

## **A INVISIBILIDADE DAS OCORRÊNCIAS ANUNCIADAS: um desafio às práticas dos profissionais de saúde em instituições públicas**

**Graciliana Elise Swarowsky** – Enfermeira, mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do GESC.

**Sandra Maria Cezar Leal** – Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do GESC.

**Marta Julia Marques Lopes** - Doutora em Sociologia, Professora Titular do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem e Coordenadora do curso de Graduação em Análise de Políticas e Sistemas de Saúde. Líder do GESC.

**Palavras-chave:** Causas externas; profissionais de saúde; violência contra a mulher.

Este trabalho se propõe a fazer reflexões sobre a vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento por Causas Externas intencionais. A questão norteadora pode ser assim sintetizada: as mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde são vulneráveis a morbidade por Causas Externas intencionais?

Morbidade é a capacidade de determinado germe ou agravo/acidente produzir doença e/ou seqüela em um indivíduo ou em um grupo de indivíduos (MORBIDADE, 2000). Em relação às Causas Externas, os dados sobre morbidade apresentam um panorama ainda precário no que se refere aos registros e disponibilidade de informações nos serviços. Entretanto, são uma rica fonte de dados para a prevenção de tais eventos e das políticas de promoção da saúde.

Com a denominação de Causas Externas, a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1996) inclui agravos à saúde que causam morbidade ou mortalidade. São consideradas causas acidentais as quedas, envenenamentos, afogamentos, os acidentes de trânsito, de trabalho, e outros tipos de acidentes. As agressões, lesões autoprovocadas, homicídios e suicídios são causas intencionais. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam os envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

Considera-se, que a vulnerabilidade de gênero ao adoecimento por Causas Externas intencionais e acidentais precisa ser investigada, pois são elementos que se inscrevem em modos de ser generificados, bem como na “ocupação dos espaços de gênero”, influenciando e determinando formas de adoecer e morrer. Nessa perspectiva, pensar os modos de vida e suas condições, para as mulheres, pode auxiliar ou sensibilizar a criação de Políticas Públicas voltadas para essa temática.

O estudo da vulnerabilidade repousa principalmente nos métodos epidemiológicos, ou seja, em aproximações quantitativas sobre os indivíduos no seio dos grupos populacionais. No entanto, agregar a dimensão de vulnerabilidades ou de “ocorrências anunciadas” a esses eventos permite ir além da estatística e construir cenários ampliados de ocorrências para esses agravos.

Vulnerabilidade ou vulnerabilidades são as variantes que se constituem das dimensões individuais e coletivas que definem uma situação de risco. Entende-se que a vulnerabilidade individual deve ser sempre situada em referência a um dado momento dentro de uma determinada sociedade (LERT, 1996).

Considerando essas noções, entende-se como necessária a compreensão da

vulnerabilidade social como “o resultado negativo da relação entre a disponibilidade de recursos e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade civil” (ABRAMOVAY, PINHEIRO, p.1, 2003). Assim, considera-se imprescindível pontuar as condições de vida e trabalho, bem como o contexto social no qual vivem as populações da área geográfica em questão e, neste caso, as mulheres.

Essas são as mais frequentes usuárias dos Serviços Públicos de Saúde e a principal motivação para a busca dos cuidados são os atendimentos de rotina ou de prevenção. No Brasil, nos últimos dez anos, os diversos programas do Ministério da Saúde concebidos para a assistência às mulheres, estiveram voltados para o cuidado em determinada parte do corpo, agravo ou função (COSTA e SILVESTRE, 2004); direcionam-se, em sua maioria, à saúde reprodutiva, ou seja, visam a garantir que a mulher possa seguir a sua função de gerar filhos saudáveis e educá-los dentro dos padrões sociais vigentes.

Nesse contexto, muitos atendimentos de mulheres com agravos decorrentes de Causas Externas são considerados “normais” para o tipo de população, pois, as queixas são consideradas “características dessa clientela”, ou seja, a morbidade resultante é medicalizada; não está sendo identificada, nem evidenciada e em muitas situações, a mulher é rotulada como poliqueixosa.

