

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA ESCUTA

VIOLENCE AGAINST WOMEN: CONCEPTIONS OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS ABOUT LISTENING

VIOLENCIA CONTRA MUJERES: CONCEPCIONES DE PROFESIONALES DE SALUD DE LA FAMILIA SOBRE LA ESCUCHA

Camila Zanatta Zuchi ¹
Ethel Bastos da Silva ¹
Marta Cocco da Costa ¹
Jaqueline Arboit ²
Dariele Gindri Resta Fontana ¹
Fernanda Honnef ²
Eliana Daniela Heisler ¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira das Missões, RS – Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria, RS – Brasil.

Autor Correspondente: Jaqueline Arboit. E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com
Submetido em: 24/07/2017 Aprovado em: 26/03/2018

RESUMO

Buscou-se analisar as concepções de profissionais de Estratégia Saúde da Família acerca da escuta às mulheres em situação de violência. Trata-se de pesquisa qualitativa, participante, desenvolvida com 38 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Os dados foram produzidos em seis oficinas pedagógicas no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016. Os dados obtidos foram submetidos à análise temática. A escuta foi concebida pelos profissionais como uma prática que precisa ir além do que a mulher relata, sendo necessárias empatia, sensibilidade, calma e ausência de julgamento. Necessita também de questionamentos indiretos, em ambiente privado, sigiloso e protegido. Os limites indicados foram falta de tempo, demanda excessiva na unidade, ausência de empatia, despreparo do profissional e vigilância do agressor. Como ações e soluções, ressaltam a valorização e qualificação da escuta como técnica e a organização e planejamento de atividades com escuta individual e coletiva. Concluiu-se que a unidade de Estratégia Saúde da Família é um serviço em que a escuta deve ser incentivada a partir da qualificação dessa prática, visando ao acolhimento e integralidade no atendimento às mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Comunicação; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the conceptions of Family Health professionals about listening to women in situations of violence. This is a qualitative, participant research developed with 38 professionals (nurses, nursing technicians and community health agents). Data were produced in six pedagogical workshops held from November 2015 to January 2016 and were submitted to thematic analysis. Listening was conceived by professionals as a practice that needs to go beyond what the woman reports and requires empathy, sensitivity, serenity and a non-judgmental attitude. It also needs indirect questioning, in a private, confidential and protected environment. The limiting factors indicated by respondents were lack of time, excessive demand on the unit, lack of empathy, unpreparedness on the part of professionals and lack of vigilance of the aggressor. As actions and solutions, the valorization and qualification of listening as a technique and the organization and planning of activities with individual and collective listening were emphasized. We conclude that the Family Health Strategy unit is a service in which listening should be encouraged through the qualification of this practice, aiming at the embracing and integral care of women in situations of violence.

Keywords: Violence Against Women; Communication; Family Health Strategy.

Como citar este artigo:

Zuchi CZ, Silva EB, Costa MC, Arboit J, Fontana DGR, Honnef F, Heisler ED. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____ ____];22:e-1085. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20180015

RESUMEN

Se buscó analizar las concepciones de profesionales del programa Estrategia Salud de la Familia acerca de la escucha de las mujeres en situación de violencia. Se trata de una investigación cualitativa, participante, desarrollada con treinta y ocho profesionales (enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud). Los datos fueron producidos en seis talleres pedagógicos entre noviembre de 2015 y enero de 2016. Dichos datos fueron sometidos al análisis temático. La escucha fue concebida por los profesionales como una práctica que debe ir más allá de lo que la mujer relata, debiendo haber también empatía, sensibilidad, calma y ausencia de juicio, así como cuestionamientos indirectos, en ambiente privado, confidencial y protegido. Los límites apuntados fueron falta de tiempo, demanda excesiva en la unidad, ausencia de empatía, falta de preparación del profesional y vigilancia del agresor. Las acciones y soluciones que se realizan son la valoración y calificación de la escucha como técnica y la organización y planificación de actividades con escucha individual y colectiva. Se concluye que la unidad de Estrategia Salud de la Familia es un servicio en que la escucha debe ser incentivada a través de la cualificación de esta práctica, con miras a la acogida y a la integralidad en la atención de las mujeres en situación de violencia.

