



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Meloni Vieira, Elisabeth; Hasse, Mariana

Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres
em situação de violência

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, núm. 60, enero-marzo, 2017, pp. 51-
62

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180148881005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência

Elisabeth Meloni Vieira^(a)Mariana Hasse^(b)

Vieira EM, Hasse M. Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):51-62.

The study aimed to know how the professionals working with the assistance of women in violent situation in an intersectorial network perceive the assistance. Thirty interviews were carried out with professionals of the health sector, social work, public security and legal system located in a mid-sized city of São Paulo State, Brazil. Using thematic analysis the results were classified in five categories: How women who suffer violence are perceived? Prejudices of the professionals. How the professionals perceive the assistance they provide? Emotions and feelings of the professional during the assistance. Barriers and progress related to the assistance. There are fragmented and stereotyped perceptions and the need to improve the existing structures, to prepare and to care of the professionals in order to humanize the assistance. To create special services and to invest in prevention is fundamental since there is a huge distance between the public policy proposals and the reality.

Key words: Violence against women. Policies for tackling violence. Work process. Humanization of assistance.

Objetivou-se conhecer como profissionais envolvidos com atenção às mulheres em situação de violência em uma rede intersetorial percebem os atendimentos que fazem. Foram realizadas trinta entrevistas com profissionais de serviços dos setores de saúde, assistência social (AS), segurança pública (SP) e judiciário de uma cidade de porte médio do Estado de São Paulo, Brasil. Pela análise temática os resultados foram sistematizados em cinco categorias: Como são percebidas as mulheres que sofrem violência? Preconceitos dos profissionais. Como os profissionais percebem o atendimento realizado? Emoções e sentimentos dos profissionais no atendimento. Barreiras e avanços em relação ao atendimento. Há percepções fragmentadas e estereotipadas e necessidade de aprimorar a infraestrutura existente, preparar e amparar os profissionais para humanizar os atendimentos. Criar serviços específicos e investir em prevenção é fundamental, pois existe um descompasso entre intenção política de enfrentamento à violência e realidade estudada.

Palavras chave: Violência contra mulheres. Políticas de enfrentamento à violência. Processo de trabalho. Humanização da atenção.

^(a) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14048-900. bmeloni@fmrp.usp.br

^(b) Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem, USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. mhasse@usp.br

Introdução

Embora a violência de gênero seja um fenômeno antigo, só recentemente passou a ser enfrentada com elaboração conceitual e metodológica própria assim como com o desenvolvimento de políticas públicas específicas. Ao final dos anos de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu em vários documentos que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública devido a sua grande prevalência e consequências danosas à saúde. Desde então, diversos estudos - nacionais e internacionais - têm sido desenvolvidos, com um aumento significativo de conhecimentos gerados sobre o tema. Nesse rol estão presentes estudos sobre a prevalência do fenômeno da violência contra mulheres em diversos países e regiões do Brasil, sobre suas consequências e fatores associados à sua ocorrência, ou ainda, sobre a produção do cuidado às mulheres em situação de violência – tema ao qual se refere este trabalho.

A compreensão de que esse fenômeno não é natural e nem um assunto privado exige dos formuladores de políticas públicas um esforço para preparar os serviços para tratar a violência como um agravo de natureza social que produz diversas consequências. Com o intuito de combatê-las, foram tomadas diversas medidas nos últimos anos^{1,2}.

Em 1995 o Brasil ratificou a Convenção de Belém do Pará que reconhece e dá visibilidade aos direitos de meninas e mulheres de viverem sem violência. A convenção define violência contra a mulher como “[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada” e estabelece a toda mulher o direito de viver livre de violência³ (p. 2).

Para dar cumprimento a tal convenção, em 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha) que tipifica a violência doméstica como uma forma de violação dos direitos humanos, oferece penas mais duras aos agressores e maior proteção judicial e policial às mulheres vítimas de violência⁴.

Embora esta lei tenha sido sancionada apenas em 2006, outras medidas já haviam sido tomadas anteriormente como em 2003, quando o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), publicada em 2004. Um dos objetivos foi incorporar entre seus temas prioritários a promoção da atenção para mulheres em situação de violência, organizando redes integradas de proteção, articulando ações de prevenção de agravos e promovendo o empoderamento feminino⁵.

Neste mesmo ano (2003), foi criada a Secretaria de Política Para Mulheres (SPM), com a tarefa de promover igualdade entre homens e mulheres combatendo todas as formas de preconceito e discriminação. O enfrentamento à violência contra as mulheres é uma das três linhas de ação da SPM que, desde sua criação, lançou diversas publicações que discutem, pactuam e orientam sobre o tema, sempre com a perspectiva das desigualdades de gênero e garantia de atenção integrada e humanizada para mulheres em situação de violência⁶.

