientação técnica sobre a atenção a ser prestada por eles nos casos de violência contra a mulher.

“... hoje não temos um protocolo, não temos uma forma de sistematização, mas na verdade algumas das queixas que vêm do domínio da ortopedia sobretudo, fundamentalmente têm sido por agressão que acontece no lar”. (Gestor 2)

Segundo os profissionais estudados não existe um registro específico para os casos de violência contra a mulher. No entanto, nessas unidades hospitalares há um livro geral, onde se fazem os registros de ocorrência dos atendimentos diários de todos os pacientes, incluindo os casos de violência.

Nos casos de violência conjugal contra a mulher grávida existe o cartão de consulta pré-natal com um campo que destaca a violência colocando a seguinte pergunta: “Alguma vez sofreu algum tipo de violência?”, oferecendo as opções de violência física e moral para a resposta. Segundo os profissionais, em regra geral, a mulher nega ter vivido alguma agressão e, com isso, esse campo do cartão pré-natal nunca tem a violência registrada. Talvez essa negação por parte das mulheres se deva à forma burocrática com que é feita a pergunta sobre violência.

Apenas um dos técnicos entrevistados afirmou ter em seu serviço hospitalar um prontuário onde se registra o caso e se encaminha à polícia e ao órgão de defesa da mulher. Este prontuário seria equivalente à notificação que é realizada nos serviços de saúde brasileiros.

Diante disso, considera-se que é preciso organizar os serviços com a inclusão registros específicos para os casos de violência, notificação desses casos às autoridades de saúde e também a implantação de protocolos que ajudem os profissionais a lidarem com os conflitos conjugais. É importante lembrar que em Angola, existem protocolos apenas para os casos de violência sexual. Essa organização seria fundamental para guiar os profissionais até a criação de políticas públicas de saúde que incluíssem estes aspectos.

Na visão dos gestores, o fato de a mulher não dizer que foi vítima de violência por parte do parceiro representa uma barreira para o atendimento que fica limitado a assistência médica medicamentosa. Um dos gestores se referiu à omissão da mulher em relação às agressões como um fator que desencadearia a reincidência da violência, o que o profissional denominou de “bulmerão”, termo comum em Angola.

“... e outra que resulta em omissões, esses casos não devem ser omitidos porque uma vez omitidos servem de bulmerão”. (Gestor 1)

As omissões dos atos de violência por parte da vítima se devem, muitas vezes, a questões culturais como a tradição de submissão da mulher em relação ao homem/companheiro, o desincentivo à denúncia por parte da família que por causa dos filhos e da vergonha aconselha a reconciliação do casal. Essas situações são muito comuns na sociedade angolana. Cabe ao profissional de saúde criar um ambiente de confiança e empatia, valorizando o

diálogo com a mulher, de tal maneira que ela possa superar seus sentimentos de medo e vergonha e, sobretudo, ultrapassar os hábitos culturais, e falar sobre o assunto.

As crenças e valores do profissional de saúde frente ao problema da violência conjugal podem se constituir em naturalização das distintas formas de violência contra a mulher, principalmente pela hegemonia da visão machista e patriarcal, e dificultam a sua atuação. O macro gestor entrevistado destacou que, enquanto os profissionais continuarem a pensar que o que existe entre o casal é um problema íntimo e particular no qual as pessoas não se devem meter, haverá muita dificuldade na percepção desse fenômeno. Segundo Correia, Lopes e Diniz (2001) atender a mulheres em situação de violência envolve valores, decisão e confiança para cuidar assim como o conhecimento das ações de cuidado e suas consequências.

Essa percepção do macro gestor indica que ainda existe certa resistência por parte dos profissionais em perguntar às mulheres sobre violência quando suspeitam de sua ocorrência. Muitos acreditam que elas não gostariam de ser invadidas em sua privacidade e preferem evitar a vergonha e o constrangimento de indagar sobre o assunto. Contrariando essa percepção do macro gestor, alguns autores indicam que os profissionais devem perguntar às mulheres sobre sua vivência de situações violentas, com indagações claras e objetivas com o intuito de permiti-las falar mais abertamente sobre o assunto (Brasil, 2003).

Outra dificuldade apontada pela maioria dos entrevistados é o fato de não existir uma equipe multidisciplinar capacitada no quadro funcional, o que não possibilita a criação de grupos de profissionais para atender às questões

da violência. Além disso, também citaram a falta de unidades de saúde competentes, consideradas como referência para o atendimento às vítimas, numa visão equivocada de que essa atenção deve ser assumida por um serviço especializado e não por toda a rede de serviços como um tema transversal.