Palabras clave: Violencia contra las Mujeres; Comunicación; Estrategia Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres se constitui em um sério problema de nível mundial. Sua alta prevalência foi revelada em estudo em que a Ásia apresentou o maior percentual de ocorrência dessa violência (37,7%) e o Pacífico Ocidental o menor percentual (24,6%).¹ Nesse mesmo estudo, a América, região onde se situa o Brasil, apresentou índice de violência contra as mulheres de 29,8%.¹

A violência está presente nas relações sociais entre homens e mulheres mediante a construção social de papéis masculinos e femininos. Nessas relações, o poder masculino é hegemônico, sobrepondo-se ao feminino, o que coloca as mulheres em uma posição inferior. São essas diferenças atribuídas aos gêneros que geram e perpetuam a violência contra as mulheres.²

Embora seja silenciada, a violência é uma realidade concreta e presente na vida das mulheres e no cotidiano dos serviços de saúde, pois estas frequentam tais serviços para serem cuidadas ou para intermediar o cuidado de seus familiares.³

Quando em situação de violência, as mulheres ficam mais suscetíveis às consequências para a sua saúde mental, física e reprodutiva,¹ podendo apresentar transtornos crônicos, vagos e repetitivos, infecção urinária recorrente, dor pélvica, síndrome de intestino irritável, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, história ou ideário suicida e lesões físicas que não se explicam como acidentes.⁴

O adoecimento decorrente das situações de violência faz com que as mulheres busquem os serviços de saúde, sendo o acolhimento por meio da escuta qualificada fundamental para a produção do cuidado nessas situações.³ Assim, a expressão dos problemas pelas mulheres precisa ser levada em conta, assim como a história da violência vivenciada, para que se possa ofertar um cuidado ancorado na integralidade⁵ e na prática do acolhimento.⁶

Nesse contexto, os profissionais da área da saúde, ao atender mulheres em situação de violência, devem utilizar como instrumento de humanização do cuidado a comunicação.⁵ A escuta e o diálogo com essas mulheres permeiam as ações de cuidado dos profissionais e se constituem em orientações so-

bre alternativas que podem amenizar e aliviar o sofrimento e as angústias das mulheres^{7,8} bem como ações para o enfrentamento da violência.

Estudo mostra que mulheres que foram acolhidas por meio de escuta diminuíram a busca pelos serviços de saúde, especialmente nos prontos-socorros, e passaram a utilizar as modalidades assistenciais programadas. Nessa escuta é preciso dar crédito ao relato e estimular a narrativa das mulheres, de forma que permita ao profissional identificar os elementos da história de violência, que tenham potenciais de transformação dessa situação.⁵

Nesse sentido, ressalta-se a escuta qualificada como uma estratégia de acolhimento a ser integrada ao cuidado clínico e biológico.⁷ A partir da escuta, busca-se o empoderamento das mulheres, e não apenas o alívio da dor e tratamento dos agravos gerados pelas consequências da violência. Para isso, é necessária uma forma de agir com importante dimensão interativa, enfatizando a comunicação entre usuária/profissionais na atenção básica (AB).⁵

Considerando a magnitude da violência contra as mulheres e a escuta na Estratégia Saúde da Família (ESF) como potência para a produção do cuidado, emergiu a seguinte questão norteadora: quais as concepções de profissionais de equipes de ESF acerca da escuta às mulheres em situação de violência? Para respondê-la, este estudo teve como objetivo analisar as concepções de profissionais de ESF sobre a escuta às mulheres em situação de violência.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, em que se adotou a pesquisa participante (PP) como método. A PP tem o intuito de pensar ações e resoluções para um problema coletivo. Nesse tipo de estudo, o pesquisador e os participantes encontram-se envolvidos com a questão, interagindo de modo cooperativo em busca de soluções. E nesse processo interativo articulam-se investigação, educação e ação.⁹

A produção dos dados empíricos ocorreu a partir de seis oficinas pedagógicas com base nas quatro fases propostas por Le Boterf¹⁰ para o desenvolvimento da PP. A seguir são descritas as fases.

MONTAGEM INSTITUCIONAL E METODOLÓGICA DA PESQUISA PARTICIPATIVA

A primeira fase constituiu-se de duas reuniões com representantes da Secretária Municipal de Saúde, coordenadoria da ESF e do Colegiado de Gestão do Município, para apresentar a proposta do estudo e obter a carta de autorização. Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e, uma vez aprovado, elaborou-se em conjunto com os representantes da Secretaria de Saúde o cronograma com data, local e horário, técnica de produção dos dados e os participantes da pesquisa. Desse modo, foi definida a realização de seis oficinas pedagógicas na sede do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) nas sextas-feiras, no turno da manhã.

Foram convidados a participar do estudo profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem) e agentes comunitários de saúde (ACS) de sete equipes de ESF. Como critério de inclusão, adotou-se: ser profissional de equipes de ESF e estar em exercício, bem como trabalhar na unidade há mais de seis meses. O critério de exclusão consistiu em estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza (gestante, doença, adotante), no período estabelecido para a geração de dados. Dos 65 profissionais que atuavam no período, 38 aceitaram participar do estudo, sendo que o número de participantes variou em cada oficina. Salienta-se que os participantes foram dispensados do trabalho para integrar as oficinas.

