

# Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde

## Violence against women as a health issue: implications for action

Lilia Blima Schraiber y Ana Flávia P L d'Oliveira

Universidade de São Paulo

[liliabli@usp.br](mailto:liliabli@usp.br)

### Resumen

Neste trabalho tratamos da violência contra a mulher como questão da Saúde. Considerando como podem mulheres em situação de violência e profissionais da saúde lidar com o problema, discutimos o caráter interativo das decisões e ações relacionadas ao rompimento com a violência. Examinamos alguns obstáculos das mulheres e dos profissionais nesse sentido, como a ideologia e a cultura da desigualdade de gênero, produzindo a invisibilidade da violência e as implicações disto para as práticas em Saúde. Esse exame apontou a recusa tecnológica dos profissionais como nova e relevante questão, que resulta das necessidades de intervenção próprias do campo da Saúde, embasadas no reconhecimento de situações concretas bem delimitadas, e o fato dos profissionais esperarem uma prática culturalmente mais adequada como tecnologia para intervenção. Conclui-se que a pesquisa pode produzir dados nessa direção e subsidiar intervenções mais compatíveis com o campo, atuando nessa recusa tecnológica.

**Palabras clave:** Violência de Gênero; Violência contra a mulher; Violência e Saúde; Saúde da Mulher

### Abstract

*In this article we treat violence against women as a health issue. Starting with an account of just how it is that health professionals, and women who are the victims of violence, cope with their situation, we explore the interactive nature of the decisions and actions available to them. We examine some of the obstacles they face in bringing violence to an end: specifically, the constraining force of ideology, and the culture of gender inequality, both of which render violence invisible, and mask its implications for health practices. We identify technology-based denial caused by the institutional demands of the health professions. Our conclusion is that research can provide relevant data, and support interventions which will help overcome this technological denial.*

**Keywords:** Gender Violence; Violence against women; Violence and health; Women's Health

Muitos estudos dedicam-se a investigar as histórias das mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, bem como suas trajetórias de vida, de relacionamentos afetivo/sexuais e de conjugalidade. São pesquisas voltadas para a compreensão de quando e como as mulheres ingressam em relações de

conflitos e situações de violência. Muitos deles ressaltam a grande dificuldade dessas mulheres em relatarem tais situações. Este dado de que as mulheres não contam ou não falam sobre o que estão passando, tem sido muito apontado pela literatura (Heise et al, 1999; Schraiber et al, 2005). Constitui uma referência para estudos acerca de como as mulheres lidam com as violências vividas. Por isso, se as mulheres conseguem ou não romper com suas situações de violência está relacionado, nesta primeira referência, a se conseguem ou não romper com o silêncio que as cerca e dar visibilidade social a essa questão.

De outro lado, estudos realizados no interior de serviços de saúde, especialmente junto aos profissionais que compõem as equipes de trabalho, apontam para o fato de que os profissionais raramente perguntam (Sugg & Innui, 1992; Ângulo-Tuesta, 1997; Schraiber et al., 2005), mesmo quando suspeitam que sua paciente está passando por situações de violências ( Kiss, 2004; Schraiber et al., 2005). Daí a constatação comum desses estudos de que não há nos serviços, sobretudo os de saúde, diagnóstico sobre tal situação. Indagados, freqüentemente os próprios profissionais alegam que as mulheres, que seriam as principais interessadas nessa revelação, não o fazem, deixando de colocarem a violência que vivem como parte de suas demandas ao serviço. Não lhes ocorre perguntar antes que a mulher o revele ou mesmo independente dessa revelação, pois não compreendem que isso faça parte de suas atribuições assistenciais e quando ocorre algum relato, se o acolhem o fazem mais em caráter pessoal do que como parte de seu escopo profissional (Kiss, 2004). Assim sendo também os profissionais dos serviços terminam por reforçar a noção de que o principal personagem para que a violência seja abordada é a própria mulher.

Contudo, a violência como problema a ser enfrentado, e não apenas mas também pelo campo da Saúde, não depende exclusivamente de um dos pólos da relação assistencial, ou seja, da mulher exclusivamente. Do mesmo modo que outros problemas em saúde, do diagnóstico ao afazer assistencial, enfrentar a violência vivida pela mulheres é uma questão que depende da relação entre profissionais e pacientes (Schraiber, 2001). Tal como aponta o estudo de Sagot (2000), referente à rota bastante difícil e crítica que as mulheres tentam realizar para romperem com a violência, os percursos são tanto estimulados e viabilizados, quanto dificultados e obstruídos pela qualidade das relações estabelecidas entre as mulheres e os apoios que buscam em suas rotas, que são, desta forma, trajetórias cumpridas ou interrompidas com base nas interações com as instituições que encontram. Assim sendo podemos afirmar que um primeiro movimento para romper com a violência será, então, buscar romper com os silêncios e isto também depende fundamentalmente da qualidade desses encontros: se interativos ou não. Como aponta a literatura (Heise et al., 1999), o silêncio da mulher pode ser mantido também às custas das más experiências em revelações anteriores, em que o profissional ou duvidou de seus relatos, não lhe dando crédito, ou a julgou culpada.

