

**Carmen Oliveira Medeiros Melo**

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE  
REPRODUTIVA: A PERCEPÇÃO DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SUS, NA CIDADE DE NATAL/ RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

ORIENTADOR: Prof. Dr. George Dantas de Azevedo

Natal  
2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MODELOS MATEMÁTICOS PARA ESTIMATIVA DO CONSUMO MÁXIMO DE  
OXIGÊNIO PELA VENTILOMETRIA DE ESFORÇO EM INDIVÍDUOS  
SAUDÁVEIS**

**FERNANDO POLICARPO BARBOSA**

**NATAL- RN**

**2007**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:

Prof. Dr. Aldo da Cunha Medeiros

## Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCS

M528v Melo, Carmen Oliveira Medeiros.

Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva : a percepção de mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/RN / Carmen Oliveira Medeiros Melo. – Natal, RN, 2007.  
82 f.

Orientador: George Dantas de Azevedo

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Violência – Instituição de Saúde - Dissertação. 2. Medicina reprodutiva - Dissertação 3. Qualidade da Assistência à Saúde, Acesso e Avaliação – Dissertação. 4. Sistema Único de Saúde – Dissertação. I. Azevedo, George Dantas de.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614 (043.3)

**Carmen Oliveira Medeiros Melo**

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE  
REPRODUTIVA: A PERCEPÇÃO DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SUS, NA CIDADE DE NATAL/ RN

Presidente da Banca: Prof. Dr. George Dantas de Azevedo

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. George Dantas de Azevedo (UFRN)

Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas (UFPE)

Prof. Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos (UFRN)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raimunda de Medeiros Germano (UFRN)

*“Acontece que um olhar possa curar.  
Acontece, por vezes, que as palavras  
servam para sarar.  
Acontece muitas vezes, que o tempo  
seja apaziguador.  
Acontece, algumas vezes, que a fé  
sirva de alívio.  
Acontece, sem dúvida, que a confiança possa  
servir de amparo.  
Mas acontece, sempre, que o amor-ternura  
cura, traz a paz, alivia e ampara.”*

*J. Salomé*

## **Dedicatória**

A toda minha família, fonte do meu amor, respeito, inspiração, comprometimento e dedicação, em especial: meu esposo Alexandre, pelo companheirismo, carinho, força e determinação; meus pais Aldo e Marleide, pela cumplicidade e apoio; minhas filhas Cecília e Beatriz, que na sua inocência pueril, tentaram compreender minha ausência, na torcida pelo êxito deste trabalho. Vocês foram fundamentais para que eu concluísse este meu projeto pessoal/profissional.

## **Agradecimentos especiais**

Ao meu orientador, Prof<sup>o</sup> Dr. George Dantas de Azevedo, pela acolhida, coragem e dinamismo, meu afeto, respeito e admiração. Ao longo desse período de convivência, expressou, em todos os momentos, a importância da produção científica para o fortalecimento da pesquisa. Espero retribuir, com o meu trabalho, a confiança depositada. Sou muito grata por tudo.

À minha colaboradora Ms. Simone da Nóbrega Tomaz Moreira, pela disponibilidade e apoio, minha amizade. Você me deu uma grande contribuição.



## **Agradecimentos**

A Deus, que me fez perseverar, mesmo nos momentos de forte angústia;

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSA), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pela oportunidade proporcionada;

Às mulheres participantes voluntárias desta pesquisa;

Aos gestores da Maternidade Escola Januário Cicco, Centro de Saúde Reprodutiva Prof<sup>o</sup> Leide Moraes, Unidades Básica e Mista de Felipe Camarão, que autorizaram e proporcionaram a coleta de dados nestas instituições;

Às equipes do Grupo Auxiliar Saúde da Mulher (GAS)/ Subcoordenadoria das Ações Básicas de Saúde (SUAS)/ Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS/ SESAP-RN) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/ UFRN) e Faculdade de Cultura, Ciências e Extensão do RN (FACEX/ Coordenação de Serviço Social), pelo carinho e incentivo demonstrados ao longo desse percurso;

Aos alunos de iniciação científica dos cursos de Medicina e Enfermagem da UFRN, Franklin Freitas e Patrícia Manoela Oliveira, pela valiosa participação na coleta de dados;

Às(os) colegas e amigas(os) do Curso de Mestrado, base de pesquisa e grupo de estudos, pela compreensão, motivação e cooperação;

À equipe da secretaria do PPGCSA, pela atenção e presteza;

Às minhas amigas e amigos, pelos momentos constantes de motivação e apoio.

## Resumo

A violência institucional pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços oferecidos. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários(as) e profissionais dentro das instituições. Esta pesquisa objetiva analisar a percepção das mulheres em relação à ocorrência deste tipo de violência no cotidiano dos serviços de referência em saúde reprodutiva, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Natal/ RN. É pertinente à perspectiva interdisciplinar, na medida em que proporciona interação e complementaridade entre várias disciplinas, favorecendo, de forma integrada, a abordagem da temática em atividades de pesquisa, ensino e extensão. Foi realizado estudo transversal envolvendo amostra de 401 mulheres e abordagem qualitativa com amostra intencional de dez participantes, a qual constou de observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram analisados através das técnicas de regressão logística, análise de correspondência e análise de conteúdo temática categorial. As questões que investigaram diretamente a percepção da violência institucional obtiveram frequências de respostas afirmativas de 28,2% e 31,8%. Para o cálculo da amostragem, foi utilizado poder de 80% e alfa de 5%. A partir da observação participante, foi possível vivenciar que as principais queixas referiram-se à relação entre provedores de saúde e usuárias, traduzindo-se numa insatisfação quanto à forma de relacionamento interpessoal e à resolutividade em relação à demanda específica que motivou o atendimento. Quanto à análise de conteúdo, a partir do processo de categorização, destacaram-se 4 categorias: acesso; informação;

relação usuárias/ profissionais de saúde; e respeito/ dignidade. Foram identificadas seis subcategorias: impossibilidade de escolha; demanda reprimida; dificuldade de comunicação; relações interpessoais assimétricas; privacidade/ confidencialidade; Desrespeito. Pode-se concluir que os resultados apontam para existência de indicadores de violência institucional no cotidiano dos programas de atenção à saúde reprodutiva; no entanto, revela-se a dificuldade de abordagem desse fenômeno, principalmente devido às relações de poder envolvidas na interação usuárias/ provedores, decorrentes do não reconhecimento de determinadas situações como violadoras dos direitos sexuais e reprodutivos. Esses aspectos remetem, portanto, a questões socioestruturais que traduzem marcantes desigualdades, ratificadas por questões pertinentes à violação dos direitos das usuárias no âmbito do SUS.

**Palavras-chave:** Saúde Reprodutiva; Violência Institucional; Qualidade da Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde.

## Abstract

Institutional violence ranges from the most widespread lack of access to the poor quality of services provided. It includes abuses committed by virtue of the unequal power between patients and professionals within institutions. The aim of this study was to analyze the perception of women with regard to this type of violence, in the services offered at a reproductive health facility belonging to the National Health System (SUS) in Natal, Brazil. Interdisciplinary perspective is important, in that it provides interaction and complementarity between various disciplines, favoring, in an integrated way, a thematic approach in research activities, teaching and extension, involving professionals, students and researchers in medicine, social services, psychology, nursing, anthropology and physical therapy. A quantitative/qualitative approach was used, involving a sample of 401 women, as part of a transversal observational study. In the qualitative stage, which consisted of participatory observation and semi-structured interviews, we used an intentional sample of 10 individuals. The data were analyzed using logistic regression techniques, correspondence analysis and categorical thematic content analysis, showing that the 2 questions that investigated directly the perception of institutional violence obtained affirmative response frequencies of 28.2% and 31.8%, respectively. In regard to data collected in a field diary related to participatory observation, the main complaints referred to the health provider-patient relation, translated into dissatisfaction with the interpersonal relationship and with the resolution of the specific demand that required care. From content analysis, we classified 4 categories: Access; Information; Health professional-patient relation; and Respect/dignity. We identified 6 subcategories: Impossibility of choice; Repressed demand; Communication difficulty; Asymmetric interpersonal relations; Privacy/confidentiality; Disrespect. We concluded, therefore, that the data presented show that in the reproductive health care programs, there are indicators of institutional violence. However, it is difficult to approach this phenomenon, mainly because of the power relations involved in the patient-health care provider interaction, resulting from unawareness that determinate situations violate sexual

and reproductive rights. This can be explained by sociostructural questions that reveal marked inequalities, ratified by issues related to violation of the rights of National Health System (SUS) patients.

**Keywords:** Reproductive health; Institutional violence; Quality of health care; National Health System.

## **Lista de abreviaturas**

AC – Análise de Conteúdo

BEMFAM – Bem-Estar Familiar no Brasil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

CSRLM – Centro de Saúde Reprodutiva Prof<sup>o</sup> Leide Morais

IPPF – International Planned Parenthood Federation

MEJC – Maternidade Escola Januário Cicco

OR – Odds ratio

RG – Relações de gênero

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SR – Saúde Reprodutiva

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SUS – Sistema Único de Saúde

VG – Violência de gênero

VI – Violência institucional

UBSFC – Unidade Básica de Saúde de Felipe Camarão

UMSFC – Unidade Mista de Saúde de Felipe Camarão

## Sumário

Dedicatória .....	iv
Agradecimentos especiais .....	v
Agradecimentos .....	vi
Resumo .....	vii
Abstract .....	ix
Lista de Abreviaturas .....	xi
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>4</b>
<b>3 ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS.....</b>	<b>9</b>
<b>Artigo 1</b> “Considerações sobre Violência Institucional no Âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva”.....	9
<b>Artigo 2</b> “Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção de mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/RN”.....	29
<b>4 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES .....</b>	<b>64</b>
<b>5 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>
<b>6.APÊNDICES.....</b>	<b>74</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde se configura, em seu sentido amplo, uma questão de cidadania e não apenas um estado biológico independente do social, haja vistos os subsídios normativos contemporâneos e face aos novos paradigmas de atenção.

Com efeito, saúde reprodutiva, de acordo com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), define-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. Sob esse ponto de vista, ao conceito de saúde reprodutiva são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana, numa perspectiva de direitos<sup>(1, 2)</sup>.

Neste sentido, os direitos humanos das mulheres incluem ter controle e poder decidir livremente sobre as questões relativas a sua sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, sem estarem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência. Apesar disso, as violências que atingem as mulheres são múltiplas, abrangendo agressões ou abusos de natureza física, sexual e/ou verbal, os quais podem ser cometidos por pessoas íntimas, conhecidas, estranhas ou até mesmo por instituições<sup>(3, 4)</sup>.

Derivada do Latim, *Violentia*, que significa força, é um termo que remete às noções de constrangimento e de uso da superioridade, aos conflitos de autoridade, assimetria de poder, intenção de domínio, posse e aniquilamento em relação ao outro<sup>(5)</sup>. Pela abrangência, impacto e magnitude como fenômeno violador dos direitos humanos, e pelas potenciais repercussões sobre a saúde da



mulher, a violência é atualmente considerada um problema global de saúde pública<sup>(6)</sup>.

A relação entre violência de gênero e saúde tem se tornado cada vez mais visível, apesar desse fenômeno transgressor dos direitos humanos estar na transversalidade do cotidiano feminino, como uma problemática invisível, pela falta de reconhecimento enquanto tal<sup>(7)</sup>.

Há direitos garantidos, identificados como elementos balizadores para o modelo de intervenção proposto para a atenção à saúde, dos quais se destacam acesso à informação, escolha, privacidade, confidencialidade, ambiente social adequado, respeito às diferenças e acessibilidade, atendimento com qualidade e tratamento humanizado, constituindo o seu desrespeito, violência institucional<sup>(8)</sup>.

Sob esse ponto de vista, a violência institucional configura-se através de posturas que vão de encontro aos direitos e deveres das relações interpessoais, reconhecidos por lei, como respeito e dignidade, os quais, muitas vezes, são transgredidos e violados. É praticada por instituições prestadoras de serviços, por ação ou omissão, podendo incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso até à má qualidade dos serviços. Abrange ainda abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais, dentro das instituições.

No Brasil, sendo as mulheres as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), é provável que, na condição de usuárias, deparem-se com várias formas de violência institucional que não chegam a ser identificadas como tal, podendo, inclusive, ser naturalizadas ou banalizadas no cotidiano das instituições.

Sobre este aspecto, os estudos ainda são escassos na literatura, de forma que se torna importante conhecer a perspectiva da clientela usuária do SUS sobre esse fenômeno. É nesse contexto que emerge a pesquisa, ora apresentada, “Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção das mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/ RN”, justificada pela importância de se conhecer a perspectiva das usuárias do SUS sobre o atendimento, no sentido de se poder repensar o processo de trabalho, as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento.

Na presente pesquisa, optou-se por investigar a violência institucional, naturalizada como construção social e expressão das relações de poder, concebendo-a como inversa à qualidade de atenção, esta última como condição que assegura promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos, na perspectiva de um marco ético que garanta saúde integral e bem-estar.

A partir da percepção das usuárias das instituições públicas de saúde, pretende-se analisar sobre a (in)visibilidade da violência institucional, refletida no cotidiano dos serviços públicos de atenção à saúde reprodutiva, procurando-se estabelecer correlatos teóricos entre esse fenômeno e a fragilidade da qualidade de atenção.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

A violência como fenômeno histórico-social é transversal à experiência da humanidade. Faz-se presente no decorrer da história e das culturas e manifesta-se por meio das discriminações, crueldades, autoritarismo, lutas fratricidas, guerras, terrorismos, desprezo, menosprezo e processos de autodestruição<sup>(9)</sup>.