ESTUDO PRELIMINAR E PROVISÓRIO DA ZONA E DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Na primeira oficina, realizou-se o seminário introdutório, com apresentação do projeto de pesquisa e entrega do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para assinatura em duas vias, uma das quais permaneceu com os participantes. Posteriormente, foi distribuído um questionário sociodemográfico a esses participantes, os quais foram lidos, preenchidos e devolvidos. Em seguida, realizou-se uma dinâmica de apresentação em que os participantes formaram quatro grupos e autodenominaram-se "Rosa", "100% ACS", "Acolhe" e "Enfrentando a Violência". Ainda nessa oficina, foram entregues folhas de ofício e material para elaboração de cartazes a partir das questões indutoras: "como você executa a escuta às mulheres em situação de violência no seu cotidiano de trabalho?" e "em que momento do seu cotidiano de trabalho você realiza a escuta?". O resumo da discussão de cada grupo foi apresentado pelos relatores desses grupos. Participaram dessa oficina 25 profissionais.

ANÁLISE CRÍTICA DOS PROBLEMAS CONSIDERADOS PRIORITÁRIOS E QUE OS PESQUISADORES DESEJAVAM ESTUDAR E DOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Na segunda oficina, identificaram-se e discutiram-se as situações limitadoras e potencializadoras da prática da escuta às mulheres em situação de violência. Para essa discussão utilizaram-se cartazes construídos com recorte e colagens de revistas. A síntese foi apresentada pelos relatores de cada grupo. Participaram dessa oficina 31 profissionais.

Na terceira oficina, os grupos discutiram as causas, soluções e ações para os limites da prática da escuta às mulheres em situação de violência. Os relatores apresentaram a síntese e as discussões foram mediadas pelos pesquisadores. Nessa oficina estiveram presentes 19 profissionais.

Na quarta oficina os grupos se reuniram e definiram o problema, qual seja: "a escuta sem a valorização da queixa da mulher em situação de violência". A partir dessa definição, houve o planejamento de uma oficina de estudo sobre o tema. Nessa oficina contou-se com a participação de 29 profissionais.

PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO

Na quinta oficina, teve-se por objetivo estudar e refletir acerca da prática da escuta às mulheres em situação de violência. Os grupos leram artigos e discutiram estudos de caso mediante as questões indutoras: "como se apresenta a situação de violência?", "quem deve/pode perguntar às mulheres sobre a situação de violência?", "como perguntar às mulheres sobre a situação de violência?", "como pode ser desenvolvida a escuta e que conteúdos abordar de acordo com a 'técnica de conversa'?". Os relatores apresentaram as ideias de cada grupo e discutiu-se no grupo ampliado. Nessa oficina participaram 29 participantes.

Na sexta oficina ocorreu o seminário final, com o intuito de realizar a avaliação do conhecimento produzido nas oficinas e das transformações percebidas na prática da escuta às mulheres em situação de violência. Para tanto, foram empregadas as seguintes questões indutoras: "quais as reflexões ocorridas sobre o modo de realização da escuta às mulheres em situação de violência?", "quais as contribuições das experiências proporcionadas pelas oficinas para a prática da escuta?" Participaram 37 trabalhadores.

As oficinas ocorreram no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016. O material empírico foi submetido à análise de conteúdo temática de Bardin.¹¹ Nesse processo, o material oriundo das falas das seis oficinas e do diário de campo foi gravado, transcrito e impresso pela equipe de pesquisa, compondo desse modo o *corpus* de análise.

Na sequência a equipe leu as transcrições impressas e recortou as falas que continham o mesmo significado ou senti-

do, separando-as em unidades de registro. Após, fez-se nova leitura e procedeu-se à classificação das URs em unidade de significado. Mediante outra releitura, as unidades de registro e unidades de significado foram reagrupadas em três categorias temáticas: concepções dos profissionais quanto à escuta às mulheres em situação de violência, limites da prática da escuta às mulheres em situação de violência e ações e soluções para enfrentar os limites da escuta às mulheres em situação de violência. As categorias com as unidades de registro foram discutidas à luz da literatura encontrada sobre o tema do estudo.

Este estudo respeitou as normas da Resolução nº 466 de 2012,¹² a qual normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o parecer nº 1290.392. Para manter o anonimato dos participantes adotou-se o código P de participante, seguido da sequência numérica de acordo com a primeira participação nas oficinas pedagógicas.