Essas atitudes reforçam moralmente a inversão ética a que hoje se assiste em que a vítima é que se torna pessoa indigna. Também reforçam politicamente as desigualdades de gênero em que tanto o homem pode agredir a mulher, em especial quando sua parceira íntima, como lhe é sempre dado crédito de ter um bom motivo para tal, isto é, a violência é aceita como norma de correção de um comportamento da mulher avaliado exclusivamente pelo agressor como comportamento a ser corrigido. É nesse sentido que os silêncios se revestem ideologicamente de significado positivo como comportamento a ser socialmente adotado tanto quanto a violência sofrida de significado punitivo moral, revestindo-se a vítima de sentimentos de vergonha e culpa por tê-la sofrido.

Ademais no caso particular da violência contra a mulher, que é uma situação especificamente referida às relações de intimidade, posto ser seu parceiro íntimo ou ex-parceiro o principal agressor na grande maioria das vezes (Schraiber et al., 2007; Heise et al., 1999; Krug et al., 2002), também o núcleo social mais próximo, como a família ou a comunidade em que a mulher vive, constitui apoio importante e ajuda muito procurada (Schraiber et al., 2005), mas pode se apresentar, ao negar apoios, como mais uma instância confirmatória daqueles sentimentos, da ideologia e desigualdades de gênero.

Deste modo podemos afirmar que os silêncios que cercam a violência contra a mulher são reforçados quer pela própria mulher que a vive, quer pelos profissionais que eventualmente ela procura, quer ainda pelas pessoas em seu contexto social próximo, pois como mostram os estudos já citados, as mulheres evitam falar por medo, sentimentos de vergonha ou culpa pelo ocorrido; os familiares ou vizinhos, porque valorizam seu individualismo e não acreditam que devam se solidarizar com a mulher ou acham que seria intromissão em assunto privado, ou ainda, também por medo; e os profissionais, porque não sabem o que fazer ou não querem se adiantar à mulher. Mesmo nos casos em que os profissionais valorizam o relato, muitos, comparando-se à ação policial, referem não acreditar que sua ação vá ser eficaz, argumentando que tal competência não residiria em seus conhecimentos e habilidades em saúde, tal como mostra Kiss (2004) ao entrevistar 50 profissionais de diversas áreas de atuação pertencentes a 19 serviços de saúde da rede pública em São Paulo.

Para os profissionais da Saúde, nenhuma tecnologia assistencial no campo da saúde parece ser compatível com, e de mesma qualidade técnica que, as tradicionais intervenções sobre os adoecimentos nos quais já atuam. E tendo em geral como marco a terapêutica medicamentosa, esses profissionais da saúde sentem-se pouco à vontade para praticarem outro tipo de ação, isto é, realizarem tecnologias diversas das prescrições de medicamentos (Schraiber, 2001; Kiss, 2004). Tome-se, por exemplo, para ilustrarmos esse sentimento de conforto diante da possibilidade de receitarem potentes medicamentos, o fato de que os profissionais da Saúde são mais aderentes a atuações nos casos em que há amplo protocolo medicamentoso, tal qual ocorre na violência sexual perpetrada por estranhos, em que atuam no combate às doenças sexualmente transmissíveis e HIV-Aids. A maior parte das violências contra mulheres, porém, as violências por parceiros íntimos, ficam fora da abrangência dessas atuações.

Nesse sentido, a invisibilidade da violência, sobretudo no campo da Saúde, é reforçada pelo que podemos chamar de 'recusa tecnológica', pois a violência nas representações e concepções dos profissionais do campo, ou não possui tecnologia na saúde, ou quando há propostas nessa direção (Schraiber et al., 2005), como o são as recomendações de escuta e orientação para a tomada de decisões compartilhadas com as mulheres sobre as rotas para lidarem com a violência, tal assistência não lhes parece da Saúde: nem tão boa, nem tão competente como as demais intervenções desse campo.