Uma das publicações da SPM, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, apresenta a articulação de serviços em redes intersetoriais como a estratégia prioritária para lidar com o problema da violência⁷, proposta que tem se mostrado relevante e desafiadora.

Há, portanto, numerosos tratados e documentos que traçam medidas para o combate a violência contra a mulher no país. Sua efetivação depende do trabalho de diversos atores nos âmbitos do governo e da sociedade, da inserção de conhecimentos específicos e novas tecnologias tanto na saúde quanto em outros setores, governamentais e não governamentais. Apesar desses avanços e esforços, o cuidado oferecido à mulher em situação de violência ainda é reportado como precário e insatisfatório^{8,9}.

Grande parte dos estudos sobre redes intersetoriais e violência contra mulheres visa conhecer as práticas desenvolvidas pelos serviços e entender como estes se articulam. Enfoca-se a qualidade da assistência, sua capacidade de responder às demandas das mulheres e a possibilidade de articulação existente. Estudos avaliam existir um despreparo dos profissionais para trabalhar tanto com o tema da violência, quanto em uma perspectiva intersetorial o que faria perdurar um histórico de práticas

preconceituosas e discriminatórias - principalmente nos setores de justiça e segurança pública – que reforçam estereótipos tradicionais de gênero e dificultam a oferta efetiva de cuidados^{10,11}. Meneghel et al.¹² afirmam que, como a maior parte dos serviços não trabalha em uma perspectiva de gênero, acabam por reiterar práticas pouco emancipatórias, prescritivas e normatizadoras que reforçam a manutenção das relações abusivas. Em muitos serviços, a escuta é focada apenas na queixa, gerando a chamada invisibilidade da violência. Isso inibe tanto o acolhimento integral quanto a realização de encaminhamentos responsáveis e efetivos, revelando um descompasso entre a demanda das mulheres e a oferta de cuidados¹⁰⁻¹⁶. A descontinuidade nas políticas públicas reforçaria a fragmentação e despreparo dos envolvidos na produção do cuidado, segundo Schraiber et al.⁹. Haveria muitos encaminhamentos setoriais e para serviços especializados, caracterizando uma 'desobrigação' dos serviços gerais de prepararem-se para atender situações de violência. Isso seria reforçado pelos processos gerenciais pouco comunicativos e que não encorajam a autonomia dos seus profissionais⁹.

Desenvolvemos este estudo com o objetivo de conhecer como os profissionais envolvidos com atenção às mulheres em situação de violência em uma rede intersectorial municipal percebem os atendimentos que fazem. Acreditamos que as informações aqui analisadas possam contribuir para melhorar o atendimento às mulheres em situação de violência.

Este artigo apresenta a resposta dos profissionais dos setores de saúde, assistência social, judiciário e segurança pública às questões: *Como são percebidas as mulheres que sofrem violência? E como os profissionais percebem o atendimento realizado?*, incluindo na análise dados sobre os preconceitos, emoções e sentimentos desses profissionais e as barreiras e avanços em relação ao atendimento.

Método

A pesquisa foi desenvolvida em uma cidade de porte médio do Estado de São Paulo e, para isso, foram mapeados todos os serviços de diferentes setores que prestam assistência a mulheres em situação de violência, assim como seus profissionais. Para cada setor os profissionais foram selecionados por suas diferentes funções visando maior diversidade. O critério de saturação foi utilizado para finalizar a coleta dos dados. Foram realizadas trinta entrevistas com profissionais e gestores de serviços dos setores de saúde (oito entrevistas), assistência social (oito entrevistas), judiciário (dez entrevistas) e segurança pública (quatro entrevistas). Nas entrevistas com os profissionais de saúde foram incluídos médicos e psicólogas de serviços de saúde mental e assistentes sociais de Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS). Também foram entrevistadas psicólogas e assistentes sociais de um serviço especializado no atendimento a situações de violência. As entrevistas com os profissionais do setor da assistência social incluíram advogados, assistentes sociais e psicólogas de um serviço especializado em violação de direitos e de um serviço para a articulação de políticas públicas e atendimento a mulheres. Do setor judiciário foram incluídos juízes, defensores e promotores públicos e psicólogas, e do setor da segurança pública, delegados, escrivães, investigadores de polícia e policiais militares. As entrevistas ocorreram entre julho de 2013 e julho de 2014, e foram realizadas nos locais de trabalho dos participantes, que consentiram em participar assinando ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷. Não houve recusas de participação na pesquisa.