“Neste momento nós não temos uma equipe fixa a funcionar aqui no Hospital, mas de tempo em tempo temos tido alguns psicólogos estagiários aqui no serviço, e quando eles se encontram cá têm dado esse apoio aos doentes”. (Gestor 1)

Assim como os profissionais entrevistados, alguns autores também destacam a importância da equipe multidisciplinar na atenção eficaz à mulher em situação de violência. Essa multidisciplinaridade possibilitaria uma atenção integral evitando a concepção fragmentária do ser humano (Lettiere, Nakano e Rodrigues, 2008).

Alguns técnicos se referiram a outras dificuldades como a falta de conhecimento das próprias mulheres sobre serviços disponíveis nas unidades de saúde. Um exemplo é o serviço de psicologia que é considerado novo no país e ainda carrega o estigma de ser destinado a atender pacientes com doença mental. Para isso, é necessário que se faça a divulgação do serviço e de suas atribuições em todos os órgãos de comunicação social para conhecimento da população.

“... muita gente não conhece este serviço, acham que o serviço a ser procurado é o de saúde ligado à clínica, digo à malária. Não estão muito predispostos ao psicólogo dado o nível de informação existente e disponível para as pessoas em Angola”. (Técnico 1)

Não só os serviços de psicologia como também os de assistência social são novos desafios para a saúde em Angola. A falta de políticas de saúde que contemplem o atendimento de mulheres vítimas de violência, também foi citada pelos técnicos como um obstáculo.

Um dos gestores destacou que o excesso de trabalho é um fator que dificulta a investigação da violência com profundidade. Segundo ele, muitos casos passam despercebidos e os técnicos “não são capazes de ter aquela perícia, de desconfiar e interrogar um pouco mais profundo” (Gestor 1).

Outro ponto indicado pelos gestores como entrave na atenção que deveria ser prestada às vítimas de violência é o restrito espaço físico das instalações, sem uma estrutura adequada que garanta a privacidade dos pacientes e a dinâmica de trabalho dos profissionais.

As dificuldades para a atenção em casos de violência estão também ligadas à forma rápida com que os atendimentos são realizados no setor de urgência, devido à alta demanda de pacientes nesse serviço, impactando assim a assistência oferecida (Vieira, Pandoin, Landerdahl, 2009).

Podemos perceber através dos depoimentos que o excesso de trabalho também está ligado ao número reduzido de profissionais capacitados para influenciar na identificação. Minayo (1994a) relaciona a sobrecarga dos atendimentos de urgência às vítimas de violência nos serviços de saúde às necessidades de se adequar os recursos humanos e equipamentos ao crescimento dessa demanda.

No que diz respeito ao encaminhamento dos casos de violência todos os profissionais consideraram como uma dificuldade a falta de articulação das unidades de saúde com estruturas sociais de suporte e proteção, que em

Angola são o Ministério da Família e Promoção da Mulher, a Organização da Mulher Angolana, o Ministério da Assistência e Reinserção Social e, para as crianças, o Instituto Nacional da Criança/INAC.

Na experiência dos profissionais, a articulação do serviço de saúde com o INAC, para os casos de violência sexual contra a criança, nem sempre acontece de forma integrada e a proteção à criança em situação de vulnerabilidade não é concretizada.

Segundo alguns gestores e técnicos entrevistados, também com o Ministério da Família e Promoção da Mulher existem dificuldades de comunicação que se traduzem na ausência de contra referência nos casos de violência encaminhados pelos serviços de saúde.

Percebemos pelas falas dos entrevistados que para responder adequadamente às dimensões envolvidas nesse problema é essencial que se estabeleça uma abordagem intersetorial e coordenada, com o poder jurídico e policial. Considera-se, no entanto, que mais do que judicializar e policiar os casos, deve-se também envolver outros setores da sociedade como saúde, educação, assistência social, dentre outros.

Apesar de perceber a importância do envolvimento de outros setores, a maioria dos sujeitos entrevistados referiu que a falta de articulação com as instituições de apoio tem resultado numa assistência não adequada. A falta de uma rede de suporte para atender os casos de violência, muitas vezes, possibilitou a continuidade dos episódios tornando as mulheres mais vulneráveis. Como ilustra o depoimento:

“... aqui dentro não, mas a rede de mulher interfere depois de sair do hospital. Vemos que há uma omissão, nós orientamos a família

depois de sair daqui levar o título de alta fazer a participação na rede mulher”. (Técnico 4)

Alguns técnicos de um dos hospitais estudados afirmaram que encaminham as mulheres vítimas de violência conjugal à unidade de apoio à mulher, no caso a Organização da Mulher Angolana e ao Ministério da Família e Promoção da Mulher e não tiveram a contra referência do desdobramento das ações.

Entendemos que a abordagem da temática da violência contra a mulher, dada a sua complexidade, não depende unicamente do setor saúde, mas exige o suporte de uma rede intersectorial, articulada, de órgãos públicos, não governamentais e da iniciativa privada (Schraiber et al, 2008; Jong et al, 2008).