RESULTADOS

O grupo de participantes foi constituído por 38 profissionais, dos quais 71% eram ACS, 18% enfermeiros e 11% técnicos de enfermagem. Quanto às características dos participantes, 92% eram do sexo feminino; 79% se autodeclararam brancos; 100% eram brasileiros; 60% católicos; quanto ao estado civil, 74% eram casados. No tocante à escolaridade, 34% possuíam ensino superior completo e 55% ensino médio completo. No que se refere à renda, 69% recebiam um a dois salários-mínimos; quanto ao tempo de atuação, 32% atuavam há dois anos e 29% há três anos.

CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO À ESCUTA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Para os profissionais deste estudo a escuta significa ouvir o que as mulheres falam e também observar o que não é dito, procurando indícios de violência no momento do atendimento. Um dos participantes ainda ressaltou que cabe a todos os profissionais membros da equipe essa função.

Escutar é ouvir (P1).

[...] tentar ouvir além do que está acontecendo ali, porque justamente quando [a mulher] coloca um ponto final é porque está acontecendo alguma coisa (P23).

Todos nós temos que escutar. Se ela foi e te procurou, você escuta (P22).

A prática da escuta, segundo os profissionais, deve ocorrer sem julgamento e pautada no sigilo, fomentando a narrativa das mulheres em situação de violência. Ainda, salientaram a importância de valorizar a queixa das mulheres, pois a expressão da violência pode se dar a partir de uma postura diferente, que não o relato verbal da situação.

[...] na escuta eu penso que nós temos que estar com os ouvidos livres de preconceitos [...] quando a mulher tiver essa iniciativa, que demora um tempo para ela te confidenciar isso [situação de violência], que a gente consiga se desprover dos preconceitos (P23).

[...] a gente colocou estimular a narrativa e ter sigilo com a mulher [...] (P21).

[...] valorização da queixa da mulher porque, na maioria das vezes, ela não vai chegar na unidade dizendo que ela sofre violência (P11).

Os profissionais acreditam que a forma de estimular a narrativa das mulheres sobre a vivência de situações de violência deve ser por meio de questionamentos indiretos, visto que quando se interroga diretamente pode haver negação da situação, dificultando a continuidade do acolhimento. Nesse sentido, citaram a confiança e o vínculo entre usuárias e profissional como elementos fundamentais para que ocorra a resposta das mulheres diante do questionamento.

[...] com perguntas indiretas, talvez abordando outros assuntos, que aí vai induzindo a fala dela (P6).

[...] quando a gente faz a pergunta diretamente para ela, às vezes, ela nega e essa negação te ataca, porque se você pergunta: "você está sofrendo violência?" e ela diz: "não!", você não tem como prosseguir com o atendimento nesse sentido, só vai trabalhar outras coisas [...] (P11).

A confiança, o vínculo criado entre os atores envolvidos são fatores muito fortes [...] se não tiver isso não vai haver abertura, por mais que você pergunte, ela [mulher] não vai falar [...] (P1).

Quanto ao ambiente onde se realiza a escuta, seja na unidade de ESF ou no domicílio, os profissionais mencionaram que este deve garantir proteção, sigilo e segurança, de modo que as mulheres falem sobre a violência vivenciada.

[...] um ambiente protegido de escuta, tanto no posto quanto na casa da paciente, onde ela possa falar sem

ser interrompida ou ter certeza que outras pessoas não estão ouvindo [...] (P11).

Em um local privativo, com garantia de sigilo, um ambiente acolhedor [...] (P23).

Os profissionais indicaram também algumas características fundamentais que devem possuir ao acolher e escutar mulheres em situação de violência, entre as quais, a sensibilidade, empatia e calma.

[...] um fator bem forte é a sensibilidade do profissional [...] valorizar quando ela [situação de violência] for confidenciada [...] ter a sensibilidade e acolher (P30).

[...] a empatia da pessoa que escuta [...] (P13).

Na escuta, tem que ter calma, porque não é na primeira vez que você vai falar com ela [mulher] que ela vai relatar o problema [...] mesmo que você desconfie que ela sofre violência ela não vai se abrir logo, tem que ter calma e paciência (P12).

LIMITES DA PRÁTICA DA ESCUTA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Segundo os profissionais, um dos limites da escuta refere-se ao tempo disponibilizado para desenvolvê-la, uma vez que é realizada em um período de tempo considerado curto.

[...] a escuta se for ver dentro do consultório, são poucos minutos que você consegue ficar com aquela mulher [...] então a gente faz a escuta, mas não tem o tempo que precisaria para ela [mulher] se abrir (P24).

[...] teria que reservar um tempo maior para atender essa paciente (P4).

O excesso de demanda de atendimentos na unidade de ESF também prejudica a prática da escuta, especialmente durante a consulta de enfermagem. Dessa forma, os enfermeiros reconheceram que deveriam dedicar mais tempo a essa prática.