Os dados foram transcritos na íntegra e a análise temática utilizada para as seguintes categorias: 1) 'Como são percebidas as mulheres que sofrem violência?'; 2) 'Preconceitos dos profissionais'; 3) 'Como os profissionais percebem o atendimento realizado?'; 4) 'Emoções e sentimentos dos profissionais no atendimento'; e 5) 'Barreiras e avanços em relação ao atendimento'. As categorias 1 e 3 foram classificadas nos quatro setores estudados, enquanto as outras três discutem as percepções de forma mais geral. As categorias 3 e 5 foram definidas a priori enquanto as restantes são categorias emergentes.

Resultados e discussão

Como são percebidas as mulheres que sofrem violência?

Saúde

A percepção dos profissionais desse setor sobre as mulheres que sofrem violência inclui as seguintes descrições: são pessoas fragilizadas, prejudicadas, que vivem à mercê do companheiro, tem personalidade neurótica e depressão, com alto nível de vulnerabilidade e de risco. São mulheres angustiadas, em sofrimento, que choram muito e estão desequilibradas. Estudos apontam que a violência afeta a saúde e o bem-estar dos envolvidos. Isso faz com que as mulheres em situação de violência sejam usuárias contumazes dos serviços de saúde².

Assistência social

Os profissionais do setor de assistência social descrevem as mulheres em situação de violência como pessoas que chegam aos serviços com grande vulnerabilidade e fragilidade emocional, muito medo e dificuldade em estabelecer vínculos e relações de confiança. Os entrevistados acreditam que esse medo é consequência da impunidade dos autores da violência o que levaria a um sentimento de desproteção nas mulheres. Referem que a vulnerabilidade delas também é econômica e que muitas mulheres são autoras de violência contra crianças, seus filhos.

Judiciário

Há diferentes percepções sobre as mulheres que buscam pelo setor entre os profissionais. Segundo alguns, há aquelas que vivem situações crônicas de violência e somente procuram seriamente por ajuda no judiciário quando seus filhos são ameaçados. Já outros se referem a mulheres que apenas querem o divórcio e não processar o companheiro pela violência, por acreditarem que isso poderia prejudicar seus filhos.

Segurança Pública

Segundo tais profissionais, a maior parte das mulheres que procura por atendimento nos serviços é casada, tem filhos, depende financeiramente do companheiro e, a maioria pertence às classes C, D ou E. Tais percepções correspondem aos dados encontrados em pesquisa sobre fatores associados à violência realizada com mulheres usuárias do SUS no mesmo município, que encontrou maior prevalência de violência em mulheres casadas ou em união estável (66,5%), com companheiros chefes de família (58,2%) e das classes C, D ou E (69,1%)¹⁸.

Além disso, referem que muitas mulheres são mal informadas sobre o funcionamento de uma delegacia de polícia e sobre a função de um Boletim de Ocorrência (BO). Em pesquisa desenvolvida em outro município, profissionais também concordam que as mulheres desconhecem os serviços prestados pela segurança pública, especialmente pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), assim como os procedimentos para formalizar queixas¹⁹.

Preconceitos dos profissionais

Alguns profissionais relacionam violência e pobreza, percepção encontrada em estudo semelhante¹⁹. Porém, segundo outros estudos, em países não desenvolvidos a violência de gênero está associada à pobreza, mas em países emergentes, mulheres que ascendem social e economicamente estão mais expostas à violência por violarem normas de gênero. Assim, mulheres com maior autonomia social e econômica estão mais expostas à violência em determinados países e regiões do país Brasil^{8,18,20}.

Entrevistados também referem haver relação entre violência e uso de álcool e outras drogas, associação que é discutida em diversas pesquisas que afirmam que a violência pode estar associada ao uso do álcool e drogas por um ou ambos os parceiros e não apenas pelo homem^{8,18,20}. No caso das mulheres, o uso de substâncias muitas vezes inclusive, pode ser consequência da violência e não a sua causa¹⁸. Porém, ao contrário dos homens que tem seu comportamento agressivo explicado pelo uso de substâncias, as mulheres que usam álcool e outras drogas são responsabilizadas pela violência vivida.

Existe no discurso de alguns profissionais do judiciário uma generalização de casos como aqueles em que as mulheres são autoras de violência contra homens, situações que são, na verdade, excepcionais. Segundo o Mapa da Violência²¹, nas situações de violência contra mulheres, 43,1% dos agressores são os parceiros ou ex-parceiros. Já em situações de violência contra homens, as parceiras são as autoras apenas em 15% dos casos, sendo os amigos e colegas destaque como fonte de conflitos (27,1%). Há também outras ideias, como a percepção do uso do setor para benefício próprio por meio de mentiras e motivadas por vingança. Isso, segundo os entrevistados, os preocupa, pois gera consequências gravíssimas, tanto para os acusados quanto para as próprias mulheres, que podem ser processadas por dar falsas declarações.