A dificuldade para a abordagem da violência deve-se ao fato desta constituir fenômeno da ordem do vivido, com manifestação de fortes emoções por parte dos envolvidos. Segundo Domenach, ela se revela nas relações sociais, mas é construída nas consciências e nas subjetividades<sup>(10)</sup>.

Concebida no que se refere ao ataque e à ruptura da integridade física, emocional, sexual e moral, não pode ser inscrita no plano ontológico. Para se trabalhar com a referência da ontologia, utiliza-se usualmente o conceito de Direitos Humanos. Sob essa ótica, violência consiste no que viola os direitos humanos<sup>(11)</sup>.

Pela natureza plural que a violência significa e pela radical experiência humana que representa na anulação do sujeito, concebe-se que não há como progredir em seu estudo sem tomá-la como objeto complexo e sensível, o que demanda interdisciplinaridade, intersetorialidade, além de particular aproximação científica, em que metodologia combina com ética

Numa visão ‘popular’, a violência é compreendida como crime, corrupção e pecado. Já numa perspectiva ‘erudita’, é entendida como negação de direitos do ‘outro’ e instrumento de poder. Em seus diversos aspectos, constitui uma herança

comum às situações vividas ao longo dos tempos. Fenômeno presente na humanidade, aparece em todas as classes sociais, culturas e sociedades<sup>(9)</sup>.

Há vários tipos de violência contra a mulher que podem ser expressas de diversas formas, dentre as quais destacam-se: violência física, psicológica, sexual, econômica e institucional<sup>(3)</sup>.

Vale salientar que violência institucional pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso até à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições. Deste modo, pode ser observada em situações específicas, manifestando-se de várias maneiras, dentre os quais destacam-se as peregrinações por diversos serviços na busca por atendimento, maus-tratos de profissionais para com usuários, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e violação dos direitos reprodutivos, constituindo condutas que remetem à discriminação.

Emerge como um desafio, enquanto problema a ser reconhecido, pela sua invisibilidade ou pelo não reconhecimento como violação.

Em todas as épocas e sociedades, há mulheres em situação de violência de gênero, compartilhando e vivenciando discriminações e opressões.<sup>(12-13-14)</sup>. Faz-se necessário admitir que sua gênese e manutenção na sociedade está relacionada ao conceito de patriarcado, pois implica o entendimento de que homens e mulheres têm uma participação não igualitária em decorrência de sua condição sexual, em um universo que legitima essa desigualdade, desencadeando relações de poder hierárquicas e assimétricas.

A abordagem das relações de gênero contempla uma construção cultural, que se inicia antes mesmo do nascimento, quando familiares projetam expectativas e sentimentos relacionados aos papéis e responsabilidades socialmente atribuídos a meninos e meninas<sup>(15)</sup>.

A categoria de análise social gênero, entendida fundamentalmente como uma construção social e, portanto, histórica, ratifica sua pluralidade, quanto aos conceitos de feminino e de masculino<sup>(16-17)</sup>.

Os estudos de gênero, portanto, têm questionado a concepção de natureza feminina e masculina e ratificam que as características consideradas peculiares à mulher e ao homem são, na verdade, socialmente construídas, produto de determinada educação<sup>(16,18,19)</sup>.

A sociedade reproduz, através das instituições legitimadas e tidas como referências, normas sobre o que se considera correto, através dos papéis sociais definidos pela construção dos gêneros<sup>(15)</sup>.

No Brasil, são evidentes as conquistas alcançadas no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos das mulheres. No entanto, constata-se um visível distanciamento entre a legislação vigente e as ações efetivas operacionalizadas no âmbito da saúde pública, sendo sua consolidação prática e cotidiana, na esfera institucional, extremamente frágil.

Destacam-se políticas e programas e/ ou projetos, ora executados, dentre os quais: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN); Política Nacional sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, além de normas técnicas voltadas para a atenção

humanizada ao abortamento inseguro; pré-natal e puerpério; manual de triagem obstétrica; e prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra as mulheres, entre outros<sup>(20)</sup>.

Para o combate e enfrentamento à violência de gênero, salienta-se a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra a mulher, cujo enfoque volta-se para a ampliação da rede de serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência, na capacitação de profissionais, na promoção de mudanças na legislação que eliminem a discriminação e o preconceito sexista, e favoreçam a realização de intervenções educativas e culturais

Nas últimas décadas, vários estudos foram desenvolvidos sobre qualidade de atenção nos serviços de saúde e sua correlação com a satisfação dos usuários, avaliação dos custos e benefícios dos serviços à clientela, além do enfoque sobre a importância da relação profissionais-usuários com vistas à humanização das práticas de saúde. Estas abordagens vêm sendo realizadas num contexto em que se vivenciou e vivencia muitos dilemas na sistematização e implementação da promoção à saúde no Brasil.

Pesquisas demonstram a ocorrência de situações violentas no âmbito da saúde reprodutiva, apontando para a necessidade da abordagem de gênero nas ações integradas de rotina<sup>(21)</sup>, além da necessidade de implantação e implementação de programas efetivos, com vistas à interdisciplinaridade e intersetorialidade<sup>(22)</sup>.

Ademais, considerando-se a literatura disponível que evidencia uma correlação entre desigualdade de gênero e violências e os avanços jurídicos/normativos pertinentes aos direitos sexuais e reprodutivos, depara-se ainda com

fragilidades e limitações que vão de encontro à efetividade de ações voltadas para a melhoria do acesso e disponibilidade e qualidade dos serviços oferecidos. Isto denota ambigüidades e ambivalências ou um visível distanciamento entre o discurso e a operacionalização das ações. Com efeito, justifica-se a preocupação com o debate sobre a violência institucional, por tratar-se de um acontecimento ainda muito restrito a determinados segmentos da sociedade, seja usuários, gestores ou profissionais da saúde.

Vislumbra-se contribuir para um repensar quanto aos processos de trabalho, práticas profissionais e formas de organização de serviços, visando ao seu aperfeiçoamento, buscando-se a possibilidade de oferecer às usuárias do SUS, um acesso calcado na qualidade da atenção.

### 3.ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS

**Artigo 1 - Artigo aceito para publicação, aprovado pelo Conselho Editorial da *FEMINA- Revista da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia***

**Título:** Considerações sobre Violência Institucional no Âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva

**Title:** Considerations on the Institutional Violence in the Public Sexual and Reproductive Health Programs

**Artigo 2 - Artigo em fase de submissão ao periódico *Cadernos de Saúde Pública/ Reports in Public Health (CPS)***

**Título:** Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção de mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal-RN

**Title:** Institutional violence in the reproductive health field: the perception of women using the National Health System (SUS) in Natal, Brazil.

#### ARTIGO 1

**Título:** Considerações sobre Violência Institucional no Âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva

**Título em inglês:** Considerations on the Institutional Violence in the Public Sexual and Reproductive Health Programs



**Autores:**

Carmen Oliveira Medeiros Melo<sup>1</sup>

Simone da Nóbrega Tomaz Moreira<sup>2</sup>

Franklin Freitas Tertulino<sup>3</sup>

George Dantas de Azevedo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>2</sup>Aluna de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>3</sup>Estudante do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>4</sup>Doutor em Ginecologia e Obstetrícia, Professor Adjunto do Departamento de Morfologia e Orientador junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**RESUMO**

Considerando a situação vulnerável em que se encontram as usuárias das instituições públicas de saúde, este estudo tem como objetivo analisar a percepção das mulheres em relação à ocorrência da violência institucional, no cotidiano dos serviços de referência em saúde sexual e reprodutiva. Reflete sobre a maneira como este tipo de violência emerge e persiste, seus contornos e abrangência, condicionando justificativas e formas de experimentá-la. Foi

realizado estudo observacional, do tipo transversal, em quatro serviços públicos da cidade de Natal-RN, sendo dois de referência estadual. Contemplou abordagens quantitativa e qualitativa, através da aplicação de 401 questionários e observação participante. Os resultados demonstram que há indicadores de violência institucional no âmbito das instituições, alertando-se, entretanto, para a dificuldade de abordagem deste fenômeno, face às relações de poder envolvidas na interação entre usuárias e profissionais. Ressalta-se ainda a relativa invisibilidade do problema, segundo percepção manifestada pelas mulheres envolvidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Sexual e Reprodutiva; Violência Institucional; Qualidade de Atenção .

## **ABSTRACT**

Considering the vulnerable situation in which users of public health institutions find themselves, this article seeks to analyze institutional violence, at four public sexual and reproductive health facilities in Natal, Brazil. The study reflects on the manner in which this type of violence emerges and persists, its forms and scope, and how it is justified and put into practice. An observational transversal study was performed using a quantitative and qualitative approach through 401 questionnaires and participant observation. Upon analyzing the sociodemographic data of the participants, it was observed that the indicators of institutional violence exhibit discriminatory aspects related to gender, race/ethnicity and social class, despite their relative invisibility, demonstrated by the non-recognition of the phenomenon as a transgression of rights, according to the perception manifested by the women involved.

**KEYWORDS:** Sexual and Reproductive Health; Institutional Violence; Quality of Care

O atual modelo proposto para a atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) no Brasil prevê direitos garantidos, como acesso à informação, privacidade, confidencialidade, ambiente social adequado, respeito às diferenças e acessibilidade, configurando seu desrespeito uma violência institucional (Ventura, 2004). Nesse contexto de integralidade das ações em saúde, torna-se cada vez mais importante a discussão entre os profissionais de saúde de todos os fatores responsáveis pela melhoria na qualidade do atendimento e humanização. No campo específico da Tocoginecologia, esse tema assume relevância crucial, visto que no exercício dessa especialidade emergem diferentes contextos de vulnerabilidades, justificando a necessidade de uma avaliação contínua das ações desenvolvidas e discussão ampla no sentido de garantir uma melhor assistência à saúde sexual e reprodutiva (Faúndes, 2004; Pacheco, 2004).

Segundo definição do Ministério da Saúde, 2002, violência institucional consiste naquela *“exercida nos/ pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços e abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional”*. Sob tal perspectiva, esse fenômeno transgressor pode ser observado em situações específicas no cotidiano dos tocoginecologistas, manifestando-se de várias maneiras, muitas delas pouco percebidas pelos profissionais e usuários enquanto violência institucional. Como exemplos, podemos destacar: peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento, longas esperas, maus tratos de profissionais para com os usuários, frieza, rispidez, intimidação, falta de atenção, negligência, falta de insumos e

violação dos direitos reprodutivos, constituindo condutas que remetem à discriminação.

Por violência institucional, portanto, concebe-se um fenômeno decorrente das relações de poder assimétricas e geradoras de desigualdades, presentes na sociedade contemporânea, e incorporadas à cultura das relações sociais estabelecidas em algumas instituições, sejam elas públicas ou privadas. No contexto do sistema público de saúde, a violência institucional emerge através dos serviços oferecidos em condições inadequadas, podendo implicar em danos físicos e psicológicos para a mulher, assim como trazer sérias repercussões para sua saúde sexual e reprodutiva.

Por saúde sexual e reprodutiva entende-se “*o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos*” (CIPD, 1994). Nesse conceito estão implícitos os direitos à informação e ao acesso a serviços e cuidados de saúde adequados, de forma a possibilitar uma vida sexual segura e satisfatória, com capacidade para reproduzir e liberdade para decidir se, quando e com que frequência realizá-la. Violações de alguns desses direitos, culminando com posturas que remetem à violência institucional, podem gerar resultados devastadores para a saúde sexual e reprodutiva da mulher, além de afetar seu bem-estar físico, mental e social.

As mulheres representam a metade da população brasileira (50,8%) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde-SUS (MS, 2004). Na busca pelo atendimento em saúde, é provável que muitas usuárias se deparem com várias formas de violência institucional, nem sempre identificadas, sendo

importante destacar que este tipo de comportamento reflete uma outra desigualdade de poder inerente às relações sociais entre os sexos – as relações de gênero.

No Brasil, são evidentes as conquistas alcançadas no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos das mulheres. No entanto, constata-se um visível distanciamento entre a legislação vigente e as ações efetivas, operacionalizadas no âmbito da saúde pública. De acordo com abordagem de Machado, 2002, “... *na esfera institucional, sua consolidação prática e cotidiana é extremamente frágil. A discriminação é tão enraizada em valores tradicionais que emerge no interior mesmo das práticas e decisões institucionais, tanto públicas, quanto privadas.*”

Pesquisas demonstram a ocorrência de situações violentas no âmbito da saúde reprodutiva (D’Oliveira et al., 2000; Schraiber, 2005), apontando para a necessidade da abordagem de gênero nas ações integradas de rotina (Gargia-Moreno C, 2002; Parsons et al.,2000), além da implantação e implementação de programas efetivos, com vista à intersectorialidade (Raynaut, 2004; Faúndes, 2004).

A partir da percepção das usuárias no universo pesquisado e considerando a situação de vulnerabilidade em que se encontram, no presente trabalho buscou-se analisar a percepção dessas mulheres em relação à ocorrência da violência institucional, procurando estabelecer correlatos teóricos entre esse fenômeno e a perspectiva da qualidade de atenção.