Cabe aqui examinarmos melhor essas representações de tecnologia e de eficácia na intervenção que está aderida ao campo da Saúde, pois compreender o sentido da produção científica nesse campo, quais objetos são tidos como a ele pertencentes e sob qual modelo de ciência se faz a produção de seus conhecimentos, será essencial para a proposição das intervenções apropriadas. Portanto, entendemos a violência como um evento sobre o qual a Saúde deve investigar e atuar desde sua própria perspectiva científica e assistencial, produzindo contribuições nas três esferas de atuação que lhe são características: a assistência terapêutica aos casos, a prevenção e a promoção. Assim afirmamos que

não só os impactos da violência são de competência do campo, como muitos de seus profissionais acreditam, senão a violência mesma.

Este ponto de vista que situa a violência no interior da Saúde e em especial da Saúde Pública (ou Saúde Coletiva, no Brasil) é de grande relevância e muito convergente com a própria emergência e consolidação desse campo. Isto porque o campo da Saúde Coletiva, desde sua criação nos anos 1970, sempre esteve alinhado, ética e politicamente, com os movimentos de luta por maior equidade social, entre eles o movimento feminista. Disso resultou um grande envolvimento do campo científico com a prestação de serviços médicos e sanitários à população, formulando-se o princípio da Integralidade em Saúde. Este princípio pretende articular todas as esferas de atuação no campo, assim como articular a produção do conhecimento com a assistência prestada junto aos serviços de saúde, e, ainda, oferecer ao conhecimento médico a possibilidade de interação interdisciplinar com as ciências do Social e a Filosofia. O propósito foi produzir saberes críticos à redução biomédica na interpretação dos problemas de saúde operada pelo conhecimento estritamente médico, o que reforçou a perspectiva feminista de abordar a mulher como cidadã e sujeito pleno de direitos, tal qual formulado no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984 pelo Ministério da Saúde.

No entanto, se esse Programa avançou do ponto de vista dos direitos humanos e em especial os direitos reprodutivos das mulheres ao reorientar seus protocolos de saúde reprodutiva, na questão da violência apenas a partir do final dos anos 1990 é que se produzem mais intensamente políticas e programas assistenciais, com tecnologias de atuação para os profissionais pouco delimitadas. Com isto queremos dizer que aos avanços já existentes quer legais, quer da proposição de serviços assistenciais para mulheres em situação de violência, pouco se somou em termos das competências e dos afazeres desses profissionais.

Ilustra essa questão, por exemplo, o fato de que se a necessidade de um trabalho em equipe multiprofissional, reconhecendo a natureza interdisciplinar do problema violência, já é proposto, quais profissionais comporão as equipes de trabalho, ou quais serão as ações competentes, são questões ainda pouco definidas. Daí valerem-se os profissionais da tradição de terapêuticas medicamentosas, o que acontece, sobretudo, na violência sexual por estranhos, como já referido, ou, ainda, no caso da violência doméstica, por exemplo, o apelo às medicações antidepressivas, ansiolíticas e congêneres como forma de tratar o sofrimento mental decorrente das violências vividas. Também no que diz respeito à organização institucional da assistência a ser prestada, de forma análoga, se já há algum reconhecimento de que a Saúde deva se articular com outros campos em prestação de serviços em rede intersetorial - agregando pelo menos a assistência jurídica, a policial, a psicossocial e os abrigos, quer disponibilizados pelo setor público ou pelo terceiro setor (ONGs) -, de que forma a rede se estabelecerá e com quais fluxos comunicativos entre os setores são ainda questões pouco trabalhadas.

Tradicionalmente operando na sociedade como um setor muito autônomo e independente dos demais, para os profissionais da Saúde a questão tende a se apresentar como uma opção entre modos polares e excludentes: ou a violência passa a ser uma questão sua ou é de outros setores, como a Justiça ou a Segurança Pública. Considerar competências e responsabilidades compartilhadas não está ainda no horizonte do nosso campo, e talvez, nem para os demais setores.

Agrava-se o quadro pelo fato de ter o campo da Saúde exigências muito peculiares em sua intervenção, dificultando que seus profissionais sintam segurança com ações de sentido tecnológico diverso do

construído por seu próprio campo. Relembremos que a Saúde é um campo muito tecnológico e isso não se dá porque tenha muitas tecnologias materiais, tais quais os equipamentos diagnósticos ou terapêuticos e os próprios medicamentos, senão porque seus cientistas orientaram seu modelo de ciência para a produção dessas tecnologias. Quer dizer que são conhecimentos produzidos para uma aplicação bastante imediata, perto de outros campos científicos cuja parte aplicada não é tão imediata. A esses conhecimentos voltados para a intervenção chamamos de **saberes tecnológicos** (Mendes-Gonçalves, 1994) como o são a Clínica, que é conhecimento que guia a ação técnica dos médicos clínicos e dos cirurgiões, ou ainda como o é o conhecimento sanitário que guia os profissionais da Saúde Pública. Esses saberes são originários das Ciências Biomédicas (Anatomia, Fisiologia, Genética, Patologia, Farmacologia, Microbiologia, Parasitologia etc.) e da Epidemiologia, que congrega ciências como a Demografia, a Estatística, a Ecologia, etc.