2.5. A visão dos profissionais sobre as estratégias e possibilidades do setor saúde para atender mulheres em situação de violência conjugal

Na visão do macro gestor a violência que afeta a mulher não deve ser destacada ou priorizada pelo setor de saúde. Em seu depoimento, ele informou que tem atuado em conjunto com outros setores para a implantação de leis que orientem a realização de atividades de promoção da saúde.

“Bom, eu acho que em relação à promoção da saúde é aquilo que as grandes políticas do governo vêm fazendo em relação à violência. Neste momento está em aprovação uma lei e nós também demos o nosso contributo”. (Macro gestor)

Alguns dos gestores, técnicos e também o macro gestor afirmaram que as ações de prevenção da violência, em nível nacional, têm sido feitas com

maior frequência pelos órgãos de comunicação social. O setor de saúde e as unidades hospitalares têm atuado nesse sentido com menor frequência, como ilustra o depoimento:

...“bom no global acho que o presente é das campanhas que ocorrem na sociedade. Agora, do ponto de vista específico para treinarmos o pessoal de saúde, no sentido de identificar este problema, de poder encaminhar, acho que é um aspecto que temos de trabalhar num futuro próximo”. (Macro gestor)

Como afirma Deslandes (1999), a prevenção primária da violência deve ser feita desde o primeiro momento em que a usuária entra em contato com o serviço de saúde, quer seja nas consultas de pré-natal, ginecologia e pediatria, envolvendo grupos comunitários e agentes de saúde. Essa autora discute também a possibilidade dessas ações a partir do banco de urgência, por ser a porta de entrada para os casos de violência e o único momento em que algumas pessoas manterão contato com o profissional de saúde.

As ações de prevenção apontadas pelos gestores e técnicos como possíveis de serem efetuadas nos serviços de saúde são: os fóruns de debate, entre profissionais do serviço e palestras onde é focado o tema da violência contra a mulher, a conscientização dos direitos da mulher no sentido de educar, orientar, tanto em grupos como individualmente, ajudando na compreensão das relações afetivas e conjugais.

Gestores e técnicos que atuam na maternidade informaram que ações de prevenção da violência ocorrem diariamente, no momento em que as mulheres vão para a consulta de pré-natal ou de ginecologia e para a realização de exames complementares. Nessa oportunidade, os cônjuges

também participam das palestras realizadas por enfermeiros e assistentes sociais, nas unidades em que esse profissional se faz presente.

“... tem havido palestras às mulheres incentivando, caso haja situações desse gênero, que elas recorram às autoridades, que elas não se fechem, que falem”. (Técnico 1)

“... explicar às mulheres quais são os direitos, o que é uma violência, quando é violentada o que é que a mulher deve fazer. As mulheres pelo menos agora estão informadas vão para a OMA (Organização da Mulher Angolana) que tem tido um papel muito importante na resolução da violência conjugal”. (Técnico 2)

Percebe-se que esses profissionais abordam questões importantes para o trabalho educativo, que é possível realizar no serviço de saúde orientação às mulheres acerca dos recursos legais aos quais podem ter acesso para buscar proteção e enfrentar a violência conjugal. As ações de promoção da saúde são desenvolvidas nesta mesma vertente.

É importante destacar que, para os profissionais que atuam nas outras unidades hospitalares (referência para queimados e hospital geral), a abordagem da mulher vítima de violência conjugal parece se restringir ao atendimento clínico dos traumas físicos e psicológicos e ao encaminhamento e orientação para as questões legais, ou seja, de punição ao agressor. Muitos não assumem a responsabilidade de atuar nessa situação acionando a rede de proteção social, encaminhando para o atendimento familiar e para terapia de família, quando for o caso, realizando o registro da situação de violência que gerou a lesão. Atribuem esse papel ao psicólogo e ao assistente social. Essa realidade também foi verificada em pesquisas realizadas no Brasil entre

profissionais que atuam no serviço de emergência (Bispo, Almeida, Diniz, 2007).

Um dos gestores entrevistados é de opinião que a lei contra a violência doméstica, em discussão e em fase de aprovação no país, permitiria a implementação de treinamento para os profissionais sobre violência. Esses treinamentos seriam organizados pela direção pedagógica dos hospitais, setor responsável pela capacitação dos profissionais. Com essa lei, o setor saúde passaria a assumir a questão da violência como um problema de saúde. Além disso, estão na agenda de trabalho para a aprovação da lei assuntos referentes à tutela dos bens patrimoniais comuns dos conjuges, os casamentos tradicionais forçados e a tipificação da violência doméstica como crime público.

Alguns profissionais aproveitaram a oportunidade da entrevista realizada na presente pesquisa, para refletir sobre futuras realizações relacionadas a essas atividades, no sentido de dar alguma resposta a esta questão, de modo a superá-la.