No setor de segurança pública, alguns profissionais responsabilizam as mulheres pelo mau andamento do serviço. Afirmam que, como muitas mulheres que procuram o serviço não sabem se querem efetivamente processar o agressor, eles acabam sobrecarregados, pois não conseguem cuidar dos casos que precisam de ajuda efetiva. Parece haver um *estranhamento*, ou seja, uma falta de reconhecimento de que as mulheres que procuram pelo serviço são aquelas que o serviço deveria atender. Esse discurso promove uma culpabilização da mulher que também foi encontrado em outro estudo que afirma que atendimentos insatisfatórios em delegacias da mulher e violência institucional não são realidade apenas em países de terceiro mundo²². Segundo Hague et al.²³ há relatos de escuta insuficiente, descrédito e pouca proteção mesmo em serviços de países como do Reino Unido. Ainda assim, a polícia ainda é um dos recursos mais utilizados pelas mulheres que buscam por ajuda²³.

Como os profissionais percebem o atendimento realizado?

Saúde

No serviço especializado em situações de violência, a maioria dos atendimentos realizados é para as crianças e os adolescentes, já que priorizam os casos de maior vulnerabilidade e comprometimento. Em decorrência da gravidade de algumas situações, às vezes é necessário abrigar as vítimas ou fazer uma internação social para afastá-las do autor da violência.

Em relação à visibilidade dos casos, os profissionais que atuam em serviços não especializados relatam que há poucas queixas, as pacientes não falam claramente sobre o problema e há dificuldades de revelação. Eles afirmam que as situações de violência são sutis e que apenas os casos mais graves aparecem, principalmente quando há lesões corporais.

Pesquisas realizadas com usuárias de serviços de saúde apontam prevalência de 34,5 a 40,3% de violência física uma vez na vida^{18,24}, números maiores do que os encontrados em estudo com a população em geral, que apontou prevalência de 27,2% de violência física uma vez na vida em São Paulo²⁰, o que confirma a presença dessas mulheres nos serviços de saúde. Devido a isso, pesquisas nacionais e internacionais de políticas públicas para o enfrentamento à violência afirmam que seu reconhecimento é um pré-requisito para o cuidado adequado ser oferecido e, para isso, os profissionais devem estar preparados para perguntar sobre a violência quando identificarem sintomas físicos e emocionais que possam ser associados a ela^{2,25-27}. Segundo tais autores, entretanto, as mulheres estão mais disponíveis para falar sobre o tema do que os profissionais para perguntar, o que faz com que muitos casos sejam descobertos ao acaso, durante avaliações de quadros depressivos e situações de uso repetitivo dos serviços²⁶.

Para os profissionais dos serviços especializados essa invisibilidade tem diferentes motivos. Para alguns, ela é decorrente do despreparo dos profissionais que, por não saberem o quê fazer com os

casos, não os investigam. Para outros, a causa seria a insensibilidade e o pouco comprometimento deles que acabam “fingindo não ver a violência”. Para alguns autores, a racionalidade biomédica, ainda hegemônica nas práticas e no trabalho em saúde, tem se mostrado um obstáculo para a abordagem de temas sociais como a violência^{8,27}.

Alguns entrevistados afirmam que também pode haver negação da violência por profissionais que tenham sofrido ou sofram situações de violência em suas vidas pessoais, o que dificultaria o cuidado do outro. Pesquisa sobre a prevalência de violência entre enfermeiras encontrou taxas maiores do que na população em geral²⁸.

Assistência social

Os profissionais do serviço especializado em violação de direitos, por atenderem muitas situações de violência contra crianças e adolescentes, afirmam que, nesses casos existem grandes chances de também haver violência contra a mulher/mãe.

Há também aquelas que chegam ao serviço com outras queixas e demandas que não a violência, como pedidos de passes e cestas básicas.

Já no serviço específico para mulheres, existe excepcionalmente um trabalho de busca ativa pelas mulheres em situação de violência. Para seu desenvolvimento, foi firmado um convênio com o setor de segurança pública, que repassa mensalmente o contato de mulheres atendidas pela polícia, que são contatadas e informadas pelo telefone sobre a existência e funcionamento do serviço e orientadas sobre seus direitos. As situações atendidas, prioritariamente, são as de violência perpetrada por parceiro íntimo e muitas mulheres precisam solicitar medidas protetivas ou abrigo para ficar em segurança.