Outro problema é a grande demanda de atendimento nas unidades, o que impede que a gente faça uma escuta [...] uma consulta mais adequada (P18).

[...] às vezes você está com a mulher e não tem aquele ambiente de escuta [...] a unidade está muito cheia, as pessoas ficam batendo na porta para pedir outras coisas (P8).

A ausência de empatia por parte dos profissionais ao acolher a mulher em situação de violência é outra condição evidenciada pelo grupo de profissionais como limite para a escuta.

Outro problema é a falta de empatia do profissional pelo problema da mulher (P4).

A falta de empatia do profissional que atende [...] (P14).

Outro limite citado é o despreparo de profissionais da saúde e da rede de atenção para a realização da escuta.

[...] o despreparo dos profissionais, não só da saúde, mas de toda a rede que acolhe a mulher que passa por esse tipo de situação [violência] (P25).

[...] na escuta o problema é o despreparo dos profissionais (P26).

A vigilância contínua do marido/agressor tanto em casa quanto nas consultas na unidade de ESF também é enfatizada pelos profissionais deste estudo como limite para o desenvolvimento da escuta às mulheres em situação de violência.

[...] ela nunca está sozinha em casa, o marido dela sempre fica perto ou é ele que recebe o agente de saúde [...] não deixa a mulher falar muita coisa, está sempre junto na consulta [...] (P6).

[...] a presença do agressor também nos causa limites [...] (P7).

AÇÕES E SOLUÇÕES PARA ENFRENTAR OS LIMITES DA ESCUTA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Diante dos limites para a escuta, os profissionais identificaram ações para superá-los, entre as quais o aprimoramento técnico dessa escuta, bem como a promoção de um ambiente seguro para que a mulher exponha a violência vivenciada.

[...] valorização e qualificação da escuta, identificação das causas e as formas de violência, acompanhamento e encaminhamento (P15).

[...] as ações seriam promoção de ambientes protegidos pra mulher falar (P17).

Para as soluções para os limites da escuta mencionam a organização do atendimento da equipe da unidade de ESF para a

disponibilização de ações que contemplem uma escuta coletiva e individual. Ainda, citaram a importância de trazer para a unidade aquelas mulheres com as quais têm dificuldade de desenvolver a escuta no domicílio. Com isso, concebem a unidade como lugar possível de ser privado e de se realizar uma escuta sensível.

A solução seria uma melhor organização dos atendimentos dentro da equipe e oferta de outras atividades além das consultas individuais e das visitas, porque tem vão ao posto todo dia [...] talvez se tivesse outra atividade que elas se integrassem, elas não utilizassem tanto essas consultas individuais (P11).

[...] muitas vezes, essas mulheres que sofrem violência não saem de dentro de casa, elas não vão pra unidade, [...] então, levar ela pra unidade para fazer a escuta, isso é uma solução (P24).

DISCUSSÃO

Os profissionais do estudo em tela concebem diversas concepções em relação à escuta às mulheres em situação de violência. Citam que na escuta, para além de ouvir as mulheres, deve-se considerar o que não é verbalizado por elas. Desse modo, para a escuta qualificada necessita-se utilizar os demais sentidos, a fim de captar o que o sujeito quer dizer e, muitas vezes, não consegue.¹³

Nesse sentido, escutar transcende o ouvir as palavras do outro, é preciso apreender o sentido que a pessoa que fala dá para sua narração.⁶ É uma ação difícil, pois é essencial estar e mostrar-se disponível para o outro. Ainda, a escuta promove uma reflexão sobre os conceitos de vida de quem escuta, exigindo uma postura não julgadora e preconceituosa em relação ao que é dito pelo usuário.¹⁴

A noção de escuta dos profissionais do estudo aproxima-se das bases conceituais da escuta qualificada, apresentada pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, e no acolhimento como postura, quando opinam que todos os trabalhadores devem se dispor a ouvir.⁶

Investigar além do que é dito pela mulher também se trata de uma recomendação do protocolo de atenção básica (AB), tendo em vista que poucas mulheres verbalizam com clareza a violência. Em geral, sentem uma dor que não tem nome e nesses casos o profissional deve ponderar sobre a possibilidade de uma situação de violência estar sendo vivenciada.⁴

É importante que a escuta, quando estabelecida entre profissionais/usuárias, se traduza em um diálogo que investigue além das manifestações físicas. Uma escuta qualificada pressupõe atenção integral e, em casos de violência contra mulher, deve ser orientada pelo reconhecimento da mulher como um

sujeito inserido em uma sociedade que historicamente determina sua subalternidade em relação ao homem e a violência como forma de mantê-la.¹⁵