Outra questão importante no atendimento às mulheres vitimizadas é a cooperação intersetorial que foi referida pelos gestores e técnicos dos serviços investigados como possibilidade de atuação do setor saúde diante dos casos de violência conjugal, assim como as ações de prevenção e promoção da saúde, a sensibilização e conscientização da família são consideradas ações que podem evitar ou diminuir o número de casos que têm chegado às unidades de saúde.

Alguns gestores são de opinião que é necessário mobilizar recursos humanos, materiais e financeiros do setor saúde para as políticas nacionais e as unidades hospitalares, a fim de dar resposta a esse fenômeno. Um gestor

referiu que seria imperioso trabalhar com as mulheres economicamente mais afetadas, que dependem dos maridos, no sentido de conseguir meios de trabalho para elas junto a outros Ministérios.

Gomes et al (2009) corroboram tais ideias de que o setor saúde deve articular-se com os diferentes setores, como a segurança pública, justiça e trabalho, e atuar com a sociedade civil em redes integradas de atendimento.

Na opinião de um dos técnicos o resgate dos valores morais não é somente tarefa do setor saúde. É um trabalho multisetorial que deve ser feito em conjunto com os Ministérios da Família e da Educação com a introdução de disciplinas nos inventários escolares.

“... a partir dos valores morais, a conscientização dessa parte levamos a ser mais flexíveis, quando nós temos alguns valores sociais aceitáveis às pessoas tendem a ser mais flexíveis e daí menor será a violência”. (Técnico 6)

Essa multisetorialidade para abordar o tema também foi referida por um gestor entrevistado que destacou os órgãos de difusão massiva (TV, rádio e jornais escritos) como meio de educação das populações no sentido de se evitarem os atos de violência contra a mulher, inculcando a esses meios de comunicação a responsabilidade pela educação da população. O depoimento a seguir ilustra essa questão:

“Os órgãos de difusão massiva é que têm mesmo o dever primordial para poder levar toda essa informação no sentido de educar a população”. (Gestor 6)

O macro gestor, os gestores e técnicos entrevistados reconheceram que os serviços não estão organizados para receber os casos de violência no que diz respeito ao atendimento especializado para o tratamento das vítimas.

“... precisa de encontrar a estrutura de saúde, os hospitais organizados para responder à situação, penso que é um desafio grande que o setor tem.” (Gestor 5)

Todos os sujeitos da nossa pesquisa afirmaram que o setor saúde deve mobilizar recursos humanos, materiais e financeiros para que os casos de violência que chegam às unidades de saúde sejam tratados com a devida atenção que o problema requer. Concordam também que diante desse problema da violência conjugal o setor é responsável pela educação da população por meio de palestras, tanto nas unidades de saúde de atenção primária como nos hospitais de nível terciário.

Assim como ocorre em Angola, também em outros países o problema da violência ainda se defronta com as barreiras de atendimento às vítimas no que concerne à falta de estrutura do sistema, a falta de profissionais suficientes e o tempo limitado de abordagem à vítima (Ferrante et al, 2009).

Os gestores e técnicos confirmaram não terem sido capacitados para receber, tratar e encaminhar os casos de violência conjugal que dão entrada nas suas unidades de saúde e reforçaram a necessidade de um treinamento voltado especificamente para esses casos. O depoimento a seguir ilustra essa questão:

“... melhorar as condições nos nossos tempos de saúde, capacitação... as pessoas têm que ter mais conhecimento, há

muita gente que tem o curso de saúde, mas não estão a trabalhar.

Ter mais pessoal...”. (Técnico 6)

Ferrante et al (2009), referiram a importância da qualificação de outros profissionais, para além dos médicos, propiciando uma atenção multidisciplinar com uma escuta mais atenta e acolhedora.

CAPÍTULO 3

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação é fruto de uma caminhada que teve início na licenciatura, quando foram investigados vários casos de mulheres vítimas de violência conjugal no município de Kilamba Kiaxi, Luanda, Angola. Desta feita, procurou-se dar voz aos profissionais que recebem e tratam essas mulheres em serviços hospitalares de Luanda, Angola, buscando identificar suas percepções em relação a esta intrincada e complexa questão.

Entre os achados constatou-se que as percepções dos profissionais sobre violência conjugal contra mulher incluem variadas formas de violência: física, psicológica, sexual e espiritual. Dentre as formas de violência sofridas, os profissionais destacaram a violência física como a mais visível e a psicológica que, em geral, acompanha o abuso físico. Essas visões e depoimentos expressam e foram discutidas à luz dos papéis e das relações hierárquicas de gênero que, por sua vez, constituem relações assimétricas de poder e, por conseguinte, violentas.