Concorda-se com a afirmação de Lima-Bastos (2001, p.23) de que as práticas dos enfermeiros são altamente influenciadas pelo contexto organizacional. A visibilidade da vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento por causas externas só pode ser evidenciada com protocolos e envolvimento institucional, principalmente em serviços de atenção básica de saúde, em que o profissional de saúde está muito próximo dos usuários que procuram atendimento.

Em estudos recentes (LEAL, 2003; LEAL, LOPES, 2005) sobre a hospitalização de pacientes vítimas de violência em um hospital público de trauma, as autoras destacam a falta de envolvimento institucional em intervir além do trauma físico. As trabalhadoras de enfermagem do estudo citado lidam com seus conflitos individual e coletivamente, ou seja, não há uma preocupação do hospital de garantir um suporte psicológico para que as mesmas possam enfrentar as dificuldades do dia-a-dia, geradas pelo cuidado ao paciente vítima de violência e, muitas vezes ao próprio agressor. Nos estudos também foi evidenciada a falta de protocolo institucionalizado tanto para identificar, como para encaminhar a mulher em situação de violência, quando isso ocorre é por manifestação da paciente, ou seja, muitos casos de agressão são invisibilizados e o tratamento é direcionado ao trauma físico.

Entretanto, na mesma instituição existe uma preocupação dos profissionais em identificar os casos de crianças vítimas de maus-tratos, ou seja, existe um protocolo tanto para identificar, como para encaminhar essas crianças e seus familiares. Nesses casos o tratamento vai além do trauma físico e em muitas situações a hospitalização está relacionada a suspeita de maus-tratos e não a lesão causada pela suposta agressão.

Deslandes (2002) referindo-se ao atendimento às vítimas de violência nos serviços de emergência, sintetiza essa situação de modo apropriado, enfatizando que, para muitas pessoas é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público) e em muitos casos é um dos únicos momentos em que a violência será declarada.

Dagord (2003) e Porto (2004) ressaltam a necessidade do preparo dos profissionais de saúde, em especial nas unidades básicas, para a escuta em saúde, ou seja, “ouvir” o que a usuária “não está dizendo claramente”, reconhecer precocemente os casos de agressão e, principalmente, que o serviço básico de saúde esteja articulado com serviços especializados como as casas-abrigo, delegacias especializadas e outros centros de referência. Portanto, principalmente em Serviços de Atenção Básica de Saúde, considera-se um desafio às práticas dos profissionais de

saúde identificar, “estranhar”, “desnaturalizar” a morbidade por causas externas, em especial nas mulheres e promover ações de prevenção. Nesse sentido, os registros são importantes para visibilizar os agravos decorrentes de causas externas.

Além da sensibilização e capacitação de todos os profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde ressalta-se que o comprometimento institucional é imprescindível para que os profissionais possam promover a saúde das (os) usuárias (os).

Nessa perspectiva, o atendimento dos usuários em situação de violência, exige que os serviços e os processos de trabalho dos profissionais de saúde estejam voltados para a inclusão da violência como um problema de saúde. Entretanto, atualmente o atendimento é centrado no modelo biomédico, que prioriza a demanda e ações curativas, nas quais a violência não é visibilizada.

Deslandes (2007a) enfatiza que é necessário que as equipes de saúde desenvolvam olhares ampliados, processo de trabalho favorável à construção do sujeito e, principalmente, a consciência de que na área da saúde o profissional está diante de um outro fragilizado. Para tanto, é imprescindível o reconhecimento dos direitos do usuário/cidadão e uma conduta pautada no compromisso ético, bem como, (re)avaliar a reflexão política pública de saúde.