Os entrevistados do setor possuem uma visão particular sobre a violência, como se esta tivesse um conceito único e não houvesse naturezas ou determinantes diferentes, o que os faz entender a violência que acomete crianças, mulheres, idosos, e até a violência urbana, de forma semelhante.

Os profissionais entrevistados entendem que seu principal objeto de intervenção é a família, percepção coerente com a natureza da assistência social. Por isso, nos casos de violência contra a mulher utilizam o conceito de violência doméstica e intrafamiliar em que não é possível definir quem é vítima e quem é autor da violência²⁹.

Apesar disso, os profissionais do setor possuem uma visão ampla da necessidade integral da mulher em ser assistida por diferentes serviços e setores, e da importância da intersetorialidade e articulação em rede. Por isso, realizam encaminhamentos responsáveis e procuram acompanhar o percurso das mulheres em busca de cuidado.

Em relação ao atendimento realizado por outros setores e serviços há elogios e críticas. Na saúde, o serviço especializado no atendimento à violência é uma referência reconhecida pelo setor, por cuidar de forma humanizada e integral dos casos que recebem. Há, porém, muitas críticas aos serviços de saúde mental devido à dificuldade de acesso a vagas e à existência de poucas ações preventivas pelos serviços gerais. Em relação à segurança pública e ao setor judiciário, apesar de reconhecerem o esforço que vem sendo empreendido para a melhoria dos serviços, criticam a baixa efetividade das medidas de proteção oferecidas às mulheres.

Judiciário

Os entrevistados dizem atender a mulheres em diferentes situações de violência, mas entendem que os casos que chegam ao judiciário, geralmente são graves. Acreditam que, devido à desinformação quanto ao papel do judiciário, existem mulheres que chegam aos serviços buscando outras soluções para seus problemas conjugais e afetivos.

Para melhorar o atendimento oferecido veem a necessidade da criação de um Juizado Especializado em Violência Doméstica e Familiar Contra Mulheres, recurso recomendado pela Lei 11.340/2006⁴. Segundo eles, além de acelerar o andamento dos processos, tal instituição faria com que houvesse

maior uniformidade no cuidado dos casos, já que prevê uma equipe específica e especializada para lidar com as questões cíveis e criminais decorrentes da violência.

Segundo Pasinato³⁰, a articulação dos três eixos de atuação da Lei Maria da Penha -, a saber, de medidas criminais, de proteção e de prevenção e educação -, depende de certa forma da criação dos juzizados, que devem organizar para que sejam efetivadas. Porém, a autora afirma que não se trata apenas de um problema estrutural, já que os juzizados apenas serão importantes se contar com profissionais comprometidos com a Lei e disponíveis para o diálogo em rede³⁰.

Os entrevistados também acreditam ser importante a criação de serviços de reeducação para autores de violência, igualmente previsto pela Lei Maria da Penha, dispositivo fundamental para cessar a violência. Há autores que afirmam que a reeducação dos homens autores de violência e a construção de novas masculinidades a partir do conceito de gênero e de uma abordagem responsável são fundamentais para evitar a reincidência³¹.

Há preocupação dos profissionais do setor com a humanização do atendimento dentro do próprio setor e esforços em relação a divulgar informações sobre a Lei Maria da Penha e os direitos das mulheres entre profissionais de outras áreas.

Em relação ao atendimento de outros setores, se referem aos serviços de segurança pública e assistência social, com quem tem maior contato, avaliando de forma positiva a atuação de ambos. Apenas se referem ao fato de que há muitos registros de ocorrências, mas poucas representações dos casos pelas próprias mulheres, o que gera algumas dificuldades, compartilhadas com o setor de segurança pública, já que esses casos, segundo afirmam, acabam resultando em processos arquivados ou em absolvição, pois não têm provas suficientes.

Segurança Pública

A maioria dos casos atendidos pelos profissionais da segurança pública é de violência contra mulheres, embora haja alguns casos de violência contra crianças, que os mobilizam fortemente. Baseados nos laudos do Instituto Médico Legal (IML), afirmam que apenas 10% dos casos são graves e que a maioria são casos de agressões leves, ameaças e injúrias. Apenas uma profissional discorda afirmando que “em mulher, nada é leve”, e que o descompasso entre o que veem no serviço e os laudos decorre da demora no atendimento do IML que, quando examina as lesões, já as encontra em recuperação.

Afirmam que muitas mulheres buscam pelo serviço sem saber o que ele oferece, resultando em expectativas não realizadas e frustração tanto dos profissionais, quanto das mulheres - os profissionais, por trabalharem em inquéritos que não vão resultar em processos e, as mulheres, por se verem envolvidas em processos com os quais não concordam e que, muitas vezes, às expõe a mais violência em casa e à violência institucional.