Os profissionais tem clara percepção de que a violência é um problema de saúde pública que afeta a saúde dos membros da família e de todos os que convivem com ela. Para eles, a violência conjugal acarreta várias consequências para a saúde física, sexual e psicológica da mulher. Para a mulher grávida, essa situação gera transtornos psíquicos como depressão considerada como problema sério de saúde pública. No entanto, eles nem sempre abordam nem são orientados para atuar junto a toda gama de atores envolvidos nestas tragédias familiares (a mulher, os filhos e menos ainda junto

ao agressor). Esse último, raras vezes é abordado e quando isso é feito, assume-se uma visão punitiva, dando ao caso, na maioria das vezes, um caráter policialesco, demonstrando assim que para eles a violência intrafamiliar ainda está prioritariamente associada ao âmbito policial e judicial, crendo que é nessas instâncias onde se devem resolver tais problemas. Estão conscientes de que a violência afeta a saúde da família, mas reconhecem que não há uma política de saúde em Angola que norteie a atenção em relação a esses casos. Em última instância, viu-se que profissionais e gestores creem que a violência contra a mulher é um problema da sociedade em geral, mas que em Angola ainda há necessidade de ampliar este debate, elevar a conscientização e sensibilização sobre a temática e inseri-la na agenda do setor saúde.

Observou-se que os psicólogos estavam mais sensibilizados que seus colegas de outras especialidades para uma abordagem mais apropriada em relação aos casos de mulheres em situação de violência conjugal. Essa sensibilização foi também mais visível entre os profissionais entrevistados na maternidade.

Outra conclusão a que se chega a partir desta pesquisa exploratória é que os profissionais apresentam uma visão ainda extremamente carregada de preconceitos fundamentados na suposta superioridade masculina, atribuindo ao homem uma condição de dominação, e identificam a mulher como frágil e desprotegida. É bom ressaltar que tais visões são bastante atuais na sociedade angolana e pode-se argumentar que essa situação é, em grande parte, determinada pela condição social, cultural e de dependência econômica da mulher no interior da mesma.

Os discursos dos entrevistados se pautaram na possibilidade dessas mulheres serem economicamente independentes, participando da força de trabalho para, de um lado, se libertarem do homem e não aceitarem qualquer tipo de violência. E, por outro lado, de melhorar a relação conjugal, reconhecendo que as desigualdades entre homens e mulheres definidas pelas relações assimétrica de gênero funcionam como um dos fatores que determina a violência contra a mulher.

Apesar de reconhecer que não são capacitados para detectar a violência, os profissionais têm identificado os casos, muitas vezes pelo relato das próprias mulheres, outras pela presença de lesões físicas sugestivas de violência, mas também pela experiência pessoal e pelo bom senso. Talvez pela falta de capacitação, eles não entendam as razões que levam as mulheres a omitir as situações de violência, não considerem a violência como uma questão de saúde, no seu sentido ampliado, e atuem focalizando apenas as lesões físicas, sem contemplar a subjetividade e a complexidade dessas situações.

Diante destes achados se propõe um modelo de atenção mais integral para que se possa abordar as mulheres vítimas de violência conjugal, diagnosticar esses casos, atender de forma integral com equipe multidisciplinar e, sempre que necessário, encaminhar as mulheres nessas situações para as demais unidades da rede de atenção e de proteção existentes.

Do ponto de vista do fluxo do atendimento, relataram que as vítimas são recebidas no banco de urgência passando pela triagem, onde se faz a anamnese. Segundo eles, não existem protocolos para atender os casos de violência que possam orientar os profissionais no tratamento e encaminhamento das vítimas, apenas se faz o registro dos dados do paciente e

da ocorrência, mas não se dá visibilidade à violência que gerou aquele trauma ou problema que requereu a busca pelo serviço de saúde. A atuação dos profissionais diante de uma mulher vítima de violência conjugal se concentra na forte tendência para tratar as lesões físicas, estimular a denúncia à polícia e encaminhar ao psicólogo. Na visão dos entrevistados a violência diz respeito apenas a outros profissionais, como o assistente social e o psicólogo, e ao setor jurídico.

A falta de alguns profissionais no serviço é apontada como a principal dificuldade para o atendimento integral e o encaminhamento das vítimas. Algumas unidades hospitalares não contam com psicólogos e assistentes sociais, categorias muito recentemente incorporadas às equipes de saúde em Angola e reconhecidas como essenciais na abordagem da violência contra a mulher. Entre os hospitais estudados apenas um conta com psicólogos e assistentes sociais em seu quadro técnico efetivo, os demais hospitais dispõem de estagiários de psicologia. A ausência desses profissionais faz com que os serviços tendam a tratar apenas as lesões físicas, sem contudo, considerar a abordagem mais ampla que esses casos necessitam.

Como em outras realidades, por exemplo no Brasil, a confirmação de um caso de violência conjugal contra a mulher, quando não relatado espontaneamente, é possível graças à relação de confiança, sensibilidade e persistência entre o profissional de saúde e a mulher. O encaminhamento para outros setores de apoio e proteção às vítimas de violência foi pouco referido devido às dificuldades na articulação com os mesmos. No caso angolano, existem equipamentos sociais vinculados aos Ministérios da Família e Promoção da Mulher, da Reinserção Social, e à Organização da Mulher

Angolana que protegem as mulheres vítimas de violência, mas no setor saúde não existem instituições de referência para prestar uma atenção especializada. O setor saúde precisa se organizar no sentido de dar ao problema uma intervenção intersetorial.