Realizou-se estudo observacional do tipo transversal, baseado nas informações de 401 questionários aplicados junto a mulheres usuárias de instituições prestadoras de assistência na área de saúde sexual e reprodutiva, na

cidade de Natal-RN, no período de março a setembro de 2005. Para complementar a aplicação dos questionários, utilizou-se de abordagem qualitativa, através da técnica “observação participante”. A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Processo 003/ 2005) e todas as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O universo da pesquisa foi constituído por instituições representativas dos três níveis de assistência à saúde, sendo no nível primário o Centro de Saúde e a Unidade Mista de Felipe Camarão; no nível secundário o Centro de Saúde Reprodutiva Professor Leide Moraes, e no nível terciário a Maternidade Escola Januário Cicco, pertencente ao Complexo Hospitalar e de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 10 anos, vinculação a algum dos programas de saúde sexual e reprodutiva das unidades de saúde selecionadas, demonstrar capacidade para responder às questões pertinentes ao instrumento utilizado e apresentar disponibilidade voluntária em participar da investigação.

Para coleta dos dados, foi utilizado questionário elaborado exclusivamente para esse fim, tendo como subsídio o “Manual para provedores e Gerentes de Serviços do Programa de Fortalecimento da Qualidade de Atenção em Saúde Reprodutiva *Quality of Care*”, redigido pela Unidade Médica e Técnica do *International Planned Parenthood Federation* – IPPF, cujo propósito consiste em introduzir e operacionalizar a melhoria da qualidade de atenção, de maneira participativa e sustentável (Huezo, 2002). Esse manual, adotado no Brasil pela BEMFAM (Bem-Estar Familiar no Brasil), estabelece que os(as) clientes têm como

direitos garantidos: informação, acesso, escolha, segurança, privacidade, confidencialidade, conforto, continuidade de atenção e direito a expressar sua opinião. A elaboração do referido texto pautou-se em extensiva revisão das publicações existentes do IPPF e outras organizações a ele filiadas, incorporando conceitos e informações contidas no *IPPF Medical and Service Delivery Guidelines for Family Associations* (1997).

Com base nos princípios propostos por esse manual, como norteadores da qualidade da assistência em saúde sexual e reprodutiva, foram elaborados questionamentos destinados a abordar cada um dos direitos estabelecidos, com o propósito de detectar a percepção das usuárias sobre a fragilidade na assistência e, com isso, fornecer indicadores da violência institucional no âmbito dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva. Nesse sentido, o instrumento de pesquisa foi composto por questões elaboradas de forma a abordar cada um desses direitos (15 questões constituindo a variável resposta), além das características individuais das entrevistadas (16 questões como variáveis explicativas). Foi realizada técnica de amostragem estratificada, tomando por base a demanda mensal de atendimentos em cada unidade selecionada, o que resultou numa estimativa amostral de 400 questionários. Para o cálculo de amostragem, foi utilizado poder de 80% e alfa de 5%.

Para construção da variável resposta, ponderou-se que a variável principal consiste no resultado de escores originados da codificação das outras variáveis que indagam sobre as características do atendimento em saúde, na perspectiva da qualidade de atenção. (Tabela 1). Considerou-se que sempre que uma usuária respondesse de forma positiva ao indício da fragilidade na qualidade da atenção,



seria acrescido valor 1 a essa variável principal. Caso contrário, seria acrescido o valor 0. Portanto, se uma usuária demonstrasse-se insatisfeita em todas as fases do atendimento, o resultado da soma dos escores seria 15. Caso contrário, o resultado seria 0. Nesse sentido, quanto maior o escore, maior a insatisfação da usuária em relação ao atendimento e, conseqüentemente, maior a percepção da fragilidade na qualidade de atenção.

Visando testar a reprodutibilidade do questionário utilizado para coleta de dados, realizou-se estudo piloto em cada um dos serviços supramencionados, com inclusão de, no mínimo, 10% das voluntárias de cada instituição, totalizando 52 entrevistadas nessa etapa da pesquisa. A realização do estudo piloto teve por objetivo a identificação de possíveis erros no entendimento do questionário pelas voluntárias, assim como a necessidade de reformulação de questões passíveis de interpretação equivocada. Após conclusão do estudo piloto, passou-se à aplicação do instrumento para a totalidade da amostra selecionada, etapa que se processou por amostragem aleatória simples em cada uma das unidades de saúde.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, utilizando-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS for Windows* versão 10.0.1. As comparações das freqüências das diversas categorias consideradas no estudo foram realizadas através do teste qui-quadrado (análise bivariada).

Na abordagem qualitativa foi utilizada a “observação participante”, enquanto técnica que favorece captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, mas observados diretamente na realidade enfocada (Deslandes et al., 2003), neste caso nos próprios locais de

atendimento. Esses dados foram registrados nas observações sobre conversas informais, falas ou expressões pertinentes às representações sociais das supracitadas usuárias. Foram anotadas sob o formato de “Diário de Campo”.

A casuística estudada foi constituída por 401 mulheres, com idade entre 12 e 77 anos, sendo a média de idade  $33,4 \pm 13,1$  anos, com média de  $2,7 \pm 1,8$  filhos. O preenchimento do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, diretamente condicionado à participação voluntária na pesquisa, gerou resistências em uma parcela das mulheres selecionadas, motivadas pelo receio em manifestar insatisfação relacionada ao atendimento. Procurou-se esclarecer devidamente a metodologia proposta, salientando o caráter confidencial e anônimo quanto ao registro dos dados coletados.

Essas usuárias foram atendidas por instituições representativas dos três níveis de assistência, na área de saúde sexual e reprodutiva, sendo 158 (39,5%) no nível primário, 139 (34,6%) no secundário e 104 (25,9%) no terciário. Observou-se uma freqüência de 56,6% de pardas (n=227). Com relação à renda, 217 (54,1%) tinham renda mensal de até um salário mínimo, enquanto que apenas 12 (3%) recebiam acima de quatro salários mínimos. Quanto à escolaridade, 207(51,6%) tinham cursado até o 8º ano do ensino fundamental e apenas 14(3,5%) relataram nível universitário. As usuárias responderam, em sua maior parte, serem casadas ou estarem vivendo em união consensual (n=299; 74,6%).

Para classificação das mulheres em dois grupos com relação à maior ou menor percepção da fragilidade na qualidade da atenção, foi utilizado o nível de corte de 6 ou mais respostas afirmativas, na parte do questionário contendo as 15 perguntas elaboradas para esse fim. Esse ponto de corte correspondeu ao

percentil 75 da distribuição dos escores individuais de todas as voluntárias incluídas na pesquisa. O grupo de mulheres que apresentou menor percepção da fragilidade na qualidade da atenção (Nível A = escores <6) foi constituído por 323 voluntárias, sendo comparado ao grupo de 78 mulheres que apresentaram maior percepção (Nível B = escores  $\geq$  6). Essas comparações foram realizadas em relação às diversas variáveis explicativas investigadas na outra parte do questionário, sendo descritas a seguir.

Foram observadas associações estatisticamente significativas entre a variável resposta e as seguintes variáveis explicativas: nível de atendimento, raça/etnia e número de filhos. As categorias que apresentaram maior percepção da fragilidade do atendimento foram mulheres atendidas no nível primário, pertencentes à raça negra e com maior número de filhos. Não evidenciamos associações estatisticamente significativas entre os níveis de percepção da fragilidade na qualidade de atenção e as variáveis renda mensal, faixa etária, estado civil e escolaridade.

Na tentativa de quantificar a opinião manifestada pelas usuárias, foram analisados os percentuais de respostas indicativas de fragilidade do atendimento, em relação às diversas questões abordadas. Analisando-se as respostas das voluntárias acerca dos diversos indicadores implicados no conceito de violência institucional, tais como acesso, qualidade de atendimento, direito de escolha, informação etc, foram evidenciados resultados que apontam para a importância da abordagem desse fenômeno dentro da prática atual dos tocoginecologistas. Questionamentos realizados acerca da qualidade do atendimento revelaram que 41,5% das usuárias tiveram que comparecer mais de uma vez à unidade de saúde

para conseguir atendimento. Cerca de 67,1% não puderam escolher o profissional para lhe atender e 60,3% esperaram mais de duas ou três horas para serem atendidas. Para 31,4% não havia cadeiras ou bancos disponíveis para todos no ambiente de espera. Quando questionadas sobre se “já haviam presenciado algum fato que as tivesse deixado indignadas” ou se já haviam “em algum momento, se sentido frustradas, constrangidas ou violentadas, em sua expectativa de um atendimento de qualidade”, as frequências de respostas afirmativas foram 28,2 e 31,8%, respectivamente (Tabela 1).

A despeito dos resultados apresentados, é provável que o percentual de mulheres insatisfeitas com a qualidade do atendimento ainda esteja subestimado, na medida em que, na condição de usuárias, não foram capazes de identificar nenhuma transgressão ao direito de acesso à saúde com qualidade, num contexto em que sua fragilidade ou negação poderia vir a implicar em danos, sejam físicos, psicológicos ou sociais.

Essa invisibilidade do fenômeno violador de direitos poderia estar relacionada ao fato de que o termo violência, numa perspectiva genérica, traz no seu bojo, nomeações ou significações, desde torturas, mortes e assassinatos, de uma forma que a violência presente no imaginário e na concepção das mulheres remete a tais situações. O que ocorre com essas mulheres “*é menos uma questão de escolha e mais de contexto. Elas vivem em um universo sociocultural no qual todos os valores que explicitam têm relevância prática*” (Gregori, 1993). Até se chateiam, resmungam e reclamam do serviço, mas não chegam a conceber a situação como violenta.

No entanto, através da observação participante, tornou-se possível o acesso a informações sobre a realidade das usuárias em seu próprio contexto. Pôde-se acompanhar a rotina das “salas de espera” das respectivas unidades de saúde e ter contato direto com algumas situações, registradas em diários de campo, das quais destacam-se, segundo comentários manifestados pelas próprias usuárias: dificuldade de marcação de consultas, tempo de espera longo, impossibilidade de escolha da categoria profissional ou especialidade médica, escassez de insumos e falta de privacidade.

A partir dos registros provenientes da observação participante, evidenciou-se ainda a dificuldade de abordagem do tema no âmbito dos serviços públicos de atenção à saúde sexual e reprodutiva. Corroborando esse fato, observou-se que, em várias situações, as respostas fornecidas quando da aplicação do questionário não correspondiam aos comentários informais manifestados anteriormente junto a outras mulheres, de forma espontânea, na sala de espera. Tal fato vem atestar apreensão ou medo por parte das usuárias em expressar a inadequação do atendimento institucional às suas necessidades, talvez pelo fato de imprimirem aos contatos que mantêm com os provedores uma idéia de vínculo e dependência em potencial, dada a sua condição de usuárias subseqüentes dos respectivos serviços de saúde.

Sobre o atendimento dos profissionais, destacaram-se comentários sobre grosserias, descasos e a rapidez com que realizaram alguns procedimentos e atendimentos. As principais queixas referiram-se à relação entre provedores de saúde e usuárias, traduzindo-se numa insatisfação quanto à forma de

relacionamento interpessoal e também quanto à resolutividade em relação à demanda específica que motivou o atendimento.

Em geral, as unidades de saúde trabalham programas integrados, os quais demandam uma atuação que não é prerrogativa de uma única categoria profissional, mas de toda uma equipe, ainda que os seus componentes sejam definidos através de papéis diferenciados. A análise dos dados do questionário complementada pela observação participante, ratifica portanto, a dificuldade de aferição quanto à ocorrência de violência institucional, em virtude de valores e sentimentos inerentes à problemática.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados apresentados apontam que no cotidiano dos programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva existem indicadores de violência institucional; no entanto, revela-se a dificuldade de abordagem desse fenômeno, principalmente devido às relações de poder envolvidas na interação usuárias-provedores. Nesse sentido, essa relativa invisibilidade pode ser decorrente do não reconhecimento, por parte das mulheres usuárias do SUS, de determinadas situações como violadoras de direitos sexuais e reprodutivos.

O contexto onde se dá a especificidade da violência institucional ora analisada refere-se a instituições integrantes do Sistema Único de Saúde, concebido e operacionalizado como conquista da população e instrumento de viabilização dos direitos à saúde no Brasil. Apesar disso, tem refletido as dimensões da sua fragilidade, quer seja por problemas de financiamento,

inadequação da política de pessoal, distorção das práticas assistenciais ou por baixa eficiência e eficácia de gestão, o que termina se refletindo num hiato entre o discurso proposto, a legislação vigente e a efetividade das ações desse sistema público de saúde. A despeito dos avanços jurídico-normativos pertinentes aos direitos sexuais e reprodutivos, depara-se com fragilidades e limitações que vão de encontro à efetividade dos programas, destacando-se um visível distanciamento entre o discurso e a operacionalização das ações.

O debate sobre o fenômeno da violência, enfatizando-se aqui a institucional, seja teórico ou prático, é inerente aos Direitos Humanos, mas ainda está muito restrito nos vários segmentos da sociedade, seja entre usuários, gestores ou profissionais. Urge, pela sua emergência e persistência, adequada sistematização e implementação dessa discussão, tendo em vista sua abrangência e complexidade.

## LEITURAS SUPLEMENTARES

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço/ Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço/ Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, 1994, Cairo. Poblacion y desarrollo: Programa de Acción adoptado em la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo, el Cairo. New York: Naciones Unidas, 1995.
5. Deslandes SF; Minayo MCS (Org.); Neto, OC et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22<sup>a</sup> ed., Petrópolis: Vozes; 1994.
6. D'Oliveira AFPL; Diniz SG; Schraiber LB. Violence against Woman in Health-Care Institutions: An Emerging Problem. Lancet 2002; 359:1681-5.
7. Faúndes A; Araújo MJO; Neto JA. Relatório Final: VIII Fórum Interprofissional para atendimento Integral da Mulher Vítima de Violência Sexual. Femina 2004; 32:455-61.



8. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for na appropriate health. Service response to violence against women. Lancet 2002; 359:1509-14.
9. Gregori MF. Cenas e Queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. São Paulo: ANPOCS; 1992.
10. Hotinsky SN; Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em Obstetrícia. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10: 639-49.
11. Huevo-Toledo, C. Processo de Melhoria da Qualidade da Atenção: Manual para Provedores/ as e Gerentes de Serviços. Unidade Médica e Técnica do International Planned Parenthood Federatinon-IPPF. Londres, 2002.
12. IPPF Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning Associations. IPPF, WHO an AVSC International, 1997.
13. Machado LZ. Os frágeis direitos da mulher. Revista de Promoção da Saúde 2002; ano 3, nº 6. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde.
14. Pacheco ECB; Santa ESC; Tsuchiya MJ; Muñoz, DR. Atendimento Integrado às Vítimas de Crise Sexual: Programa Bem-Me-Quer. Femina 2004; 32:463-6.
15. Parsons L; Goodwin MM; Petersen R. Violence against women an reproductive health: toward defining a role for reproductive health care services. Matern Child Health J. 2000; 4: 135-40.
16. Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. Rev. Bras. Epidemiologia 2002; 5: 43-55.
17. Schraiber LB; D'Oliveira AFPL; Falcão MTC et al. Violência Dói e Não é

Direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.

18. Ventura, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2004.

**Tabela 1. Distribuição das proporções contribuintes para a percepção da fragilidade na qualidade de atenção.**

<b>Questionamentos sobre o atendimento</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Proporção</b>	<b>p-valor</b>
Pôde escolher o (a) profissional para lhe atender	88	269	Não/Sim = 0,75	0,0001
Considera-se esclarecida sobre as dúvidas que trouxe a consulta	301	100	Não/Sim = 0,25	0,0001
Sabe como proceder caso necessite de atendimento especializado (referência) ou exame complementar	251	150	Não/Sim = 0,37	0,0001
Foi explicada sobre todos os procedimentos realizados durante o exame ginecológico	196	88	Não/Sim = 0,31	0,0001
Foi adequadamente coberta durante o atendimento/exame?	217	66	Não/Sim = 0,23	0,0001
Presença de outras pessoas, além do profissional responsável, durante o atendimento ou exame ginecológico	120	165	Sim/Não = 0,42	0,009
Necessidade de vir mais de uma vez à Unidade de Saúde para conseguir atendimento	165	236	Sim/Não = 0,41	0,0001
Disponibilidade de bancos ou cadeiras para adequada acomodação na sala de espera	275	126	Não/Sim = 0,31	0,0001
Satisfação com o tipo de atendimento prestado pelo pessoal de apoio	263	95	Não/Sim = 0,27	0,0001
Indignação com algum fato que tenha presenciado em relação a si própria ou qualquer outra usuária da Unidade de Saúde	113	288	Sim/Não = 0,28	0,0001
Sentimento de frustração, constrangimento ou de ter sido violentada por ocasião do atendimento recebido	127	273	Sim/Não = 0,32	0,0001

**Título:** Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção de mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/ RN

**Title:** Institutional violence in the reproductive health field: the perception of women using the National Health System (SUS) in Natal, Brazil.

**Autores:**

Carmen Oliveira Medeiros Melo<sup>1</sup>

Simone da Nóbrega Tomaz Moreira<sup>2</sup>

Patrícia Manuella de Oliveira<sup>3</sup>

George Dantas de Azevedo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>2</sup>Aluna de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>3</sup>Estudante do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>4</sup>Doutor em Ginecologia e Obstetrícia, Professor Adjunto do Departamento de Morfologia e Orientador junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**Instituição:** Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN

## RESUMO

Este artigo objetiva analisar sobre a percepção de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde(SUS), no que se refere à ocorrência de indicadores da violência institucional nos três níveis de atenção à saúde reprodutiva, em Natal-RN. Foi utilizada abordagem quanti-qualitativa, envolvendo amostra de 401 mulheres como parte de estudo observacional do tipo transversal. Na etapa qualitativa, que constou de observação participante e entrevistas semi-estruturadas, foi utilizada amostra intencional de dez participantes. Os dados foram analisados através das técnicas de regressão logística, análise de correspondência e análise de conteúdo temática categorial. Os resultados apontam que há indicadores de violência institucional no âmbito das unidades pesquisadas, alertando-se para a dificuldade de abordagem deste fenômeno, face às relações de poder envolvidas na interação usuária-profissional. Questões que investigaram diretamente a percepção da violência institucional obtiveram freqüências de respostas afirmativas de 28,2 a 31,8%. Para o cálculo da amostragem, foi utilizado poder de 80% e alfa de 5%.Esses dados apontam uma relativa invisibilidade da violência institucional, o que remete a questões sócio-estruturais que traduzem marcantes desigualdades, ratificadas por questões pertinentes à violação dos direitos das usuárias no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Saúde Reprodutiva; Violência Institucional; Qualidade da Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde

## **ABSTRACT**

The purpose of this article was to analyze the perception of women users of the National Health System (SUS) in relation to indicators of institutional violence at the three levels of reproductive health care in Natal, Brazil. We used a quantitative/qualitative approach involving a sample of 401 women, as part of a transversal observational study. In the qualitative stage, which consisted of participant observation and semi-structured interviews, we used an intentional sample of ten subjects. The data were analyzed using logistic regression techniques, correspondence analysis and thematic content analysis. The results show the presence of institutional violence indicators in the health units studied, and serve as an alert to the difficulty of approaching this phenomenon, given the power relationships involved in patient-professional interactions. Questions that directly addressed the perception of institutional violence obtained affirmative answer rates between 28.2 and 31.8%. These data point to the relative invisibility of institutional violence, which reverts back to social-structural problems of marked inequality, supported by questions pertinent to the violation of patients' rights in the National Health System.

Keywords: Reproductive health; Institutional violence; Quality of health care; National health System

## INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado. Configura relevância pública e é regulamentada por leis, pressupondo eficácia e eficiência. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve prestar serviços de qualidade e apresentar soluções pertinentes, de acordo com a demanda, utilizando-se da racionalidade, conforme a realidade local e a disponibilidade dos recursos existentes<sup>1</sup>.

Enquanto política social integrante do Sistema de Seguridade Social instituído pela Constituição Brasileira desde 1988, a política de saúde funda-se nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. As ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, cuja organização possui como diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação dos cidadãos, regulamentando o direito universal e incondicional de acesso aos serviços e benefícios preconizados<sup>2</sup>.

Com a implantação do SUS, demandou-se um repensar quanto ao funcionamento dos serviços e à busca pela melhoria da qualidade de atenção. Segundo Dimenstein e Santos<sup>3</sup> emergiu, portanto, uma demanda por serviços não massificados, eficazes e adequados às peculiaridades de cada região, instituição de saúde e população usuária.

De acordo com Ventura<sup>4</sup>, o atual modelo de intervenção proposto para a atenção à saúde, incluindo a reprodutiva, prevê direitos garantidos, como acesso à informação, privacidade, confidencialidade, ambiente social adequado, respeito às diferenças e acessibilidade, configurando-se seu desrespeito como violência institucional.

Por violência institucional, concebe-se um fenômeno decorrente das relações de poder assimétricas e geradoras de desigualdades, predominantes na sociedade capitalista contemporânea e incorporadas à cultura hegemônica das relações sociais estabelecidas em instituições, sejam elas públicas ou privadas. Segundo definição do Ministério da Saúde<sup>5</sup>, violência institucional consiste naquela “exercida nos/ pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional”.

Sob tal perspectiva, este fenômeno transgressor pode ser observado em situações específicas, manifestando-se de várias maneiras, dentre as quais se destacam as peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento, maus tratos de profissionais para com usuários, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e violação dos direitos reprodutivos, constituindo condutas que remetem à discriminação.

Tais posturas vão de encontro aos direitos e deveres das relações interpessoais, reconhecidos por lei, como respeito e dignidade, os quais, muitas vezes são transgredidos e violados. Para D’Oliveira, Diniz e Schraiber,<sup>6,7</sup> é fundamental que o serviço não seja violento por si só, em decorrência de posturas negligentes ou agressivas.

De acordo com Luz<sup>8</sup>, as relações de poder nas instituições exprimem-se em uma rede de normas que instituem dominantes e dominados. Nesse sentido, a institucionalização da atenção à saúde emerge como forma de poder hegemônico



na atenção e assistência, sendo que ações e serviços institucionais constituem um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora). Para a autora, as instituições podem ser compreendidas como a cristalização de modos de poder, estabelecendo que as táticas para implantação dos saberes de grupos hegemônicos através das instituições podem ser exercidas através das políticas de saúde (discurso institucional), saber médico (ensino e pesquisa) e nas práticas de atenção médica (formas de atuação médica).

No Brasil, as mulheres representam a metade da população (50,8%) e são as principais usuárias do SUS, seja em busca do seu próprio atendimento ou na condição de acompanhantes ou cuidadoras<sup>9</sup>. Nesse sentido, considerando as fragilidades do sistema, é provável que muitas usuárias se deparem com várias formas de violência institucional que não chegam a ser identificadas como tal, podendo, inclusive, ser naturalizadas ou banalizadas no cotidiano das instituições. Sobre esse aspecto, os estudos ainda são escassos na literatura, de forma que se torna importante conhecer a perspectiva da clientela usuária do SUS sobre o atendimento prestado, no intento de se poder repensar o processo de trabalho, as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento<sup>10</sup>.

No presente artigo, busca-se analisar a percepção das usuárias de instituições públicas de saúde, em relação à ocorrência da violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva, procurando-se estabelecer correlatos teóricos entre esse fenômeno e a perspectiva da qualidade de atenção.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Desenho do estudo e casuística**

Foi realizado estudo com abordagem quanti-qualitativa, constando de pesquisa observacional, do tipo transversal e realização de entrevistas semi-estruturadas. Foram estudadas 401 mulheres usuárias de instituições representativas dos três níveis de assistência à saúde reprodutiva, em Natal-RN. Para cálculo estatístico do tamanho amostral foi realizada técnica de amostragem estratificada, tomando por base o número de atendimentos em cada uma das unidades selecionadas e adotando-se poder de 80% e alfa de 5%.

Em relação à abordagem qualitativa, foi utilizada amostra intencional de dez mulheres, selecionadas a partir da casuística supracitada. Quanto à validade dessa amostra, assumiu-se que a amostra ideal seria “aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” conforme abordagem de Deslandes<sup>11</sup>, considerando-se nesse sentido, a capacidade de responder às questões colocadas, a repetição de falas e o esgotamento das categorias nos discursos das entrevistadas.

A coleta de dados ocorreu no período de março a setembro de 2005. Como instituições representativas da atenção básica, foram incluídas as Unidades Básica e Mista de Saúde de Felipe Camarão, bairro localizado no distrito Oeste da cidade de Natal-RN. Em relação à média e alta complexidades, as unidades escolhidas foram, respectivamente, o Centro de Saúde Reprodutiva Professor Leide Morais e a Maternidade Escola Januário Cicco, esta última pertencente ao Complexo Hospitalar e de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

As voluntárias foram selecionadas com base nos seguintes critérios de inclusão: estar cadastrada a um dos programas integrados de atenção à saúde reprodutiva desses serviços, demonstrar capacidade cognitiva para o entendimento dos propósitos e métodos do estudo, além de disponibilidade para participar voluntariamente da investigação. O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN (Processo nº 003/ 2005) e todas as voluntárias assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Abordagem quantitativa**

Para coleta dos dados, foi utilizado questionário elaborado exclusivamente para os objetivos da pesquisa, constando de uma parte inicial destinada a abordar variáveis explicativas para o desfecho pesquisado, totalizando 10 questões. Essas questões referiram-se a idade, escolaridade, cor da pele (auto-referida), programa de saúde vinculado, número de filhos, nível do atendimento, estado civil, renda familiar mensal e religião.

A variável dependente do estudo foi a percepção das usuárias acerca de indicadores de violência institucional, traduzindo-se como parâmetro de qualidade da assistência. Para abordagem da variável dependente, utilizamos como subsídio o “Manual para Provedores e Gerentes de Serviços do Programa de Fortalecimento da Qualidade de Atenção em Saúde Reprodutiva *Quality of Care*”, redigido pela Unidade Médica e Técnica do *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*, cujo propósito consiste em introduzir e operacionalizar a melhoria da qualidade de atenção, de maneira participativa e sustentável<sup>12</sup>. A elaboração do referido texto pautou-se em extensiva revisão das publicações

existentes do *IPPF* e outras organizações a ele filiadas, incorporando conceitos e informações contidas no *IPPF Medical and Service Delivery Guidelines for Family Associations* (1997). Esse manual estabelece que os(as) clientes têm como direitos garantidos a informação, acesso aos serviços, escolha, segurança, privacidade, confidencialidade, dignidade, conforto, continuidade de atenção e direito a expressar suas opiniões.

Com base nesses princípios norteadores da qualidade da assistência em saúde reprodutiva, foram elaborados questionamentos destinados a abordar cada um dos direitos estabelecidos, com o propósito de detectar a percepção das usuárias sobre a fragilidade na assistência e, dessa forma, obter indicadores da violência institucional no âmbito dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva. Nesse sentido, foram elaboradas 15 questões objetivando investigar os diversos indicadores de qualidade da assistência, obedecendo-se a seguinte distribuição: escolha (Q1), direito de expressar opiniões (Q2, Q3, Q13), direito à informação (questões Q4, Q5, Q6, Q7), dignidade e conforto (Q8, Q9, Q12), privacidade e confidencialidade (Q10) e acesso (Q11). Com intuito de abordar diretamente a percepção sobre a ocorrência de violência institucional, foram elaboradas duas questões norteadoras com o seguinte conteúdo: “se já havia presenciado algum fato que a tenha deixado indignada em relação ao tipo de atendimento prestado” (Q14) e “se em algum momento havia se sentido frustrada, constrangida ou violentada frente ao atendimento recebido” (Q15).