Além disso, alguns referem que há mulheres que não querem processar o marido, querem apenas assustá-lo com o BO para que ele pare com a violência. Estes dados são convergentes com outros estudos que afirmam que processar o marido parece ser o último recurso disponível para as mulheres que, inclusive, não sabem que o registro de uma ocorrência de lesão corporal gerará uma representação automática^{19,22}.

Segundo a Lei Maria da Penha, os casos em que há lesões corporais, são de ação penal pública incondicionada, ou seja, não dependem de representação⁴. Isso ocorre porque o Superior Tribunal de Justiça (STJ) entende que a mulher que sofre uma violência física e comparece à delegacia para denunciar o agressor já está manifestando o desejo de que ele seja punido, razão pela qual não haveria necessidade de uma representação formal para a abertura do processo com base na Lei Maria da Penha³¹.

Os entrevistados percebem o atendimento oferecido pelo seu próprio setor e pelo jurídico como sendo efetivos em proteger as mulheres através das medidas protetivas, mas reconhecem que é preciso aprimorar o cuidado prestado. Para isso, seria fundamental o aumento dos recursos humanos disponíveis. Segundo documento para padronização das delegacias especializadas de atendimento

às mulheres (DEAMs), um município do porte do estudado deveria contar com quatro vezes mais serviços do que os existentes e quase seis vezes mais profissionais para atender de forma adequada à população existente³².

Emoções e sentimentos dos profissionais no atendimento

O atendimento à violência é visto como um trabalho desgastante, que traz muitas dúvidas, sensação de impotência, tristeza e ansiedade. Outras emoções como desconfiança, frustração e desalento também foram citadas além do estresse e medo. Avaliando o trabalho dos outros setores, sentimentos como intolerância e descaso foram citados pelos profissionais quando percebem que algum profissional não sabe lidar com os casos, situações também referidas em outros estudos. Tais pesquisas reiteram que nenhum sentimento positivo é associado ao trabalho com violência, tema que assume uma posição marginal como objeto de intervenção e acaba sendo sempre remetido a campos distintos, em um jogo de empurra-empurra entre os serviços e setores^{8,19}. Outro estudo realizado com profissionais da área da saúde, porém, também encontrou sentimentos positivos, como indignação e empatia diante dos casos atendidos, que indicariam a possibilidade da oferta de um cuidado adequado e atuação pró ativa se os profissionais estivessem melhor capacitados e amparados por uma rede intersetorial efetiva³³.

Barreiras e avanços em relação ao atendimento

Sobre as barreiras para o atendimento, a falta de infraestrutura, principalmente de recursos humanos, é um dos problemas mais comuns citados pelos profissionais. Tais referências foram encontradas em estudo que afirma que o aprimoramento do atendimento às situações de violência passa pela melhoria das condições de trabalho, como maior número de funcionários e estrutura adequada¹⁹.

A dificuldade com infraestrutura nas DDM/DEAMs é uma realidade em todo o país segundo Osís et al.²⁵, que afirmam que apenas 2,9% das DEAMs do Brasil possuem salas para exames, 17,7% possuem salas de espera específica para autores de violência e apenas 12,9% funcionam 24 horas.

A inexistência de um local em que todos os serviços possam ser oferecidos, o que segundo os profissionais evitaria que as mulheres entrassem na chamada rota crítica, também é entendida como uma barreira, percepção encontrada em outra pesquisa semelhante¹². Um estudo³⁴ desenvolvido em serviço que oferece atendimentos múltiplos em um único local, porém, mostrou que apenas compartilhar um espaço, não é o suficiente para garantir um atendimento integral, uma vez que este não é capaz de eliminar todas as situações e razões que obstaculizam às mulheres uma vida sem violências.

A dificuldade no estabelecimento de fluxos de atendimento entre os serviços dos diferentes setores é identificada como uma barreira. Segundo alguns documentos e estudos criar esses fluxos é fundamental para o trabalho em redes. Mas além da ausência de rotinas definidas, afirmam que há um desconhecimento sobre o tema e indisponibilidade dos profissionais envolvidos nas redes intersetoriais para que estes fluxos sejam construídos^{22,25,35,36}.

Outro aspecto identificado como uma barreira segundo alguns entrevistados, é o despreparo para lidar com o tema da violência, que gera tanto dificuldade em identificar os casos quanto em lidar com as situações. Assim, o bom atendimento ainda depende da boa vontade dos profissionais que não têm acesso à formação adequada nem durante suas formações acadêmicas e nem em serviço^{25,27,32,37}. Segundo Garcia-Moreno et al.², porém, treinamentos isolados e disseminação de informação são pouco eficazes para promover mudanças efetivas na capacidade de atendimento.