Houve consenso entre os profissionais dos serviços estudados de que a falta de capacitação constitui uma grande dificuldade para lidarem com o caso. Segundo eles, nunca receberam capacitação para isso, e alegam que essa falta de treinamento deve-se também ao fato de não existirem políticas públicas de saúde que orientem suas práticas para este atendimento específico. Acrescentam que o serviço de saúde não faz a promoção da saúde da mulher, nem realiza foruns e atividades de prevenção da violência que se abate sobre ela.

Desse modo, apontam a necessidade de desenvolver ações de prevenção da violência envolvendo os órgãos públicos como o ministério da educação, da juventude e desporto, da cultura, dentre outros; a participação dos meios de comunicação, de entidades representativas da sociedade civil e religiosas, enfim, de toda a sociedade, no sentido de uma ampla participação nesta grande luta. As intervenções com a sociedade devem promover a valorização da vida, incentivar novas formas culturais de resolução dos conflitos, propiciar mudanças de hábitos e costumes culturais enraizados que naturalizam e alimentam situações conflitivas e violentas.

À exemplo do Brasil e de outros países que já contam com políticas de saúde que preconizam a prevenção da violência e a organização dos serviços para atender às suas vítimas, Angola também precisa realizar a sua marcha em direção a esses avanços. É preciso proporcionar maior visibilidade da

importância da mulher na sociedade, dos seus direitos, sua inserção no mercado de trabalho e, ainda mais urgente, desnaturalizar a violência sofrida por elas nas relações sociais, principalmente, na relação conjugal.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem realizado um grande esforço de implementação da sua política de nacional de prevenção aos acidentes e violências, buscando atender os casos, capacitar os profissionais com vistas a um atendimento especializado, criar redes de serviços para atuarem na atenção, notificação e vigilância dos casos, e na promoção de comportamentos saudáveis e livres de violência. Além disso, também tem apoiado estudos sobre o tema. Em Angola, não existem centros de investigação que retratem a violência no país, nem registros estatísticos que elucidem a realidade das violências que acometem os diversos grupos sociais como crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Os estudos feitos por algumas instituições de apoio às mulheres em situação de violência raramente são publicados para o conhecimento da população. Os currículos escolares na área da saúde não integram disciplinas que contemplem esse tema. Concordando com a visão dos profissionais de saúde entrevistados, vê-se que é necessário um novo modelo institucional de atenção às vítimas de violência capaz de oferecer um ambiente acolhedor, equipes multiprofissionais com capacitação para atuar nesses casos, um número suficiente de profissionais para responder a essa demanda.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a elaboração de políticas públicas no setor saúde que respondam a essa questão e que possam ser implementadas ações de prevenção da violência contra a mulher e de promoção da sua saúde. Que este trabalho também sirva de alerta às demais

instâncias e setores sociais, para a constante necessidade de se combater a violência de gênero tão presente na cultura e sociedade angolanas.

Ressalta-se a necessidade de se incluir no atendimento os homens que praticam esse tipo de violência contra suas companheiras, bem como de garantir os profissionais necessários, devidamente capacitados, para atender e ajudar os casais a solucionarem seus conflitos. Para isso, são necessárias mudanças na concepção e na prática dos profissionais de saúde, no que refere à relação terapeuta-paciente. Entre as mudanças deve-se desnaturalizar valores culturais relativos à mulher e à violência, promover uma atenção de saúde em que a mulher usuária dos serviços possam ter uma escuta qualificada, em que se preste atenção a todos os aspectos, além do sintoma, da queixa e da lesão.

Como desdobramentos deste trabalho indica-se a necessidade de aprofundar o conhecimento ouvindo-se as mulheres e os homens envolvidos em relações violentas, buscando investigar como percebem a atuação dos serviços no que diz respeito ao acolhimento e sobre as possibilidades que os serviços lhes oferecem para buscar ajuda nesses casos.