Visando testar a reprodutibilidade do instrumento utilizado para coleta de dados, realizou-se estudo piloto em cada um dos serviços supramencionados, com amostragem de no mínimo, 10% do tamanho amostral por unidade,

totalizando 44 entrevistadas. Essa etapa teve como objetivos identificar possíveis erros no entendimento do questionário por parte das voluntárias, bem como avaliar a necessidade de reformulação de questões passíveis de má interpretação. Concluída essa etapa e realizadas as modificações necessárias, passou-se à fase de aplicação do instrumento ao universo selecionado.

Todas as questões tinham como resposta “sim” ou “não” e com objetivo de minimizar eventuais vieses relacionados à coleta dos dados, a formulação foi realizada de maneira que as respostas indicadoras da fragilidade da atenção foram alternadas entre “sim” ou “não”, ao longo do questionário. Para construção da variável resposta, considerou-se que sempre que uma usuária respondesse de forma positiva ao indício da fragilidade na qualidade da atenção, seria acrescido valor 1 a essa variável principal. Caso contrário, seria acrescido o valor 0. Portanto, se uma usuária demonstrasse insatisfação em relação a todas as questões formuladas sobre o atendimento, o escore final seria 15. Caso contrário, o resultado seria 0 (zero). Nesse sentido, quanto maior o escore, maior a insatisfação da usuária em relação ao atendimento e, conseqüentemente, maior a percepção da fragilidade na qualidade de atenção. Com esse procedimento, obteve-se um escore individual para cada participante do estudo.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, utilizando-se o software estatístico SPSS for Windows versão 13.0. Para verificação de possíveis associações entre variáveis foram utilizados o teste qui-quadrado e modelos de regressão logística, adotando-se nível de significância de 5%.

Para a análise de regressão logística, considerou-se como variável dependente a “maior percepção da fragilidade da atenção”, a qual foi definida

como o quartil superior da distribuição de respostas positivas aos indicadores da violência institucional ( $\geq$ percentil 75 ou escore individual  $\geq 6$ ). A construção do modelo obedeceu a processo de seleção com inserção progressiva das variáveis. As variáveis independentes (explicativas) utilizadas no modelo de regressão logística foram: faixa etária, cor, número de filhos, nível do atendimento, estado civil, renda, religião, escolaridade.

Com o objetivo específico de verificar associações entre as questões que abordaram diretamente a violência institucional (Q14 e Q15) e as demais questões indicadoras da fragilidade da atenção, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, como etapa preliminar à realização da técnica multivariada de análise de correspondência, na qual foram incluídas apenas as questões que tiveram associação significativa em nível de 5%. Essa análise proporcionou a obtenção de uma representação gráfica da estrutura dos dados observados, permitindo analisar as proximidades entre as categorias de resposta para cada questão.

### **Abordagem qualitativa**

Com o propósito de complementar a avaliação do fenômeno estudado, foi empregada abordagem qualitativa, por se entender que o objeto de estudo constitui um problema complexo, de natureza social, não se restringindo exclusivamente à quantificação e requerendo, para sua efetiva abordagem, o entendimento acerca do contexto sócio-cultural<sup>13</sup>.

Enquanto método da pesquisa qualitativa utilizou-se a entrevista, definida como uma conversa com propósitos bem definidos, cujo objetivo volta-se para o

aprofundamento da comunicação e obtenção de dados contidos nas falas das entrevistadas, de acordo com Minayo<sup>14</sup>. Essa técnica permite o acesso aos dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos, intenções e significações, conforme abordagem de Nogueira-Martins e Bógus<sup>15</sup>.

Empregou-se também a observação participante, enquanto técnica que favorece captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, mas observados diretamente na realidade enfocada<sup>11</sup>. Esses dados foram registrados nas observações sobre conversas informais e nas falas ou expressões pertinentes às percepções manifestadas pelas usuárias, sendo anotadas sob o formato de “Diário de Campo”.

As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas, conciliando perguntas fechadas e abertas, favorecendo possibilidade do entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. Com autorização prévia das informantes, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, com vistas a possibilitar a análise temática e dos conteúdos específicos.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática categorial, segundo Bardin<sup>16</sup>. Nesse processo, foram obedecidas as seguintes etapas: leitura flutuante, constituição do *corpus*, seleção das unidades de análise, categorização, inferência, interpretação e tratamento dos dados. As categorias de análise selecionadas *a priori* foram: acesso, informação, relação usuárias/ profissionais de saúde, (des)respeito e dignidade. Cada entrevista foi

identificada com código específico por unidade de saúde, data e duração da entrevista.

## RESULTADOS

A casuística foi constituída por 401 mulheres, com idade entre 12 e 77 anos, sendo a média de idade  $33,4 \pm 13,1$  anos e mediana do número de filhos de 2,0 (variação 1 a 10 filhos). Essas usuárias foram atendidas por instituições representativas dos três níveis de assistência, na área de saúde reprodutiva, sendo 158 (39,4%) na atenção básica, 139 (34,7%) na média complexidade e 104 (24,1%) na alta complexidade. Quanto à cor da pele (auto-referida), observou-se frequência de 56,6% (n=227) de pardas. A maior parte da amostra tinha renda mensal de até um salário mínimo (n=217; 54,1%), enquanto que apenas 12 (3%) tinham renda acima de quatro salários mínimos. Em relação à escolaridade, 207 (51,6%) cursaram ou estavam cursando nível correspondente ao ensino fundamental e apenas 14 (3,5%) possuíam ou se encontravam cursando nível universitário. Em relação ao estado civil, a maioria afirmou ser casada ou estar vivendo em união consensual (n=299; 74,6%).

Na tentativa de quantificar a opinião manifestada pelas usuárias, foram analisados os percentuais de respostas indicativas de fragilidade do atendimento, em relação às diversas questões abordadas (Tabela 1). Analisando-se as respostas das voluntárias acerca dos diversos indicadores implicados no conceito de violência institucional, foram evidenciados resultados que apontam para a importância da abordagem desse fenômeno no âmbito das práticas de saúde.

Questionamentos realizados sobre a qualidade do atendimento revelaram que 41,5% das usuárias tiveram que comparecer mais de uma vez à unidade de saúde para conseguir atendimento. Cerca de 67,1% não puderam escolher o profissional para lhe atender e 60,3% esperaram mais de duas ou três horas para serem atendidas. Para 31,4% não havia cadeiras ou bancos disponíveis para todos no ambiente de espera. Considerando-se as questões que investigaram diretamente a percepção acerca da violência institucional, denominadas neste estudo de variáveis indicadoras, observou-se que quando questionadas sobre se “já haviam presenciado algum fato que as tivesse deixado indignadas” (Q14) ou se já havia “em algum momento, se sentido frustradas, constrangidas ou violentadas, em sua expectativa de um atendimento de



qualidade” (Q15), as freqüências de respostas afirmativas foram 28,2 e 31,8%, respectivamente, conforme demonstra a tabela 1.

A análise de regressão logística revela que existem associações significativas entre algumas características sócio-econômicas e a variável indicadora da fragilidade na qualidade de atenção, conforme a percepção das mulheres usuárias desses serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva. Foram observadas associações estatisticamente significativas entre a maior percepção da fragilidade da atenção e as variáveis explicativas “nível de atendimento”, “cor da pele” e “número de filhos”. Não se evidenciou associações estatisticamente significativas entre os níveis de percepção da fragilidade na qualidade de atenção e as variáveis renda mensal, faixa etária, estado civil e escolaridade (Tabela 2).

Os dados apontam que a chance de uma usuária que foi atendida em nível de atenção básica pertencer ao grupo de maior percepção da fragilidade da atenção (maior insatisfação com o atendimento) é 4,217 vezes maior, se comparado com o nível de alta complexidade. Da mesma forma, as que têm acima de três filhos estão mais propensas a perceberem a fragilidade na qualidade de atenção.

Com isso, surgiu a necessidade de identificar quais as co-variáveis, dentre aquelas que foram pesquisadas, teriam associação com as variáveis indicadoras (Q14 e Q15). Portanto, utilizou-se da análise de correspondência para a construção de dois mapas de perfis, sendo o primeiro utilizado para representar simultaneamente as associações existentes entre as co-variáveis em estudo e a variável indicadora “já haviam presenciado algum fato que as tivesse deixado indignadas” (Figura 1). De forma análoga, o segundo mapa representa a variável indicadora “em algum momento, se sentiu frustradas, constrangidas ou violentadas, em sua expectativa de um atendimento de qualidade” e suas co-variáveis associadas (Figura 2).

Analisando o mapa 1 dos perfis, verifica-se através de suas distâncias pontuais e de suas coordenadas que o fato de ter se sentido indignada está relacionado a não poder escolher o profissional, não ter tido a oportunidade de fazer todas as perguntas, não se considerar esclarecida, ter dúvida, ter sentido dor, ter ido mais de uma vez à unidade de saúde, não haver acomodação e, como consequência ter havido a insatisfação. Esta representação gráfica apresenta uma inércia total de 49,0%, significando que 49,0% da variabilidade total dos dados está representada num subespaço bidimensional. Logo, podemos nos referir à qualidade do ajuste como sendo de 49,0%.

Semelhante ao estudo gráfico apresentado anteriormente, o mapa 2 apresenta uma variabilidade total dos dados de 46,4%. Verifica-se, através das proximidades dos pontos no mapa, que o fato de ter se sentido frustrada, constrangida ou violentada está relacionado à não poder escolher o profissional, não ter tido a oportunidade de fazer todas as perguntas, não se considerar esclarecida, não saber como proceder, ter dúvida, não ter cobertura, ter ido mais de uma vez à unidade de saúde, não haver acomodação e, como consequência ter havido a insatisfação. Na ordem crescente de associação com o sentimento de frustração, constrangimento ou violência está o fato de não haver acomodação, não ter se sentido satisfeita, não haver cobertura, vir mais de uma vez, ter dúvida, não saber como proceder e não escolher o profissional para o atendimento. Por outro lado, haver acomodação, não ter ido mais de uma vez à unidade de saúde, ter se sentido satisfeita, ter escolhido o profissional para o atendimento, não ter dúvida e saber como proceder, estão associadas gradativamente nessa ordem ao sentimento de não indignação.

Visto que a análise de correspondência é um método utilizado para a análise descritiva dos dados, sucedeu-se o teste qui-quadrado de Pearson, o qual comprovou as associações estatisticamente significativas entre as variáveis indicadoras e suas respectivas co-variáveis, conforme descrito anteriormente.

Na abordagem qualitativa, a partir do processo de categorização, trabalhou-se com quatro categorias *a priori* estabelecidas. Destas, emergiram seis subcategorias e 81 unidades de análise. A seguir, esses resultados são analisados de forma pormenorizada.

#### Categoria ACESSO:

No tocante a esse parâmetro de qualidade de atenção, foram identificadas as subcategorias IMPOSSIBILIDADE DE ESCOLHA e DEMANDA REPRIMIDA.

Em relação à primeira subcategoria, observa-se a dificuldade quanto à possibilidade de escolha do atendimento buscado, tanto no que se refere à categoria/ especialidade profissional, setor, insumos demandados, quanto no que diz respeito aos métodos anticoncepcionais. Essa insatisfação aparece, por vezes, conformada a partir da representação da condição de usuárias do SUS, depositada na concepção sobre o tipo de atendimento que é prestado à população pela rede de serviços desse sistema de saúde. Esses aspectos podem ser demonstrados pela análise das seguintes falas:

*“(...)Sinceramente, eu não me sinto muito bem...vou, porque a gente não tem outro meio... então, praticamente, somos obrigadas a ir...”*

*(usuária - unidade/ média complexidade)*

*“(...)Aqui não tem médico suficiente. Não tem ginecologista para atender a todas. Quem me atende sempre é a enfermeira. O preventivo, eu faço com ela”*

*(usuária - unidade básica de saúde)*

*“(...)Teve uma vez que eu precisei de atendimento médico, vim para cá e tive que ir para o pronto-socorro”*

*(usuária - unidade básica de saúde)*

*“(...)Sou cliente do Programa de Planejamento Familiar, quero mudar o método e não consigo”*

*(usuária - unidade básica de saúde)*

Quanto à subcategoria DEMANDA REPRIMIDA, em todas as falas mostra-se patente a insuficiência quanto ao atendimento, organização e logística, por vários motivos:

*“(...)A dificuldade é pra conseguir a ficha. É difícil marcar ginecologista...(...) É bastante gente. As vezes, consegue. As vezes, não consegue. Mas precisa, tem que ir”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

*“(...)Pra você conseguir ficha então ... você tem que dormir ali. As vezes você dorme, as vezes nem consegue porque, muitas vezes, passam na frente”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

*“(...)As vezes, a gente precisa de um remédio e espera mais de um mês para que chegue. Dizem: ‘venha de manhã, venha de tarde’... e a gente esperando”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

*“(...)As vezes fico sem o remédio. Tomo pela metade, para dar por mais tempo”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

Foram salientadas dificuldades quanto à obtenção de consulta clínica e ginecológica, por falta de profissionais médicos em número suficiente para atender a alta demanda, bem como em relação a insumos, de acordo com as necessidades específicas: .