Assim, em alguns serviços, os entrevistados reconhecem que seria necessária uma supervisão de profissionais de saúde mental para que atendessem melhor aos casos. Estudos^{37,38} indicam que, apesar de não ser uma atividade exclusiva de profissionais de saúde mental eles podem contribuir com a condução dessas atividades por possuírem uma formação e recursos para lidar com sofrimento

emocional e afetos implicados nas relações de cuidado. Essa supervisão deve remeter à discussão da dinâmica familiar/conjugal violentas e à reflexão e consciência das próprias concepções e valores de gênero.

O modelo de atendimento à violência, predominantemente paternalista e de vitimização da mulher, também é visto como um problema. Isso ocorre segundo os profissionais por serem pouco emancipadores, não promoverem reflexão, possibilidades de escolha e independência da mulher, percepção corroborada por outro estudo¹⁹.

Por fim, há a questão dos poucos trabalhos preventivos desenvolvidos. Os profissionais acreditam que, se chegam tantos casos aos serviços especializados, é porque a prevenção não está sendo efetiva e, se não for realizada, nunca haverá serviços suficientes. Assim, o papel de prevenção, especialmente desenvolvida pelos setores de educação, saúde e assistência social, que oferecem serviços básicos e estão em contato com a comunidade, é fundamental e deve ser priorizado^{19,39}.

Em relação aos pontos de avanço, os profissionais identificam alguns aspectos nos últimos anos. Segundo afirmam, hoje há maior visibilidade e sensibilidade, assim como maior humanização no atendimento dos serviços disponíveis. Estudos reforçam a percepção de que existe uma disposição dos profissionais para que haja respostas positivas às situações de violência entre profissionais de saúde e segurança pública^{25,33,39}. De maneira geral a Lei Maria da Penha é vista pelos entrevistados como um grande progresso para o direito das mulheres, percepção que também encontra eco em outros estudos⁴⁰.

Considerações finais

Há similaridades de percepções sobre as mulheres entre os profissionais da assistência social e da saúde, que as veem como vítimas da violência (vitimização), enquanto os profissionais da justiça e segurança pública tendem a percebê-las com base em outros estereótipos da mulher na sociedade.

Essas visões estereotipadas estão provavelmente muito mais relacionadas às características das demandas que chegam aos serviços e às suas vocações assistenciais do que as mulheres reais que atendem. Pode-se considerar que existe uma fragmentação nessas percepções, que enxergam apenas a demanda. Tais percepções podem estar relacionadas à alienação gerada pelo trabalho, que não permite que cada caso seja visto individualmente e proponha uma reflexão sobre as necessidades reais das mulheres. A questão da humanização reaparece aqui com a necessidade do reconhecimento do outro como sujeito de direitos. Essas percepções também ficam mais claras quando se revelam os preconceitos em relação à violência e o *estranhamento* produzido nos locais de atendimento. Segundo Gomes et al.⁴¹ estas questões relacionam-se a desumanização produzida pela alienação no processo de trabalho.

A invisibilidade da violência ainda é um desafio para profissionais de serviços não especializados da assistência social e saúde, que não diferenciam entre os determinantes sociais dos diferentes tipos de violência. Essa diferenciação seria fundamental para a compreensão da violência contra a mulher como um fenômeno relacionado às questões de gênero que poderia permitir que os preconceitos não fossem reproduzidos no atendimento.

Há o reconhecimento que é preciso humanizar os atendimentos, melhorar a infraestrutura além de criar alguns serviços especializados, principalmente àqueles previstos em lei (vara especializada, centro de referência e serviço de reeducação dos autores de violência). Além disso, programas de prevenção de violência, também previstos pela Lei Maria da Penha são urgentes para se trabalhar com as causas da violência e não apenas com suas consequências.

Percebe-se que o conhecimento dos profissionais sobre outros serviços, que não os próprios, são parciais e não há fluxograma estabelecido e trabalho coordenado em rede^{22,25,34}. Este desconhecimento pode gerar o isolamento e facilitar a 'rota crítica', ou seja, a mulher pode ser encaminhada para locais onde não encontrará respostas para sua demanda. A integração de um trabalho intersectorial necessita primeiramente de um diálogo inicial entre os serviços para que possa haver comunicação.

Há um reconhecimento sobre a importância e necessidade de preparo para lidar com o tema e sobre o despreparo que possuem, tanto de informações quanto emocional, mas apesar disso vários setores não adotam a prática de atualização de conhecimentos sobre o tema ou supervisão para discussão de casos.