É necessário, portanto, a construção de uma nova ordem relacional, na qual o reconhecimento da alteridade e do diálogo considerando-os ferramentas de trabalho, uma tecnologia por excelência, associada a reflexões/atitudes sobre possibilidades concretas de repensar o fazer e o como fazer dos profissionais nos serviços de públicos saúde (DESLANDES, 2007a).

Nessa perspectiva, a discussão e reflexão sobre os programas públicos de atenção às vítimas de violência, precisa ser enfrentada e incluída nas agendas municipais, estaduais e federais. Considera-se que além de criação de tais programas, é necessária a inclusão do tema na saúde, para evitar que o envolvimento seja apenas de “alguns profissionais” que trabalham com “essas coisas”.

As redes de proteção e redes sociais para enfrentamento da violência são inúmeras no país, porém exercem suas atividades isoladas, sem articulação com os serviços de saúde, que por sua vez as não consideram como parceiras, pois estão direcionados ao atendimento “da demanda”.

Deslandes (2007a) refere que é necessário realizar um movimento de estranhamento, refletir da forma mais crítica possível e, principalmente, a construção de um processo de trabalho com margens de negociação, criatividade, autonomia. Sabendo identificar o quanto é possível exercer esses limites e reconhecer as atitudes de defesa acionadas no enfrentamento do atendimento dos usuários em situação de violência. Pois assim é possível que os serviços possam organizar-se pautados tanto na atenção ao usuário, quanto na promoção do profissional de saúde na perspectiva de construção de um projeto de felicidade, proposto por Ayres (2005).

Leal e Lopes (2005), relatam resultado de pesquisa realizado com profissionais de saúde de um serviço público de emergência, no qual evidenciaram os sistemas de defesa acionados pelas trabalhadoras de enfermagem, no enfrentamento ao cuidado do paciente hospitalizado por agressão, ou quais foram: a fragmentação da relação técnico-paciente; a despersonalização e negação da importância do indivíduo; e ao distanciamento e negação de sentimentos. As autoras referem que as estratégias para suportar o “sofrimento” são criadas entre o grupo, por acordos, como, o auxílio mútuo no cuidado aos pacientes, como, por exemplo, assumir o paciente agressivo que está na escala de outra colega.

Considera-se que são muitos os sistemas de defesa utilizados pelos profissionais, para dar conta do dia-a-dia de trabalho em um serviço de emergência, entretanto, nos serviços básicos de

saúde as estratégias também estão presentes e manifestadas de várias formas, dentre as quais, pela invisibilização dos usuários em situação de violência, pela identificação de algumas mulheres como políquelixosas, entre outros. Situações que inviabilizam a integralidade nos serviços, pois os profissionais estão sem as mínimas condições de refletir e assumir sua condição de representantes do poder público, como enfatiza Deslandes (2002): [...] em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência. [...] é, para a maioria das vítimas de violência, a “porta de entrada” no sistema público de saúde. [...].

Concorda-se com a autora e ressalta-se que tanto nas emergências públicas, quanto nos serviços básicos de saúde o profissional de saúde é o representante do poder público e, em ambos os espaços, existem possibilidades de identificar e ressignificar a vida dos usuários em situação de violência, seguindo as recomendações da OMS (2002) com relação às ações dos profissionais e dos serviços de saúde.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002) faz várias recomendações para ação, as quais são sintetizadas em: criar, implementar e monitorar planos nacionais de prevenção da violência; aprimorar a coleta de dados sobre violência; definir prioridades e apoiar a pesquisa sobre as causas, conseqüências, custos e atividades de prevenção da violência; promover respostas de atenção primária; fortalecer respostas para as vítimas da violência; integrar a prevenção da violência às políticas sociais e educacionais e, assim promover a equidade social e de gênero; incrementar a colaboração e troca de informações relacionadas à prevenção da violência; promover e monitorar a adesão de nações a tratados internacionais, leis e outros mecanismos para proteger os direitos humanos; buscar respostas práticas apoiadas a nível internacional para controlar o tráfico de drogas e de armas.