*“(...)Em primeiro lugar, encaminhamento: passa(m) dias e demora demais(...) Precisa dar muitas viagens.(...) Tem vez de sair muito tarde. Quase escuro. Espera muito. Tem de sair pelo pronto-socorro; porque o portão da frente, já está fechado. Quando a gente pergunta ‘tá perto?’ Respondem: ‘Espere!’”*

*(usuária de unidade/ média complexidade)*

*“(...)O tempo para o atendimento é muito grande. As vezes, são de três a quatro horas de espera. Eu já vi gente vir de longe, chegar aqui e não ser atendida”*

*(usuária de unidade/ média complexidade)*

*“(...)Estou esperando encaminhamento desde fevereiro. É demorado demais. Eles respondem assim: ‘fazer o que? A gente não pode fazer nada!’ Se é de explicar, não explicam. Tem de dar muitas viagens para eles poderem explicar... É assim, assim, assim...”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

*“(...)Eu só fiquei chateada porque fiz o preventivo (que não fazia há dezesseis anos) e, para chegar, demorou seis meses. Mas a culpa não é do pessoal daqui não. É lá da Central. Eles aqui atendem bem a gente. Até me disseram: ‘é porque tá tudo bem com a senhora, senão, já tinha chegado.’”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

Observou-se, a partir dos relatos manifestados, que o tempo de espera para o atendimento é muitas vezes demorado. Destacam-se ainda o volume diário de procedimentos por profissional, gerando invariavelmente, demanda reprimida, bem como a lentidão para os casos de encaminhamentos e chegada de resultados de exames realizados.

### Categoria INFORMAÇÃO

Subcategoria DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO: observou-se uma relevante demanda por informações e pela escuta profissional. Percebeu-se pelos depoimentos, que os processos de comunicação estabelecidos não são suficientes para esclarecer dúvidas, bem como não suprem a necessidade de uma orientação mais sistematizada por parte dos profissionais.

*“(...) As pessoas não respondem a gente direito. As vezes eu acho que é o fato de serem servidores da Universidade (Federal)”*

*(usuária de unidade/ alta complexidade)*

*“Ela (a profissional) (...) não me escutou. Quanto a isso aí, eu fiquei indignada... ela era para ter me escutado, mas ela não quis saber, me botou para fora e pronto!”*

*(usuária de unidade/ média complexidade)*

*“(...) O profissional (...) só olhava para o papel...era como se não tivesse ouvindo o que eu dizia”*

*(usuária de unidade/ média complexidade)*

### Categoria RELAÇÃO USUÁRIAS/ PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Subcategoria **RELAÇÕES INTERPESSOAIS ASSIMÉTRICAS**: a relação entre profissionais de saúde e usuárias pode ser marcada pelo distanciamento, desconfiança, desrespeito e conflito. As relações hierárquicas de classe social, status e gênero prevalecem em determinadas posturas e manifestam-se em atitudes que podem ser consideradas violentas, conforme se observa nas seguintes falas:

*“(...) Bem... têm profissionais que atendem bem, outros não... parece que tem um problema em casa e vem descontar nos pacientes (...) ela (...) simplesmente me botou para fora e bateu a porta(...) Eu acho que no caso, ela foi (...) violenta (...) pela maneira que ela me tratou e me botou para fora da sala, né? (...) e fechou a porta (...) eu acho que foi violência (...) a maneira dela me tratar (...)”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

*“(...)Foi com um profissional, há um tempo. Eu fui mostrar um exame. Esperei ele descer do carro e ele disse que eu tava abordando ele... Ele me tratou e eu me senti muito mal... Eu fiquei traumatizada. Disse que nunca mais vinha aqui... Eu hoje tenho até medo de perguntar alguma coisa (se o profissional não tiver dentro da sala). Deus me livre!... Pra me gritar... Eu digo, nunca levei grito do meu pai, vou levar de um médico, na frente de um monte de gente?”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

*“(...)Dessa vez não, deu certo. Mas da primeira vez que vim aqui, fiquei traumatizada. Fui muito mal atendida. O profissional (...) disse gritando, no corredor, que não podia me atender” (usuária vinha encaminhada do interior)*

*(usuária de unidade/ alta complexidade)*

### Categoria RESPEITO/ DIGNIDADE

Subcategoria PRIVACIDADE/ CONFIDENCIALIDADE: observou-se relatos de constrangimento, tendo em vista algumas posturas identificadas na rotina do

atendimento. Salieta-se também, a insatisfação em relação à presença de acadêmicos durante o atendimento, nem sempre consultada ou consentida, gerando sentimento de invasão de privacidade.

Em algumas falas, aparecem as seguintes situações:

*“(...)Você vai fazer o preventivo ali, não é feito pela médica. É feito pela enfermeira. Aí, tem aquela coisa de você ta lá e toda hora chega um, pra fazer uma pergunta. Abre a porta, volta e você; então, você não pode se sentir à vontade (...) Sinto constrangimento (...) Eu sou muito ‘vergonhosa’ nessas horas... E aí, entra um, lá vai, atende (...) Deixa você na cama, vai atender outra pessoa. Depois volta. Então, é isso... eu não me sinto à vontade de jeito nenhum (...) Acho que o atendimento deveria melhorar muito, porque não só sou eu não... muita gente que (es)tá ali, também reclama”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

*“(...)As vezes tem acadêmicos... é tipo um estudo que eles fazem...É lógico que a gente se sente incomodada”*

*(usuária de unidade básica de saúde)*

Subcategoria DESRESPEITO: salientam-se falas que remetem ao fato de que, nem sempre, tiveram respeitados a intimidade, as emoções, o horário ou a segurança, quando da espera ou no próprio momento do atendimento:



“(...)Me senti incomodada, pois enquanto estava na posição ginecológica, dois profissionais conversavam sobre outro assunto”

*(usuária de unidade básica de saúde)*

“(...)Alguns profissionais (...) não chegam no horário”

*(usuária de unidade/ média complexidade)*

“(...)Já enfrentei fila do lado de fora, em dia de chuva”

*(usuária de unidade básica de saúde)*

“(...)O profissional (...) só olhava para o papel... era como se não tivesse ouvindo o que eu dizia...”

*(usuária de unidade básica de saúde)*

## **DISCUSSÃO**

A complexidade inerente à temática estudada remete a abordagem numa perspectiva abrangente sobre qualidade, integralidade da atenção e relações de gênero e poder, que configuram reais desafios para o desenvolvimento de ações eficientes, eficazes e de enfrentamento a determinadas desigualdades e as várias formas de violência, inclusive a institucional.

Neste estudo, os resultados permitem identificar que a variável acesso, remete, principalmente, à impossibilidade de escolha e à demanda reprimida, que

geram dificuldades no que se refere ao atendimento buscado. Essa questão, segundo Ramos e Lima<sup>17</sup>, reporta-se também à discussão de modelos assistenciais, referentes à produção de serviços de saúde, a partir dos saberes da área, bem como a projetos políticos em construção dos grupos sociais envolvidos, conforme abordam Merhy et al<sup>18</sup>.

De acordo com Unglert<sup>19</sup>, o acesso à saúde relaciona-se às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, abrangendo a acessibilidade aos serviços, extrapolando a dimensão geográfica, englobando ainda os aspectos econômico, cultural e funcional, relativos aos gastos diretos e indiretos dos usuários com os serviços, normas, técnicas e oferta de serviços adequados aos hábitos e demandas da população, respectivamente.

Lentidão e número reduzido de fichas para atender à demanda constituem rotina na realidade com a qual ainda se deparam as voluntárias desta pesquisa, sendo difícil a possibilidade de atendimentos extras, segundo relato de algumas entrevistadas. Para Araújo e Leitão<sup>20</sup>, a indisponibilidade de fichas para consultas e insuficiência de profissionais médicos para o atendimento são os principais motivos relacionados com a dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil.

Constrangimento e insatisfação foram evidenciados, no entanto, esses sentimentos não foram esboçados aos profissionais no momento do atendimento, remetendo às categorias respeito e dignidade, e à privacidade e confidencialidade. Segundo Fortes e Spinetti<sup>21</sup>, estas derivam da autonomia e englobam intimidade, vida privada, honra das pessoas, significando que são os próprios indivíduos que devem ter o direito de decidir que suas informações pessoais sejam mantidas sob

seu exclusivo controle, como têm direito de comunicar a quem, quando, onde e em que condições essas informações pessoais devam ser reveladas.

Diante da realidade com a qual se depara, mais do que desconhecimento quanto aos direitos, a população usuária demonstra uma sensação de resignação e submissão, embora se possa identificar na sua fala, a percepção de que a realidade deveria ser diferente<sup>22</sup>. Esse fato pode ser comprovado na presente pesquisa, na medida em que se detectou a representação das mulheres, enquanto usuárias do SUS e o que pensam sobre o tipo de atendimento que é, por direito, dispensado à população.

Constata-se um visível distanciamento entre a legislação vigente e as ações efetivas, operacionalizadas no âmbito da saúde pública, quando se reflete sobre realidades específicas, denotando o fosso que existe segundo Yazbeck<sup>23</sup>, entre “o país real e o país legal”.

Machado<sup>24</sup> aborda que “...na esfera institucional, sua consolidação prática e cotidiana é extremamente frágil. A discriminação é tão enraizada em valores tradicionais que emerge no interior mesmo das práticas e decisões institucionais, tanto públicas, quanto privadas.”

Foi representativa a demanda por informações sistematizadas e escuta profissional, em contra-partida à fragilidade na comunicação “ruidosa” inerente e estabelecida entre profissionais e usuárias, no universo pesquisado.

Analisando-se as respostas das voluntárias acerca de diversos indicadores implícitos no conceito de violência institucional, quando da aplicação do questionário (conforme Tabela 1), foram evidenciados resultados que apontam para a importância da abordagem desse fenômeno em nossa realidade atual. A

despeito dos resultados apresentados, é provável que o percentual de mulheres insatisfeitas com a qualidade do atendimento ainda esteja subestimado, na medida em que, na qualidade de usuárias, não identificaram transgressão ao direito de acesso à saúde com qualidade, num contexto em que sua fragilidade ou negação poderia vir a implicar em danos, sejam físicos, psicológicos ou sociais.

Essa invisibilidade do fenômeno violador de direitos poderia estar relacionada ao fato de que o termo violência, numa perspectiva genérica, traz no seu bojo, nomeações ou significações, desde torturas, mortes e assassinatos, de uma forma que a violência presente no imaginário e na concepção das mulheres remete a tais situações. O que ocorre com essas mulheres “é menos uma questão de escolha e mais de contexto. Elas vivem em um universo sociocultural no qual todos os valores que explicitam têm relevância prática”<sup>25</sup>. Até se chateiam, resmungam e reclamam do serviço, mas não chegam a conceber a situação como violenta.

Através da observação participante e da realização das entrevistas semi-estruturadas que tornaram possível um contato direto com o fenômeno observado e acesso a informações sobre a realidade das usuárias em seu próprio contexto, pôde-se ter acesso a alguns relatos, dos quais destacam-se situações geradoras de violência institucional, de acordo com o conteúdo explicitado na metodologia qualitativa. Por parte de profissionais diversos, foram relatadas grosserias, descasos e a rapidez com que realizam alguns procedimentos e atendimentos.

De acordo com aquelas que responderam afirmativamente sobre o sentimento de experimentarem violência institucional, observou-se, a partir das falas das usuárias, que as principais queixas referidas à relação provedores de

saúde versus usuárias, traduziam-se numa insatisfação quanto à forma de relacionamento interpessoal e à resolutividade em relação à demanda específica que motivou o atendimento.

As unidades de saúde trabalham programas integrados, os quais demandam uma atuação que não é prerrogativa de uma única categoria profissional, mas de toda a equipe, ainda que os seus componentes sejam definidos através de papéis diferenciados.

Uma considerável produção teórica já certificou a indissociabilidade das dimensões sociais, culturais e psicológicas para uma adequada compreensão da abrangência da problemática da violência e sua interface com o processo saúde-doença.

Nas últimas décadas, vários estudos foram desenvolvidos sobre qualidade de atenção nos serviços de saúde e sua correlação com a satisfação dos usuários<sup>26</sup>, avaliação dos custos e benefícios dos serviços à clientela<sup>27</sup>, além de se focar a importância da relação profissionais-usuários com vistas à humanização das práticas de saúde<sup>28, 29, 30</sup>. Essas abordagens vêm sendo realizadas num contexto em que se vivenciou e vivencia muitos dilemas na sistematização e implementação da promoção à saúde no Brasil<sup>31</sup>.

A despeito disso, pesquisas demonstram ainda a ocorrência de situações violentas no âmbito da saúde reprodutiva<sup>6,7</sup>, apontando para a necessidade da abordagem de gênero nas ações integradas de rotina<sup>32,33</sup>, além da implantação e implementação de programas efetivos, que visem a intersectorialidade<sup>34,35</sup>.

Sabe-se que há muitas barreiras para atenção, adequados acolhimento e assistência às usuárias, por parte dos profissionais de saúde. É evidente o fato de

que a violência institucional pode expressar-se de várias maneiras, chegando mesmo a afetar a saúde reprodutiva das mulheres, sendo reproduzida cotidianamente, de modo quase imperceptível, por instituições referendadas pela sociedade.

Enfim, os resultados demonstram que existem indicadores de violência institucional no âmbito das instituições, alertando para a dificuldade de abordagem deste fenômeno, face às relações de poder envolvidas na interação usuária-provedor, além de sua relativa invisibilidade. Tal fato pode revelar os obstáculos mais evidentes na busca pela qualidade de atenção e garantia de direitos, materializados não só pela fragilidade da capacidade física instalada e das relações sociais estabelecidas entre profissionais de saúde e clientela, mas que são decorrentes também, das questões sócio-estruturais que traduzem as marcantes desigualdades, ratificadas por questões que remetem à violação de direitos das usuárias no âmbito da saúde reprodutiva, no contexto do SUS.