REFERÊNCIAS

- Adeodato VG et.al. Qualidade de Vida e Depressão em Mulheres Vítimas de seus Parceiros. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(1):108-13.
- Almeida MV. Violência conjugal e Álcool (in) existência de uma relação causal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 2009.
- Angola. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Aumento da violência doméstica ou da conscientização? Ministério da Família e Promoção da Mulher, 1999a.
- Angola. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Dados Estatísticos de violência de 2005. Ministério da Família e Promoção da Mulher, 2007a.
- Angola. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Família a favor da aprovação da lei contra a violência doméstica. Ministério da Família e Promoção da Mulher, 1999b.
- Angola. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Plano de Acção sobre a Família. Ministério da Família e Promoção da Mulher, 2007b.
- Angola. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Relatório da implementação da convenção das nações unidas sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres. Ministério da Família e Promoção da Mulher, 2007c.
- Angola. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Dados Estatísticos de violência I trimestre 2006. Ministério da Família e Promoção da Mulher, 2007d.
- Audi CAF et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42(5): 877-85.
- Berger SMD, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: Invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad saúde pública*, 2005; 21(2):417-25.
- Bispo TCF, Almeida LCG, Diniz NMF. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. *Rev Baiana Enferm*, 2007; 21(1): 11-18.
- Blanco P, Ruiz-Jarabo C, Vinuesa LG, Martín-Garcia M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):182-8.
- Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.
- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intra familiar: Orientações para Práticas em Serviço, Brasília 2003.
- Correia MSM, Lopes RLM, Diniz NMF. Reflexões sobre o cuidar de mulheres que sofrem violência conjugal em uma perspectiva heideggeriana do mundo da técnica. *Rev Esc Enferm*, 2001; 35(3): 223-9.

Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" *Cienc saúde coletiva*, 1999; 4(1):81-94.

Diniz NMF, Lopes RLM, Rodrigues AD, Freitas DS. Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. *Acta Paul Enferm*, 2007; 20(3): 321-5.

Ferrante FG et al. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface(Botucatu)*, 2009; 13(31): 287-99.

Fonseca TMG. Psicologia e relações de gênero: o gênero da ciência psicológica. In: Zanella, Siqueira, Lhullier & Malon. *Psicologia e práticas sociais*, 19 ed. Editora Abrapsosul, Porto Alegre, 1997.

Fontana M, Santos SF. Violência contra a mulher. In: REDESAUDE. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001. p.101-128.

Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saude soc*, 2004; 13(2): 89-99.

Gomes NP et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev Enferm*, 2009; 17(1): 14-7.

Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2008.

Grossi K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR (Orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

Heilborn ML. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro, Garamond, 2004.

Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACD. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Esc Enferm USP*, 2008;42(4):744-51.

Kiala PK. Diagnóstico sócio-demográfico de Angola numa perspectiva de integração entre população e desenvolvimento. *Cadernos de População e desenvolvimento*, 1999 ; 7(1): 1-26.

Krug EG et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2002.

Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cienc. Saúde coletiva*, 2009; 14(2): 595-604.

Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*; 2008, 42(3): 467-73.

Matos, M.V. Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher. Monografia. Instituto de educação e psicologia: Universidade do Minho, 2006.

Mendes CHF. Vozes do silêncio: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina. Tese de doutorado. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, 2005.

Minayo M.C.S, Deslandes S.F. Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde Pública*, 1998; 14(1):35-42.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, 1994a; 10(suplemento 1):07-18.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo, Hucitec, 9ª edição, 2006.

Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. Rio de Janeiro, 16 ed, editora Vozes, 2000.

Minfam. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Disponível em <http://www.minfam.gov.ao/PublicacoesTodos.aspx>. Acesso em 14 jun 2010.

Moreira SNT et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev saúde pública*, 2008; 42(6):1053-9.

Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitas. *Rev Saúde Pública*, 2006; 39(3):376-82.

Nascimento EFGA. Fatores determinantes da violência contra a mulher no município do Kilamba Kiayi. Monografia. Universidade Agostinho Neto, Luanda, 2005.

Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*; 2007; 41(4):605-12.

Oliveira EM et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39(3): 376-82.

OMS. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: OMS; 2005.

Reichenheim ME et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(2): 425-37.

República de Angola, Ministério da família e promoção da mulher, 2006.

Ribeiro JTL. Características gerais da população angolana. *Cadernos de População e Desenvolvimento*, 1999; 7(1): 1-6.

Santos LP. Histórias do corpo negado: uma reflexão educacional sobre gênero e violência feminina. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

Schenker M, Cavalcante FG. Famílias que se comunicam através da violência. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P (Orgs). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro, ed Fiocruz, 2009.

Schraiber LB ET al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*, 2002; 36(4):470-7.

Schraiber LB et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*, 2003; 7(12): 41-54.

Schraiber LB, D'Oliveira AF. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Rev.saúde Pública*, 2007;41(3):359-67.

Schraiber LB et al. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42(suppl.1): 127-137.

Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19(suppl.2): S263-S272, 2003.

Silva MV. Violência contra a mulher: quem mete a colher? São Paulo: Cortez, 1992.

Silva LL et al. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)*, 2007; 11(21): 93-103.

Soares , B.M. A Antropologia no Executivo: limites e perspectivas. In: Correa, M. (Org.). *Gênero e Cidadania*. Campinas: Pagu/Núcleo de Estudos de Gênero – Unicamp, 2002. p. 31-45.

Stuart GL et al. Reasons for intimate partner violence perpetration among arrested women. *Violence Against Women*, 2006; 12: 609-21.