Kiss et al.³⁵ apontam que na saúde ainda existe um grande descompasso entre intenções políticas e o agir profissional, afirmação que pode ser estendida a outros setores nos quais também encontramos práticas prioritariamente baseadas em uma racionalidade técnico-científica e dificuldade de integrar perspectivas de gênero e promoção de direitos no planejamento e implementação das lógicas de cuidado.

Colaboradores

Elisabeth Meloni Vieira concebeu o artigo, analisou e discutiu os resultados. Mariana Hasse discutiu os resultados e a análise dos dados. As duas autoras participaram da revisão final do artigo.

Referências

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, ZWI AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002; 360(9339):1083-8.
2. Garcia-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Kaziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015; 385(9977):1567-79.
3. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Belém: Organização Pan-americana de Saúde; 1994.
4. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 8 Ago 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): MS; 2011.
6. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Política para Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF); 2013.
7. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Política para Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF); 2011.
8. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(3):1943-52.
9. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersectorial. *Athenea Digit*. 2012; 12(3):237-54.
10. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(1):249-58.

11. Tavares MS. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Rev Estud Fem*. 2015; 23(2):547-59.
12. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(4):743-52.
13. Santos CM. Curto-circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. *Rev Estud Fem*. 2015; 23(2):577-600.
14. Barbosa LB, Dimenstein M, Leite JF. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Av Psicol Latinoam*. 2014; 32(2):309-20.
15. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saude Soc*. 2014; 23(3):778-86.
16. D'Oliveira AFLP, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersectoriais de atenção. *Rev Med (São Paulo)*. 2013; 92(2):134-40.
17. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas e testes com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.
18. Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(4):730-7.
19. Villela W, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude Soc*. 2011; 20(1):113-23.
20. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludemir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(2):299-310.
21. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012 - atualização: homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos – Cebela, FLACSO; 2012.
22. Presser AD, Meneghel SN, Hennington EA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saude Soc*. 2008; 17(3):126-37.
23. Hague G, Mullender A. Who listens?: the voices of domestic violence survivors in service provision in United Kingston. *Violence Against Women*. 2006; 12(6):568-87.
24. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JB, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(3):359-67.
25. Osis MJD, Pádua SK, Faúndes A. Limitações no atendimento, pelas Delegacias Especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. *BIS Bol Inst Saude*. 2012; 14(3):320-8.
26. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss LB, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12):41-54.
27. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc*. 2011; 20(1):124-35.
28. Oliveira AR, D'Oliveira AFPL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo – SP. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(5):868-76.
29. Lisboa TK, Pinheiro EA. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. *Katylisis*. 2005; 8(2):199-210.
30. Pasinato W. Lei Maria da Penha: novas abordagens sobre velhas propostas - onde avançamos? *Civitas*. 2010; 10(2):216-32.

31. Campos CH, organizador. Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2011.
32. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Políticas para Mulheres. UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crimes. Norma técnica de padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs. Brasília (DF); 2010.
33. Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professional. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(3):681-90.
34. Costa DAC, Marques JF, Moreira KAP, Gomes LFS, Henriques ACPT, Fernandes AFC. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(2):302-9.
35. Kiss LB, Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):485-501.
36. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Políticas para Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (DF); 2011.
37. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(4):1037-50.
38. Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulher em situação de violência. *Rev Estud Fem*. 2010; 18(1): 33-59.
39. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saude Debate*. 2014; 28(102):482-92.
40. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(3):691-700.
41. Gomes RM, Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):339-50.

Vieira EM, Hasse M. Percepciones de profesionales de una red intersectorial de atención a mujeres en situación de violencia. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):51-62.

El objetivo es conocer cómo profesionales implicados en atención a mujeres en situación de violencia, en una red intersectorial, perciben las atenciones que realizan. Fueron realizadas treinta entrevistas: sector de servicios de salud, asistencia social (AS), seguridad pública (SP) y poder judicial en una ciudad de tamaño mediano de São Paulo, Brasil. El análisis temático de los resultados se sistematizó en cinco categorías: ¿Cómo son percibidas las mujeres que sufren violencia? Los prejuicios que tienen los profesionales. ¿Cómo perciben los profesionales la atención prestada? Emociones y sentimientos de los profesionales en la asistencia. Barreras y avances respecto a la atención. Hay percepciones fragmentadas y con estereotipos, existe necesidad de perfeccionar la infraestructura actual, preparar y amparar los profesionales para humanizar la atención. Crear servicios específicos e invertir en prevención; es fundamental. Hay un desajuste entre intención política de afrontar la violencia y la realidad estudiada.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Políticas de enfrentamiento a la violencia. Proceso de trabajo. Humanización de la atención.

Submetido em 18/11/15. Aprovado em 27/04/16.