Os saberes tecnológicos são, pois, formas de mediação entre o conhecimento das ciências básicas e as necessidades técnicas do diagnóstico e da terapêutica dos casos ou do saneamento do meio e das ações preventivas. Estes saberes ajudam a aplicar o conhecimento muito geral, delimitando progressivamente as realidades sobre as quais intervir e definindo o que são e quais são os casos e quais são os fatores a se considerar como responsáveis pelo caso e, portanto, responsáveis também pelo problema que caso traz. São exemplos disso a primazia da lesão na definição do que seja doença e quem se enquadra ou não nessa condição de doente, tal como é feito pela Clínica Anátomo-Patológica e que instaura a redução biomédica para a intervenção dos médicos (Schraiber, 1993), ou similarmente quer a destacada valorização de agentes microbianos como causa de adoecimentos, quer a redução dos contextos sócio-culturais ou econômicos a elementos individualizados e bem delimitados do meio ambiente, entre eles os mencionados agentes, instaurando o controle sanitário moderno (Ayres, 1995).

Estamos diante, então, de uma grande necessidade de identificar e delimitar a realidade empírica, o que é feito mediante a fragmentação e faturação não só do social e do humano, mas também do natural. Chamamos a atenção, de um lado, para essa leitura redutora que é realizada pela Biomedicina e pela Epidemiologia, com suas conseqüentes limitações do conhecimento produzido, mas, de outro lado, para o grande êxito histórico das intervenções daí resultantes.

Fica claro, pois, diante dessas necessidades históricas do campo da Saúde e nas quais estão aculturados seus profissionais, que a violência como questão de intervenção, quer pela invisibilidade que ainda a domina, e que implica exatamente no encobrimento da realidade empírica sobre a qual se quer intervir, quer pela oferta de tecnologias de ação não reconhecidas como tal, acaba por ser vista como problema externo ao campo e ao qual não competiria dar-lhe visibilidade. Eis os conteúdos da recusa tecnológica da violência como questão de saúde.

O desafio do campo será então reconhecer a violência como um **tema complexo**, isto é, interdisciplinar, com o reconhecimento da insuficiência de disciplinas isoladas para estudar e compreender a violência contra a mulher e a necessidade de integrar conhecimentos produzidos por distintas ciências, entre elas as que respondam aos requerimentos tecnológicos da ação em Saúde. Além disso, o desafio também está em reconhecer a violência como **tema sensível**, pois trata de experiências radicais de negação do humano com a violação dos direitos das mulheres e que são vivências mobilizadoras de fortes emoções, revividas em seus relatos assim como produzidas em que escuta.

No âmbito da produção dos conhecimentos, tais especificidades geram para o campo da Saúde necessidades de melhor articular as referências teóricas e conceituais já produzidas, reconhecendo a precedência e a grande contribuição das ciências sociais e humanas, com sua potência em construir saberes aplicados ou tecnológicos, o que significa progressivamente delimitar realidades particulares e concretas, enquanto empíricos precisamente recortados, aos quais a pesquisa científica permitirá explicar em termos dos conceitos mais abstratos que qualificam tais realidades de violência, ou seja, como situações de violação de direitos e de negação de humano. É disto que tratam os conceitos bem desenvolvidos de banalização e naturalização das violências (Schraiber et al., 2008) e que devemos pesquisar na Saúde, aprofundando o conhecimento em termos de realidades empíricas diversas, para podermos conhecer, e posteriormente reconhecer nas práticas de intervenção em saúde, a pluralidade de situações que compreendemos e nomeamos por violência, assim como seus contextos sócio-culturais e desdobramentos em sofrimentos ou danos à saúde.