#### **REFERÊNCIAS:**

1. Salazar A, Rodrigues KG, Silver L, Scheffer M. O SUS pode ser seu melhor Plano de Saúde. São Paulo: IDEC; 2003.
2. Saúde M. Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

- organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Diário Oficial da União; 19 set.; 1990.
3. Dimenstein M, Santos YF. Avaliação em serviços de saúde: o que pensam usuárias da rede básica de Natal. In: Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 69-89.
  4. Ventura M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 2ª ed. São Paulo: UNFPA; 2004.
  5. Ministério Saúde. / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. In. Normas e Manuais Técnicos; n.131 ed: Série Cadernos de Atenção Básica; 2002. p. 96.
  6. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against Woman in Health-Care Institutions: An Emerging Problem. Lancet 2002;359 (11):1681-5.
  7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTCF, Figueiredo WS. Violência Dói e Não é Direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
  8. Luz TM. Estratégia de Hegemonia e Análise Política de Instituições. In: As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1981. p. 23-47.
  9. Saúde M. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2004. p. 82.

10. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil. Cad. Saúde Pública 2003:27-34.
11. Deslandes SF, Minayo MCS, Neto OC, et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
12. Huevo-Toledo C. Processo de Melhoria da Qualidade da Atenção: Manual para Provedores/ as e Gerentes de Serviços. Londres: Unidade Médica e Técnica do International Planned Parenthood Federation-IPPF; 2002.
13. Liebscher P. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. Library Trends 1998.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. <sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
15. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade 2004:44-57.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70 ed. Lisboa; 1979.
17. Ramos DD, MADS L. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2003.
18. Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira-Filho RC. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as conferências de saúde. Saúde em Debate 1991:83-9.



19. Unglert CVS, Pedroso RC, Barriguela JC. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet] 1987:439-446.
20. Araujo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza – Ceará - Brasil. Cad. Saúde Pública 2005:396-403.
21. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública 2004:1328-333.
22. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad. Saúde Pública 1998:355-65.
23. Yazbek MC. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. São Paulo: Cortez; 2002.
24. Machado LZ. Os frágeis direitos da mulher. In: Promoção da Saúde: Ministério da Saúde; 2002. p. 22-5.
25. Gregori MF. Cenas e Queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. São Paulo: ANPOCS; 1992.
26. Kloetzel KB, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. Cad. Saúde Pública 1998:263-8.
27. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública 1994:131-6.

28. Ayres J. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005:549-60.
29. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. In: *Cad. Saúde Pública*: [periódico na Internet] Disponível em: <http://www.scielo.br>; 1999. p. 647-654.
30. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo. ou como eu o desejo? expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública* 2002:1303-11.
31. Traverso-Yépez M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo* 2001:49-56.
32. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for na appropriate health. Service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.
33. Parsons L, Goodwin MM, Petersen R. Violence against women dan reproductive health: toward defining a role for reproductive e health care services. *Matern Child Health J.* 2000;4(2):135-40.
34. Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev.Bras.Epidemiologia* 2002:43-55.
35. Faúndes A, Araújo MJO, Neto JA. Relatório Final: VIII Fórum Interprofissional para atendimento Integral da Mulher Vítima de Violência Sexual. *Femina* 2004:455-61.



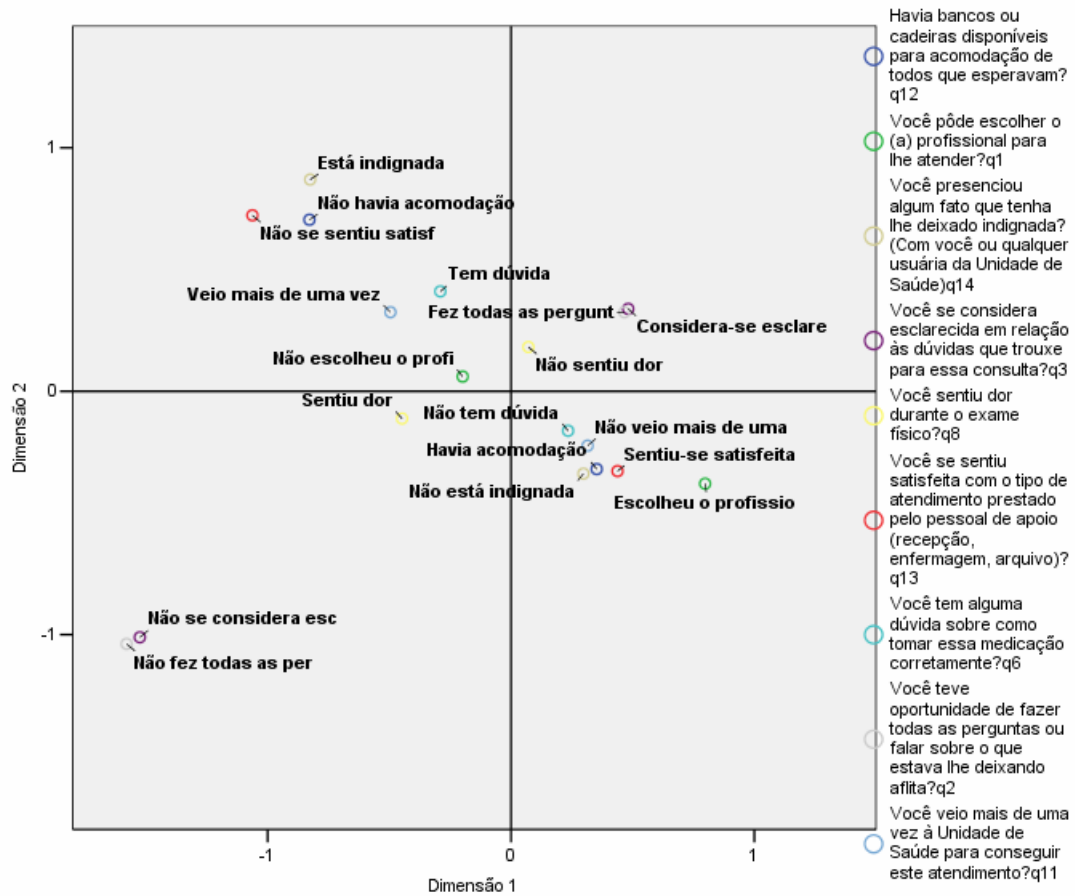
Tabela 1. Distribuição das proporções contribuintes para a percepção da fragilidade na qualidade de atenção em saúde reprodutiva.

<b>Parâmetros de qualidade da atenção</b>	<b>Questionamentos realizados sobre o atendimento</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Proporção</b>	<b>p</b>
Escolha	Pôde escolher o (a) profissional para lhe atender?	88	269	Não/Sim = 0,75	0,0001
Informação	Considera-se esclarecida sobre as dúvidas que trouxe a consulta?	301	100	Não/Sim = 0,25	0,0001
Informação	Sabe como proceder caso necessite de atendimento especializado (referência) ou exame complementar?	251	150	Não/Sim = 0,37	0,0001
Informação	Foi explicada sobre todos os procedimentos realizados durante o exame ginecológico?	196	88	Não/Sim = 0,31	0,0001
Dignidade/ conforto	Foi adequadamente coberta durante o atendimento/exame?	217	66	Não/Sim = 0,23	0,0001
Privacidade/ confidencialidade	Presença de outras pessoas, além do profissional responsável, durante o atendimento ou exame ginecológico?	120	165	Sim/Não = 0,42	0,009
Acesso	Necessidade de vir mais de uma vez à Unidade de Saúde para conseguir atendimento?	165	236	Sim/Não = 0,41	0,0001
Dignidade/ conforto	Disponibilidade de bancos ou cadeiras para adequada acomodação na sala de espera?	275	126	Não/Sim = 0,31	0,0001
Opinião	Satisfação com o tipo de atendimento prestado pelo pessoal de apoio?	263	95	Não/Sim = 0,27	0,0001
Opinião	Indignação com algum fato que tenha presenciado em relação a si própria ou qualquer outra usuária da Unidade de Saúde?	113	288	Sim/Não = 0,28	0,0001
Opinião	Sentimento de frustração, constrangimento ou de ter sido violentada por ocasião do atendimento recebido?	127	273	Sim/Não = 0,32	0,0001

Tabela 2. Modelo de regressão logística utilizando a autopercepção da fragilidade na qualidade de atenção como variável dependente, em relação às variáveis explicativas nível de atendimento, cor da pele e número de filhos.

Parâmetros	Coef.	Sig.	Odds	IC 95%	
				Inferior	Superior
<b>Nível de atendimento</b>					
- Alta complexidade		0,000			
- Atenção básica	1,439	0,000	4,217	1,942	9,155
- Média complexidade	-0,573	0,258	0,564	0,209	1,522
<b>Cor</b>					
- Parda/Mestiça		0,034			
- Branca	0,771	0,021	2,162	1,122	4,167
- Negra	0,802	0,061	2,230	0,964	5,160
<b>Número de filhos</b>					
- Acima de três filhos		0,022			
- Não tem filhos	-0,931	0,034	0,394	0,166	0,933
- De 1 a 3 filhos	-0,967	0,008	0,380	0,186	0,776
Constante	-1,544	0,000	0,213		

Figura 1. Análise de correspondência entre a variável indicadora se “já haviam presenciado algum fato que as tivesse deixado indignadas” e outras variáveis investigadas como parâmetros de qualidade da atenção.



importante destacar que este tipo de comportamento reflete uma outra desigualdade de poder inerente às relações sociais entre os sexos — as relações de gênero.

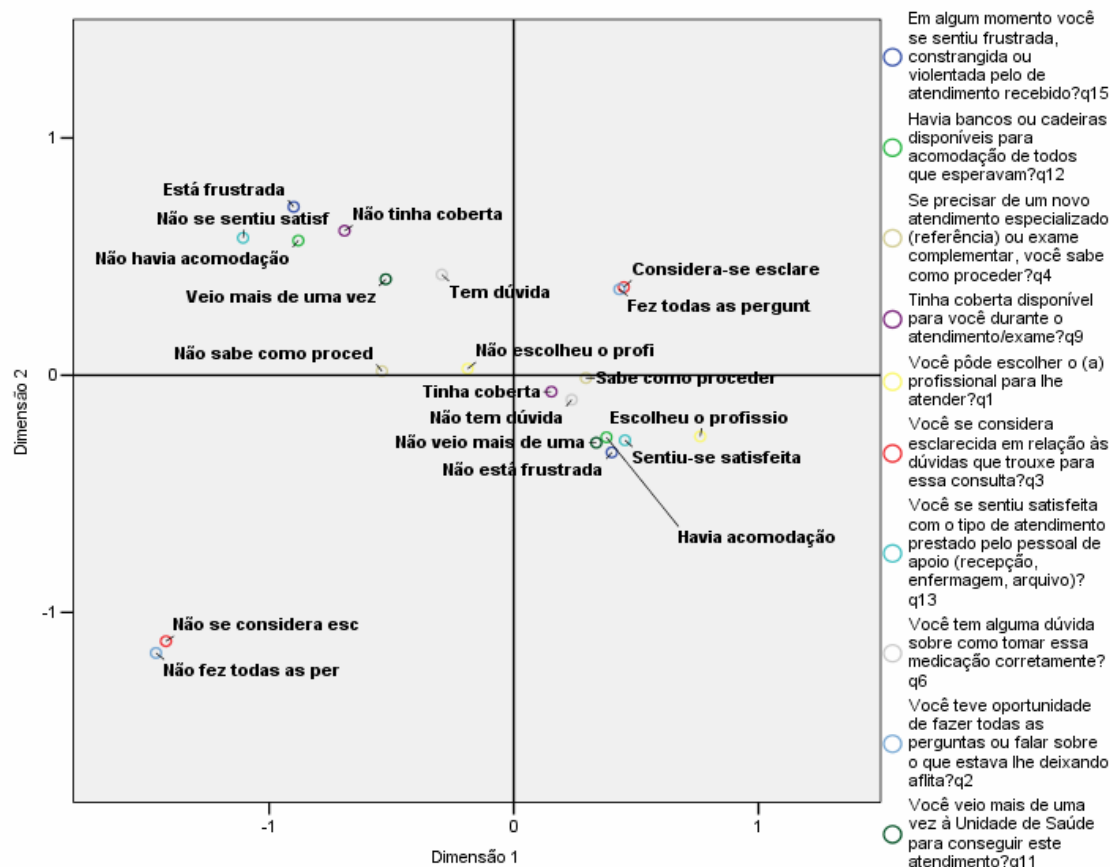
No Brasil, são evidentes as conquistas alcançadas no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos das mulheres. No entanto, constata-se um visível distanciamento entre a legislação vigente e as ações efetivas, operacionalizadas no âmbito da saúde pública. De acordo com abordagem de Machado, 2002, “... *na esfera institucional, sua consolidação prática e cotidiana é extremamente frágil. A discriminação é tão enraizada em valores tradicionais que emerge no interior mesmo das práticas e decisões institucionais, tanto públicas, quanto privadas.*”

Pesquisas demonstram a ocorrência de situações violentas no âmbito da saúde reprodutiva (D'Oliveira et al., 2000; Schraiber, 2005), apontando para a necessidade da abordagem de gênero nas ações integradas de rotina (Gargia-Moreno C, 2002; Parsons et al.,2000), além da implantação e implementação de programas efetivos, com vista à intersectorialidade (Raynaut, 2004; Faúndes, 2004).