Os profissionais referiram a relevância de desenvolver uma escuta não julgadora e pautada no sigilo. Estudo corrobora esses achados, ressaltando o sigilo, a compreensão, a confiança, o respeito e o atendimento individual como elementos necessários para uma escuta qualificada, cujos resultados sejam positivos. Quando a escuta é realizada atentando para esses componentes, a verbalização das necessidades de saúde é expressa pelas mulheres e o sofrimento pode ser aliviado.¹⁶

A escuta é uma forma de comunicação, portanto, os profissionais, além de escutar, interagem com os usuários por meio do diálogo.¹⁶ Nessa perspectiva, os profissionais relataram que devem estimular a narrativa das mulheres em situação de violência. Para isso, é preciso fazer perguntas conforme recomenda o protocolo de AB⁴, segundo o qual, o profissional deve, a partir do questionamento, deixar a mulher à vontade para falar, sem interrupções e respostas prontas e imediatas, possibilitando com que ela consiga dar sentido e significado à situação que está vivendo. Assim, as orientações são dadas para que a mulher possa se fortalecer como cidadã, respeitando seu desejo e suas decisões.⁴

Segundo os profissionais, um importante estímulo para a narrativa das mulheres acerca da violência vivida são as perguntas indiretas. Estudo revela que esse tipo de pergunta é empregado por profissionais que respeitam a expressão daquilo que tenha significado para a mulher, pois à medida que esta se sente confortável e confiante, novas questões podem emergir espontaneamente. Por outro lado, perguntas diretas também se mostram importantes, mas a melhor estratégia de detecção ainda tem sido a escuta atenta e interessada.⁵

Assim, a confiança e o vínculo entre mulher e profissional são fatores ímpares para que as mulheres respondam aos questionamentos realizados. Estudo reporta que a forma como o profissional vai abordar o problema depende da relação que ele estabelece com a mulher, em que quanto mais proximidade e vínculo, maior a possibilidade de fazer a pergunta direta. A pergunta indireta, por sua vez, é recomendada quando não há uma relação de vínculo e confiança, para que a mulher não se sinta constrangida.⁵ Destaca-se que tanto nas perguntas diretas como nas indiretas o profissional de saúde precisa estar calmo e disponível para escutar e lidar com as respostas das mulheres sem julgá-las e, assim, possibilitar o estabelecimento de um canal de comunicação.

O ambiente para a realização da escuta, de acordo com os participantes, deve garantir proteção e sigilo. As mulheres precisam e querem falar sobre a violência em lugares que garantam a sua segurança e privacidade, pois se trata de uma situação delicada, que envolve, além da mulher e filhos, um agressor, que em geral se trata do marido e/ou companheiro. Aplicando-

-se no cotidiano dos serviços, esse ambiente é constituído de salas fechadas, encontros privativos, onde a mulher não possa ser escutada por outras pessoas além do profissional que a está ouvindo.⁵ Estudo revela que os locais das ESF considerados mais apropriados por serem fechados/privados são os consultórios médicos, de enfermagem e de dentistas.¹⁷

Entre algumas características do profissional que acolhe e escuta a mulher que vivencia situações de violência estão a empatia, sensibilidade e calma. Na escuta qualificada, ouvem-se as queixas, os medos e as expectativas e identificam-se os riscos e a vulnerabilidade das mulheres. A escuta configura-se como um encontro em que o ato de escutar tende a produzir uma ação terapêutica e os saberes e afetos são usados para melhorar as condições de vidas dos usuários.⁶ No tocante à empatia, esta exige atenção, respeito e preocupação com o que o outro é, pensa e faz e, para isso, é preciso estar presente na relação que se estabelece por meio do diálogo.¹⁸

Entre os limites para a prática da escuta às mulheres que vivenciam situações de violência, os profissionais citam que o tempo disponibilizado para esta é curto. Diante disso, estudo revela que não é possível determinar um padrão, o tempo é diferente para cada mulher e depende do vínculo e da confiança estabelecida entre esta e o profissional que a acolhe. O que se pode afirmar é que o tempo deve ser maior que o habitualmente designado a consultas de enfermagem e procedimentos técnicos.⁵

A alta demanda de atendimento na unidade, em especial para a consulta de enfermagem, foi outro fator mencionado como limitador da escuta à mulher que vivencia situações de violência. Estudo mostra que a escuta feita pelo enfermeiro é comprometida pela falta de tempo. Para efetivar uma escuta atenta e sensível, além de tempo, é necessária a disponibilidade do profissional.¹⁴ Soma-se a isso o conhecimento técnico de uma escuta, pois essa atividade não pode ser considerada uma simples conversa nem apenas uma coleta de informações sobre as necessidades de saúde do sujeito e de sua realidade, sem considerá-lo protagonista de sua vida e de seu sofrimento.¹⁹