Há um inegável ganho de conhecimento com a pesquisa dessa diversidade, como nos mostra os resultados de estudo que realizamos em duas capitais brasileiras, São Paulo e Recife, nas regiões sudeste e nordeste do Brasil, respectivamente (Schraiber et al, 2007a). Entre os dados produzidos, evidencia-se o quão distintas são, por exemplo, as realidades de violências vividas por uma mulher em idade reprodutiva quando seu parceiro íntimo é o agressor ou por uma mulher idosa quando seu filho é o agressor, além do quão distintos serão seus caminhos para lidar com essas realidades, cujos acessos ou existência de apoios sociais são muito diferentes entre si, conformando rotas bastante heterogêneas em seu sentido crítico. São situações igualmente de violência no que tange aos direitos e às integridades físicas ou morais dessas mulheres, e ao mesmo tempo, não obstante, tão diversas nos conteúdos particulares e concretos que dão à violência e aos percursos para romper com ela.

Já no âmbito das práticas de intervenção, para o campo da Saúde as especificidades da violência como tema complexo e sensível demandará dos profissionais abordagens diferenciadas nos serviços, com linguagem e saberes novos para orientar suas intervenções. E nesse sentido para os serviços de saúde e seus profissionais romper com a violência ou apoiar a busca das mulheres nesse caminho, passará por:

1. **ver e fazer-ver** a violência, ultrapassando a assistência a casos eventuais por motivação pessoal rumo à organização global do serviço e trabalho em equipe para dar visibilidade aos casos, o que certamente inclui seu registro nos prontuários e documentos institucionais;
2. **desenvolver um agir ético e comunicativo**, valorizando relatos que não são a linguagem da doença ou seus riscos, dando crédito e escuta às narrativas sem julgamento moral e, assim podendo estabelecer relações interativas com as mulheres;
3. **formular e implantar intervenção técnica apropriada**, reconhecendo e adotando um fazer diverso da terapêutica biomédica (medicamentos; especialistas) e valorizando a escuta e a orientação em decisão compartilhada com as mulheres;
4. **propor organização e gestão dos serviços integrativa** da violência como questão, incluindo as ações voltadas para lidar com a violência em fluxo assistencial articulado aos demais atendimentos, tornando-a parte de sua estrutura e funcionamento globais, evitando discriminá-la ou estigmatizar os profissionais que aí atuam, e ao invés, sensibilizar todos os trabalhadores dos

serviços para tal questão, ao mesmo tempo em que se capacita aos que diretamente lidarão com as mulheres em situação de violência

Por meio dessas medidas poderá o campo da Saúde praticar a Integralidade como princípio norteador de suas práticas, ao tempo em que promove o aprendizado de seus profissionais para trabalhar com as emoções e para explicitamente se posicionarem, ética e politicamente, contra todas as formas de violência.

## Referencias

---

- Ângulo-Tuesta, Antonia J. (1997). *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ayres, José Ricardo C. M. (1995). *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Heise, Lori, Ellsberg, Mary & Gottemoeller, Megan. (1999). Ending Violence Against Women. *Population Reports*, 27 (4), 1-43.
- Kiss, Lígia B. (2004). *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Krug, Etienne G., Dahlberg, Linda L., Mercy, James A., Zwi, Anthony B., Lozano, Rafael. (Eds.) (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization.
- Mendes-Gonçalves, Ricardo B. (1994). *Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Sagot, Montserrat. (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso en diez países*. Washington: PAHO Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Schraiber, Líliá B. (1993). *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, Líliá B. (2001). Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*, 51, 104-113.
- Schraiber, Líliá B., d'Oliveira, Ana Flávia P. L., Falcão, Márcia T. C. (2008). Violência e Saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, (submetido).
- Schraiber, Líliá B., d'Oliveira, Ana Flávia P. L., Falcão, Márcia T. C., Figueiredo, Wagner S. (2005). *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Ed. Unesp.

Schraiber, Lilia B., d'Oliveira, Ana Flávia P. L., França-Jr, Ivan, Diniz, Simone, Portella, Ana Paula, Ludermir, Ana B. et al. (2007a). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 41(5), 797-807.

Schraiber, Lilia B., d'Oliveira, Ana Flávia P. L., Kiss, Lígia B., Durand, Júlia G., Hanada, Heloisa, Lago, Tania G. et al. (2007b). *Saúde da Mulher, Relações Familiares e Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas Capitais - Recife e São Paulo* [Caderno de Primeiros Resultados extraídos do Relatório Final de Pesquisa ao CNPq]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina.

Sugg, Nancy K., Inui, Thomas. (1992). Primary care physician's response to domestic violence. *JAMA*, 267 (23), 3157-60.

## Formato de citación

---

Schraiber, Lilia B. y d'Oliveira, Ana F.P.L. (2008). Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital*, 14, 229-236. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/536>



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

**Reconocimiento:** Debe reconocer y citar al autor original.

**No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

**Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)