United Nations Children's Fund (UNICEF). Disponível em: http://www.unicef.org/infobycountry/angola_statistics.html. Acesso em 06 jun 2011.

Vieira LB, Pandoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*, 2009; 30(4):609-16.

Zuma CE, et al. Violência de gênero na vida adulta. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P (Org.). *Impatos da violência na saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTAProfissional de serviço de saúde

- 1 - Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha nesse serviço?
- 2 - Que atividades desenvolve aqui?
- 3 - Qual a queixa mais frequente das mulheres que procuram este serviço?
- 4 – Na sua opinião, o que é violência conjugal? O(a) senhor(a) considera que ela afeta a saúde das mulheres?
- 5 - Na sua experiência neste serviço o(a) senhor(a) atende mulheres vítimas de violência conjugal? Como esses casos são identificados?
- 6 – Que tipo de violência conjugal é mais frequente neste serviço? (sexual, física, psicológica, econômica, outra)
- 7 – Ao identificar um caso de mulher que sofre violência na relação conjugal que procedimentos o(a) senhor(a) costuma adotar? (orienta, encaminha, exames, registra no prontuário, comunica a algum serviço/instituição)
- 8 – Que aspectos favorecem ou dificultam a atuação dos profissionais deste serviço para lidar com essa questão?
- 9 – Este serviço desenvolve alguma ação de prevenção da violência contra a mulher? E de promoção da saúde que aborde esse tema? Quais?
- 10 – Com que recursos este serviço conta interna e externamente para atuar em relação à violência conjugal contra a mulher? (profissionais, equipamentos, apoio de outros serviços e setores etc)
- 11 – O(a) senhor(a) ou algum profissional deste serviço já recebeu alguma capacitação/treinamento para lidar com a violência contra a mulher?
- 12 – Na sua opinião qual o papel do setor saúde diante da violência conjugal contra a mulher?
- 13 – O que o(a) senhor(a) sugere para melhorar a atenção de saúde à mulher que sofre de violência conjugal?

ROTEIRO DE ENTREVISTAGestor de serviço de saúde

- 1 - Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha neste serviço?
- 2 - Que atividades desenvolve aqui?
- 3 - Qual a queixa mais frequente das mulheres que procuram este serviço?
- 4 – Na sua opinião, o que é violência conjugal? O(a) senhor(a) considera que ela afeta a saúde das mulheres?
- 5 – Este serviço atende mulheres vítimas de violência conjugal? Como esses casos são identificados?
- 6 – Que tipo de violência conjugal é mais frequente neste serviço? (sexual, física, psicológica, econômica, outra)
- 7 – Ao identificar um caso de mulher que sofre violência na relação conjugal, que procedimentos os profissionais deste serviço costumam adotar? E quais são os procedimentos adotados pela gestão deste serviço?
- 8 – Na sua opinião que aspectos favorecem ou dificultam a atuação dos profissionais e dos gestores deste serviço para lidar com essa questão?
- 9 – Este serviço desenvolve alguma ação de prevenção da violência contra a mulher? E de promoção da saúde que aborde esse tema? Quais?
- 10 – Com que recursos este serviço conta interna e externamente para atuar em relação à violência conjugal contra a mulher? (profissionais, equipamentos, apoio de outros serviços e setores etc)
- 11 – Este serviço já promoveu ou apoiou alguma capacitação/treinamento para os profissionais lidarem com a violência contra a mulher?
- 12 – Na sua opinião qual o papel do setor saúde diante da violência conjugal contra a mulher?
- 13 – O que o(a) senhor(a) sugere para melhorar a atenção de saúde à mulher que sofre de violência conjugal?

ROTEIRO DE ENTREVISTAMacrogestore do Ministério da Saúde

- 1 - Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha neste serviço?
- 2 - Que atividades desenvolve aqui?
- 3 – Na sua opinião a violência contra a mulher é um problema de saúde pública?
- 4 – Na sua opinião, o que é violência conjugal? O(a) senhor(a) considera que ela afeta a saúde das mulheres?
- 5 – Na sua opinião que aspectos favorecem ou dificultam a atuação dos profissionais de saúde para lidar com esse problema?
- 6 – Quais os principais desafios para o setor saúde lidar com esse problema?
- 7 – Como o setor saúde está estruturado e organizado para atender às mulheres que sofrem violência conjugal?
- 8 – Este setor desenvolve alguma ação (programa, política) de prevenção da violência contra a mulher? E de promoção da saúde que aborde esse tema? Quais?
- 9 – Com que setores internos e externos este Ministério se articula para atuar em relação à violência conjugal contra a mulher? (profissionais, equipamentos, apoio de outros serviços e setores etc)
- 10 – Na sua opinião qual o papel do setor saúde diante da violência conjugal contra a mulher?
- 11 – O que o(a) senhor(a) sugere para melhorar a atenção de saúde à mulher que sofre de violência conjugal?