Vale ressaltar, que as recomendações estabelecidas pela OMS devem ser adaptadas às realidades locais e respaldadas pelas Instituições Públicas de Saúde e, que em muitas situações não é possível cumprir todas as metas estabelecidas, entretanto, deve ser do conhecimento dos gestores e dos profissionais envolvidos no atendimento/cuidado dos usuários em situação de violência.

Deslandes (2007b) enfatiza que o usuário em situação de violência é uma “pessoa”, um “indivíduo”, um “sujeito” e deve ser considerado como tal. O atendimento deve ser pautado no respeito e privacidade, respeitando as margens de autonomia e proteção, ou seja, a ação do profissional de saúde deve ser voltada ao acolhimento e não ao julgamento moral e de valores.

A trama serviços/redes de proteção/redes sociais foi abordada por Deslandes (2007b), que enfatizou a necessidade da construção de um projeto de trabalho que se estabeleça na relação face a face, com renovação de laços, ou seja, os serviços que atendem as mulheres devem comunicar-se com os serviços que atendem as crianças, tomar a família como foco da atenção e não somente a vítima ou o autor da agressão. “A família é protagonista da violência e do cuidado”, diz Deslandes (2007b), portanto empoderar as redes sociais de proteção da vítima de violência e de sua família auxilia no enfrentamentodesse problema. Vale dizer que a resiliência não é inata, mas construída no encontro com o outro.

Considera-se imprescindível que os processos de trabalho dos serviços públicos de saúde estejam voltados à integralidade do atendimento às usuárias, proposto como diretriz do SUS, no qual o atendimento deve ir além da lesão física ou problema orgânico, no caso dos (as) usuários (as) em situação de violência, ou seja, que as redes de proteção e redes sociais para enfrentamento da violência estejam articuladas com os serviços e os profissionais de saúde em condições de enfrentar as situações e possibilitar que esses usuários tenham a oportunidade de sair da situação de violência e ressignificar suas vidas.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Mirian; PINHEIRO, Leonardo Castro. Violência e vulnerabilidade social. *In*: FRAERMAN, Alicia (Ed.). **Inclusión Social Y Desarrollo**: presente y futuro de la comunidad Ibero Americana. Madri:Comunica, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p.549-560 jul./set. 2005.

COSTA, Ana Maria; SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre o poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. *In*: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (Org). **A mulher brasileira no espaço público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Peterseu Abramo, p. 61-74, 2004.

DAGORD, Ana Lúcia de Leão. **Viva Maria**: dez anos. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre. 2003.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002

DESLANDES, Sueli Ferreira. **Conferência**: A produção dos cuidados de saúde sob a ótica da humanização. Semana de Enfermagem do HCPA. Porto Alegre. 10 maio 2007a.

DESLANDES, Sueli Ferreira. Atenção às vítimas de violência: um desafio à integralidade. **Disciplina Tópica Especiais em Enfermagem**. Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem, UFRGS. Maio, 2007.

LEAL, Sandra Maria Cezar. **Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma**: o “olhar” da enfermagem. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre. 2003.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Júlia Marques. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 419-431, abr./jun. 2005.

LEAL, Sandra Maria Cezar Leal. **Ocorrências anunciadas: a vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento por causas externas**. Proposta de Projeto de Pesquisa para seleção ao Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2006. 15p. (não publicado)

LERT, France. L’approche de la vulnérabilité face à la dépendence dans le champs de la santé publique. **Seminaires de recherche du crips**. Paris : Centre régional d’ Informatiment de Prevention du SIDA, 1996.

LIMA-BASTOS, Marta. Que fazem os enfermeiros para promover a saúde da população? – análise preliminar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.2, p.19-28, maio/ago. 2001

MORBIDADE. *In*: FERREIRA Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio século XXI - Dicionário Aurélio eletrônico: século XXI versão 3.0**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. CD-ROM

PORTO, Janice Regina Rangel. **Violência contra a mulher**: expectativas de um acolhimento humanizado. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 1996.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial de Saúde: Genebra, 2002