A partir da percepção das usuárias no universo pesquisado e considerando a situação de vulnerabilidade em que se encontram, no presente trabalho buscou-se analisar a percepção dessas mulheres em relação à ocorrência da violência institucional, procurando estabelecer correlatos teóricos entre esse fenômeno e a perspectiva da qualidade de atenção.

Realizou-se estudo observacional do tipo transversal, baseado nas informações de 401 questionários aplicados junto a mulheres usuárias de instituições prestadoras de assistência na área de saúde sexual e reprodutiva, na

Figura 2. Análise de correspondência entre a variável indicadora se “em algum momento, se sentiram frustradas, constrangidas ou violentadas, em sua expectativa de um atendimento de qualidade” e outras variáveis investigadas como parâmetros de qualidade da atenção.



#### 4. Comentários, críticas e conclusões

Pode-se afirmar que esta pesquisa foi pioneira ao abordar a complexidade e invisibilidade da violência institucional, na perspectiva da percepção das



dignidade, conforto, continuidade de atenção e direito a expressar suas opiniões, poderia acarretar violência institucional.

Faz-se necessário salientar que a violência decorre de desigualdades que podem estar fundadas em outros eixos estruturantes, como classe social, gênero, raça/ etnia e geração, atuais e historicamente determinados.

Além da condição social relacionada às formas de acesso aos serviços, manifestada pelas usuárias, durante a realização das entrevistas, chamou atenção a autodeclaração em relação à cor, informada pelas mulheres participantes da pesquisa. Várias mulheres (que nós identificávamos como) negras se auto-referiram como pardas ou mestiças. Destacou-se também a conformação, na condição de mulheres, quanto à assunção das responsabilidades no tocante à saúde reprodutiva do casal, expressa nas entrelinhas da observação participante registrada em Diário de Campo, bem como nas falas, durante a realização das entrevistas. Tais fatos podem revelar obstáculos subjacentes à busca pela qualidade de atenção e garantia de direitos, materializados na prática, não só pela fragilidade da capacidade física instalada encontrada e das relações sociais estabelecidas entre profissionais de saúde e clientela, mas que são decorrentes, também, das questões socioestruturais que traduzem as marcantes desigualdades da realidade com a qual se deparam.

A natureza da pesquisa realizada atendeu aos critérios da interdisciplinaridade, na medida em que proporcionou interação, complementaridade, reciprocidade entre várias disciplinas, favorecendo, de forma integrada, a abordagem da temática em atividades da pesquisa, ensino e

extensão, envolvendo profissionais, estudantes e pesquisadores de medicina, serviço social, psicologia, enfermagem, fisioterapia e antropologia.

Salienta-se o envolvimento na disciplina de graduação “Saúde Reprodutiva” (optativa, do curso de Medicina da UFRN), na qual ministrou-se o tema “Violência de Gênero e Saúde Reprodutiva”, em dois semestres letivos, inclusive com orientação de alunos para elaboração do trabalho de conclusão da mesma. Continua-se participando das atividades pertinentes à disciplina supramencionada, nas fases de planejamento, organização, realização e avaliação, junto a professores titulares e convidados.

Quanto às dificuldades, salienta-se a escassa base literária em relação à violência institucional e ao sentimento das mulheres diante deste tipo de violência nos serviços de atenção e assistência à saúde, especialmente no que se refere à fundamentação, apresentação e discussão dos dados.

Outras limitações referiram-se à abordagem direta às mulheres, quando do convite para a participação na pesquisa. Era necessário conquistar, num primeiro contato, a confiança e adesão das voluntárias, após a leitura e esclarecimentos quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por se tratar de uma pesquisa que favoreceria expressar a inadequação do atendimento institucional, talvez ainda pelo fato de que imprimiria nos contatos mantidos, no dia-a-dia, com os profissionais, uma idéia de vínculo e dependência em potencial - dada a sua condição de usuárias subseqüentes dos respectivos serviços e programas de saúde - denotando, assim, apreensão, receio e medo de participarem.

A segunda etapa da pesquisa, constituída da aplicação do roteiro de entrevista semi-estruturada, demandou ir ao encontro de cada uma das

voluntárias. Neste sentido, precisou-se chegar até residências, locais de trabalho e estudo, nem sempre de fácil acesso.

Quanto às expectativas prospectivas, pretende-se continuar integrando a Base de Pesquisa Saúde da Mulher, vinculada ao Departamento de Tocoginecologia e registrada no Diretório Nacional dos Grupos de Pesquisa do CNPq. Dentre os vários projetos na área da Saúde Reprodutiva desenvolvidos pela respectiva equipe de pesquisadores, ao longo do período do Mestrado, enfatiza-se a participação no projeto “Abordagem da violência de gênero no âmbito do SUS: um estudo das representações na relação cliente/ provedor”, financiado pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa Pesquisa para o SUS, em parceria com o Governo do Estado, por meio da Fundação de Apoio à Pesquisa no Rio Grande do Norte (FAPERN).

Nessa prática profissional, tem sido oportunizado o envolvimento com projetos operacionalizados pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN, favorecendo o acesso a conteúdos sistematizados, discussões e ações relacionadas à pesquisa e extensão, no âmbito da Saúde Pública. No tocante ao ensino, emerge a oportunidade quanto à assunção de disciplinas relacionadas ao objeto de estudo da nossa pesquisa no Mestrado, intituladas “Saúde Reprodutiva, Gênero e Geração” e “Gênero, Raça e Etnia”; já nos Cursos de Especialização em “Saúde Pública e Serviço Social” e “Assistência Sócio-Jurídica e Serviço Social”, da FACEX, além de participações em bancas de graduação e orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso de alunos do Curso de Bacharelado em Serviço Social.

Considera-se que a experiência vivenciada no decorrer do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde ratificou convicções e sedimentou a crença na pesquisa e na divulgação dos resultados, como instrumento de transformação de determinados conceitos, valores, posturas e processos de trabalho, cujo propósito aponta para o embasamento de reflexões e ações voltadas para o pleno exercício da cidadania,

## 5. REFERÊNCIAS

1. FNUAP. Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Tradução do documento "Summary of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development". Nova Iorque: Nações Unidas; 1995.
2. Fontes A, Freire N, Fontoura ME. Textos e roteiros para discussão. In: Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2007. p. 48.
3. Almeida MG, Costa NFP. Protocolo de Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva para Mulheres em Situação de Violência de Gênero. Rio de Janeiro: BEMFAM; 2002.
4. Bruschi A, Silvestre PC, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. Rev. Saúde Pública 2006;256-64.
5. Chesnais JC. Histoire de la Violence en Occident de 1800 à nos jours. Paris: Robert Laffont Éditeur; 1981.
6. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. Cad. Saúde Pública 1994;135-45.
7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev. Saúde Pública 2006;112-20.
8. Brasil MS. Carta dos direitos dos usuários da saúde. In: Ministério da Saúde; 2006.
9. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
10. Domenach JM. La violencia: *La Violencia y sus Causas*. Paris: UNESCO; 1981.

11. Saffioti HIB, Ribeiro M. As vítimas preferidas da violência de gênero *in: O Prazer e o Pensar*. São Paulo: Editora Gente; 1999.
12. Beauvoir S. O Segundo Sexo. 10ª ed ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.
13. Camurça T, Golveia S. O que é Gênero. In: Gênero e Cidadania. SOS CORPO. Recife; 1997. p. 5-25.
14. Gregori MF. Cenas e Queixas – Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. In. São Paulo: ANPOCS; 1992. p. 77-127.
15. Faria N, Nobre M. Gênero e desigualdade. In: Cadernos Sempre Viva.SOF. São Paulo; 1997. p. 7-32.
16. Scott J. Uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade 1990:5-22.
17. Louro GL, Lopes MJM. Nas redes do conceito de gênero. In: *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 7-17.
18. Goldemberg M. Homem/ mulher: o que existe de novo? In: O Prazer e o Pensar. São Paulo: Editora Gente; 1999. p. 155-74.
19. Fonseca RMGS. Espaço e Gênero na Compreensão do Processo Saúde-Doença da Mulher Brasileira. Rev.Latino-am.Enfermagem 1997:5-13.
20. Brasil PR. Textos e roteiros de discussão: Conferências Municipais e/ ou Regionais e Conferências Estaduais de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2007.
21. Parsons L, Goodwin MM, Petersen R. Violence against women dan reproductive health: toward defining a role for reproductive e health care services. Matern Child Health J 2000;4(2):135-40.

22. Minayo MCS. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde.  
Revista Brasileira de Educação Médica 2004:55-66.

## 6. APÊNDICES

### APÊNDICE 1

Como resultados do projeto, originaram-se duas publicações, ora anexadas, além de outras pertinentes ao grupo de estudos da Base de Pesquisa Saúde da Mulher, salientando a dedicação dispensada quanto ao aprofundamento do assunto em pauta:

#### **Artigo completo, aceito em periódico:**

1.Melo COM, Moreira SNT, Terturlino FF, Azevedo GD.Considerações sobre Violência Institucional no Âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. FEMINA, 2007 (no prelo).

#### **Artigos completos, publicados em periódicos**

1.Moreira, SNT, Galvão, LLLF, Melo, COM, Azevedo GD. Fundamentación del abordaje cualitativo para la investigación en salud sexual y reproductiva. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia, v. 58, p. 28-37, 2007.

2.Moreira SNT, Melo COM, Tomaz G, Azevedo GD . Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. RBGO. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Ribeirão Preto, v. 28, n. 7, p. 358-364, 2006.



### **Artigo submetido para publicação**

3. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GDA. violência física contra a mulher na perspectiva dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)". Rev. Saúde Pública, 2007

### **Artigo em fase de submissão**

4. Melo COM, Moreira SNT, Azevedo GD. Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção de mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/RN. Cad. de Saúde Pública, 2007.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto:** Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção de mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/ RN

**OBJETIVO**

Este estudo envolve pesquisa, tendo como objetivo principal, analisar sobre a percepção de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde(SUS), no que se refere à ocorrência de indicadores da violência institucional nos três níveis de atenção à saúde reprodutiva, em Natal-RN, considerando a situação vulnerável em que se encontram as usuárias das instituições públicas de saúde. Estamos convidando você a participar desta pesquisa que busca, portanto, analisar a ocorrência da violência institucional, no âmbito dos serviços de saúde de referência para a saúde reprodutiva, nesta capital. Sua importante colaboração será responder o questionário que trata de situações que você, na condição de usuária, porventura, pode estar deparando-se neste momento.

**PROCEDIMENTO**

Procedimento a ser realizado para aquelas que concordarem em participar do projeto:

1. Responder a um questionário sobre as suas características pessoais e informações gerais sobre o atendimento na Unidade de Saúde.

**RISCOS**

Não há riscos relacionados à participação neste estudo, uma vez que não há previsão de intervenções que possam trazer danos à saúde, nem utilização de determinadas substâncias nas participantes do mesmo.

**BENEFÍCIOS**

Os benefícios associados à participação nesta pesquisa são de ordem individual e coletiva, uma vez que as respostas dadas contribuirão para comprovar a necessidade quanto à sistematização e realização de ações nas unidades de saúde, a partir das abordagens em saúde sexual e reprodutiva humanizadas, na perspectiva das relações de gênero e qualidade de atenção.

**CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO**

O registro da participação neste estudo será mantido em sigilo. Garantimos a confidencialidade na coleta, tabulação e análise dos resultados. Somente os pesquisadores trabalhando na equipe terão acesso às informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação da usuária não será revelada. Os resultados serão apresentados de forma sumariada, garantindo o anonimato de cada usuária/ participante.

### **DANO ADVINDO DA PESQUISA**

Apesar de não estar previsto, se houver algum dano ou se algum problema ocorrer decorrente deste estudo, a participante será indenizada, sendo esta providenciada pelo Profº Dr. George Dantas de Azevedo.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decida não participar deste estudo. Ninguém também será penalizada se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época. A aceitação ou recusa em participar desta pesquisa não afetará de forma alguma os serviços recebidos através da Unidade de Saúde.

### **PERGUNTAS**

Estimulamos que você faça pergunta a respeito da pesquisa. Caso haja alguma pergunta, por favor contate o Prof. Dr. George Dantas de Azevedo (84-215-3431), no Departamento de Morfologia da UFRN.

### **CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO**

Estou de acordo com a participação na pesquisa acima explicada. Fui devidamente esclarecida quanto aos objetivos da mesma e sobre o procedimento ao qual serei submetida.

Foram garantidos esclarecimentos que venha a solicitar durante o desenvolvimento da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa.

A minha participação na pesquisa não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação.

Nome em letra de forma

---

Testemunha

---

### **COMPROMISSO DO(a) INVESTIGADOR(a)**

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a este projeto.

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## APÊNDICE 3

UFRN – Programa de Pós-Graduação em Ciências Da Saúde  
Pesquisa: Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção de  
mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/ RN

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Código da Unidade de Saúde (\_\_\_)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Comente sobre como você se sente na condição de usuária desta unidade de saúde:
2. Fale sobre o tratamento que é dado aos/ as usuários/ as nesta US por parte dos profissionais:
3. Qual a sua opinião sobre o tipo de atendimento prestado por este serviço a você?
4. Ao responder o questionário, quando da 1ª etapa da pesquisa, ao manifestar indignação, você estava se referindo a que situação (ções)?
5. Ao afirmar que em algum momento sentiu-se constrangida, frustrada ou violentada, qual o sentimento que prevaleceu para você? Por que?
6. Fale sobre sua experiência em relação a esse episódio:
7. O que mais lhe marcou? Por que?