A consulta de enfermagem é vista como uma ação técnica e de rotina na ESF. A limitação do tempo de duração das consultas implica a desvalorização da escuta, a partir da qual se poderia levantar demandas e problemas que, devido a essa desvalorização, são relegados a segundo plano.²⁰ Entre esses problemas se encontra a violência contra a mulher, que, segundo estudo, é identificada muitas vezes durante a consulta de enfermagem.²¹

A ausência de empatia por parte do profissional com a situação de violência vivida pela mulher constitui outro limite para a escuta. Diante desse ponto de vista, ser empático significa se colocar no lugar do outro. Dessa forma, o profissional poderá compreender o que a mulher está sentindo/vivendo e propor ações que possam modificar a dor/situação/problema. A empatia produz um cuidado sensível e acolhedor, que pos-

sibilita atender às necessidades de quem é cuidado com mais eficiência, pois tem sua base nas interações relacionais.¹⁸ A escuta qualificada à mulher em situação de violência na ESF quando realizada com empatia encontra ressonância na Política de Humanização do SUS.⁶

Quanto ao despreparo dos profissionais para a realização da escuta à mulher em situação de violência, estudo revela que os profissionais não estão qualificados para atuar diante das situações de violência e possuem pouco conhecimento sobre o tema, levando a uma impotência imobilizadora. De modo geral, nessas situações o profissional acaba desenvolvendo ações pontuais e medicalizantes³, em detrimento da escuta e de uma atenção integral.

Nos serviços de saúde são frequentes situações em que o profissional chega perto de desvelar a violência, porém a falta de capacitação para abordar o tema com a mulher acaba por direcionar o tratamento para o foco biomédico, desconsiderando os problemas sociais envolvidos, relacionados às questões de gênero.⁶ Capacitar os profissionais para a abordagem às mulheres nessa situação está intimamente ligado à qualificação da escuta, pois a partir dela, como uma atitude de aproximação, tornam-se possíveis o cuidado e apoio no enfrentamento da violência.

A presença do agressor como vigilante na vida das mulheres foi considerada um obstáculo para a escuta. Nesse aspecto, a rede social da mulher que sofre violência é restrita, suas relações são com pessoas que não ameaçam o poder do agressor, predominando o isolamento social dessa mulher. Os vínculos, quando ocorrem, são com pessoas que não têm condições de auxiliá-las no enfrentamento da violência.²²

Essa atitude do agressor dificulta a realização da escuta tanto na consulta individual quanto na visita domiciliar. Posto isso, quando a mulher conseguir acessar o serviço, é importante que a escuta do profissional não seja uma reação meramente passiva, pois parte das demandas dos usuários é resolvida ou amenizada quando estes são compreendidos e respeitados.¹⁴ Ainda, a escuta e o diálogo podem dar início a um projeto de superação dos traumas a partir do fortalecimento da mulher.³ Nesse sentido, esforços são necessários para que se possam criar condições para aproximar-se da mulher que sofre violência e fazer a escuta sem a presença do agressor.

Entre as ações para superação dos limites identificados pelos profissionais no desenvolvimento da escuta às mulheres em situação de violência destacam-se o aprimoramento técnico dessa escuta e a oferta de um ambiente seguro para a verbalização das mulheres. Estudos revelam que os profissionais reconhecem a necessidade de capacitação para acolher o agravo com mais segurança e eficiência, sendo que o seu despreparo para acolher a mulher em situação de violência é atribuído à falta de abordagem do tema na graduação e da qualificação profissional em serviço.²³⁻²⁵

Assim, considerando que a escuta constitui a base para o acolhimento, recomenda-se que os profissionais realizem uma capacitação que inclua desde a identificação da violência, formas em que esta se apresenta, acompanhamento e seguimento dos casos na rede de serviços.⁵ Soma-se a isso a oferta da garantia de sigilo e privacidade⁴, que são dependentes do ambiente e da postura do profissional.¹⁷

No que se refere às soluções para os limites da escuta, os profissionais citam a disponibilização de ações de escuta coletiva e individual, bem como a possibilidade de trazer para a unidade de ESF as mulheres que não conseguem realizar a escuta no domicílio.

Assim, a gestão do cuidado na atenção à violência contra mulher é necessária, uma vez que as mulheres frequentam as unidades com demandas que geram a necessidade de uma resposta por parte dos serviços. Diante disso, a violência pode ser identificada em caráter individual a partir da escuta nas consultas de enfermagem, médicas e odontológicas.²¹ Por outro lado, pode ser desenvolvida em atividades em grupo, ferramenta em que essa prática é fortemente vivenciada e promove a autonomia e o fortalecimento da mulher.²¹ Ouvir outras mulheres que vivenciam a violência pode despertar a verbalização e a busca por ajuda.

Outra solução encontrada pelos profissionais seria a busca ativa da mulher em situação de violência para trazê-la até a unidade de ESF²¹ e, conseqüentemente, desenvolver uma escuta de qualidade com vistas ao fortalecimento dessas mulheres. Quando em situação de violência, as mulheres referem a necessidade de ter em quem possam confiar, que possa ouvi-las e acolhê-las nos serviços de saúde.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção dos profissionais acerca da escuta revela que essa prática deve ir muito além do que a mulher relata, é preciso entender as entrelinhas de sua fala, estimulando sua narrativa. Para que a escuta se configure como qualificada e sensível, os profissionais relataram a importância de ouvir sem julgamentos, em ambientes seguros e sigilosos, mediante postura empática e empregando perguntas indiretas.

Entre os limites da prática da escuta, destacaram o tempo limitado, a alta demanda da unidade de ESF, a falta de empatia dos profissionais, o despreparo em abordar mulheres em situação de violência, além da vigilância constante do agressor.

Com isso, constataram a necessidade de aprimorar tecnicamente a escuta e desenvolvê-la em um ambiente seguro para a mulher expor a situação de violência, organizando o atendimento da unidade de ESF a partir da disponibilização de ações de escuta individual e coletiva e trazendo para a unidade as mulheres cuja escuta não pode ser feita no domicílio.

O estudo apresenta contribuições ao evidenciar elementos para orientar uma possível capacitação dos profissionais

atuantes nas unidades de ESF, visando à qualificação da escuta e à garantia de acolhimento e integralidade no cuidado às mulheres em situação de violência.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genova: WHO; 2013. [citado em 2017 mar. 15]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
2. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educ Real. 1990 [citado em 2017 mar. 20]; 16(2):5-22. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>
3. Oliveira RNG, Fonseca RMGS. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014 [citado em 2017 mar. 21]; 48(2):32-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [citado em 2017 mar. 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
5. D'Oliveira AFLP, 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. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 [citado em 2017 abr. 01]; 14(4):1037-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011
6. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [citado em 2017 abr. 02]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
7. Cortes LF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Arboit J. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. Rev Gaúcha Enferm. 2015 [citado em 2017 abr. 04]; 36(esp):77-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf>
8. Cortes LF, Padoin SMM. Intencionalidade da ação de cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a enfermagem e saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2016 [citado em 2017 abr. 15]; 20(4):e20160083. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160083.pdf>
9. Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: Brandão CR, Streck DR, organizador. Pesquisa participante: o saber da partilha. 2ª ed. Aparecida: Idéias & Letras; 2006. p. 20-54.
10. Boterf G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: Brandão CR, organizador. Repensando a Pesquisa Participante. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1985. p. 51-81.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2009.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos; 2012. [citado em 2017 abr. 03]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
13. Maricondi MA, Chiesa AM. A transformação das práticas educativas em saúde no sentido da escuta como cuidado e presença. Ciênc Cuid Saúde. 2010 [citado em 2017 abr. 11]; 9(4):704-12. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12048/7188>
14. Camillo SO, Maiorino FT. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. Cogitare Enferm. 2012 [citado em 2017 mar. 13]; 17(3):549-55. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/27826/19049>
15. Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. Rev Latino-Am

- Enferm. 2015[citado em 2017 abr. 14];23(2):299-306. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/100071/98744>
16. Maynard WH, Albuquerque MC, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm.* 2014[citado em 2017 abr. 09];27(4):300-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>
 17. Martins LCA, Silva EB, Costa MC, Colomé ICS, Fontana DGR, Jahn AC. Violência contra mulher: acolhimento na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Cuid Saúde.* 2016[citado em 2017 abr. 10];15(3): 507-14. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31422/18067>
 18. Savieto RM, Leão ER. Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016[citado em 2017 abr. 23];20(1):198-202. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0198.pdf>
 19. Lima DWC, Vieira AN, Silveira LC. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2015[citado em 2017 abr. 25];24(1):154-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00154.pdf
 20. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2013[citado em 2017 abr. 20];47(2):288-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n2/03.pdf>
 21. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP.* 2013[citado em 2017 abr. 27];47(2):304-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n2/05.pdf>
 22. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Vilella WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013[citado em 2017 abr. 17];18(5):1293-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/14.pdf>
 23. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015[citado em 2017 abr. 18];1(20):249-58. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf
 24. Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014[citado em 2017 abr. 19];22(1):1-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76072/79803>
 25. Gomes, NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, Higashi GDC, Carneiro JB, Diniz NMF. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013[citado em 2017 abr. 28];17(4):683-89 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0683.pdf>
-