

4

Fisioterapia como ferramenta no atendimento à mulher vítima de violência na saúde pública

Embora a violência não advinha da desordem orgânica ela causa lesões, sequelas, dor, sofrimento e morte, desafiando com sua complexidade os saberes dos profissionais de saúde, na articulação de ações preventivas, na identificação da violência sofrida, no encaminhamento aos equipamentos protetivos as mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, objetivando garantir um atendimento humanizado ao fazer cumprir seus direitos humanos e civis, conforme descrito nos §I, do art 8º da Lei Maria da Penha¹ (Deslandes, 1999).

A atual abordagem da saúde promotora e preventiva fomenta a participação comunitária e a interação dos saberes, principalmente dos/as profissionais de saúde, articulando ações de saúde que possibilitem o aumento de sua amplitude com enfoque nos princípios da universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim uma melhor qualidade de vida da coletividade (Ragasson, 2005).

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das pessoas desde o início da vida, o período pré-natal até a morte, principalmente em seus momentos de vulnerabilidade, dentre as quais as mulheres em situação de violência doméstica e familiar, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Esta ocasião configura-se como importante oportunidade para a identificação da violência física e sexual exigindo atenção máxima por parte dos/as profissionais de saúde (Brasil, 2014).

Nesse contexto a Fisioterapia apresenta-se como valiosa ferramenta a ser utilizada, pois é uma ciência da saúde que estuda o movimento através do entendimento das estruturas e funções do corpo humano, apta a realizar diagnóstico, prevenção e tratamento das disfunções cinéticas funcionais de órgãos

¹ Medidas Integradas de Prevenção: art 8º A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais, tendo por diretrizes: I - a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação (Assumpção; Leonardi, 2005, p.11).

e sistemas, ou seja, compreende e estuda a biomecânica humana e sua funcionalidade, sendo fundamental para a identificação e avaliação das lesões e o tratamento adequado. Partindo do entendimento que movimento é vida, numa dada lesão ao sistema locomotor, algum segmento músculo esquelético perderá sua funcionalidade total ou parcialmente, de forma aguda ou crônica, limitando ou impedindo as atividades de vida diária (AVD's) e as atividades laborais, podendo levar a morte social, potencializando assim a violência já sofrida (Gama, 2011).

A resolução nº 401 de 18 de agosto de 2011 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), inseriu a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher, tendo essa especialização atenção em todas as fases da vida da mulher, sendo realizada na Atenção Básica, Secundária e Terciária, ou seja, no período pré-patogênico (básico) por meio de ações promotoras e preventivas, no período patogênico (secundário) com ações de diagnósticos e tratamento precoce, e dos agravos no período patogênico (terciário) através da reabilitação (De Fisioterapia; Ocupacional-COFFITO, 2011).

O exercício dessa profissão inúmeras vezes envolve o toque terapêutico proporcionando ao cliente a sensação de calor, proteção, apoio e cuidado, agindo assim em sua reabilitação e gerando a confiança que proporciona a criação do vínculo profissional/cliente, essa confiabilidade estabelece uma via de comunicação mais abrangente, facilitando assim o processo investigativo das lesões e suas sequelas (Afonso; Veiga-Branco, 2012).

O profissional fisioterapeuta possui ferramentas que permitem a identificação das lesões causadas pela violência física e sexual. Defender a vida e os órgãos vitais é intrínseco ao ser humano, portanto nascemos com reflexos de defesa; e é através desse reflexo que a mulher ergue seus braços, ou fecha suas pernas para defender-se do ataque ao seu corpo. A tentativa de defesa e a violência cometida pelo agressor para atingir seu intento deixa sinais e sintomas que devem ser identificados pelo/a fisioterapeuta, pela anamnese, através da observação dos movimentos executados pelas mulheres, pelos tipos de lesões encontrados, por testes clínicos, por exames complementares para uma completa elucidação da questão e a escolha do tratamento a ser implementado, e a atuação do profissional que através da atenção e do toque estreita o vínculo profissional-paciente ampliando o conhecimento do real problema (Borges, 2014).

Neste capítulo, discutiremos como a Fisioterapia pode inserir-se de forma dinâmica fortalecendo com seu saber e atuação a Rede de Enfrentamento e Atendimento a mulher vítima de violência doméstica e familiar, objetivando a integralidade do atendimento à mulher vítima de violência doméstica e familiar.

4.1 Fisioterapia sua história e competências

A Fisioterapia é uma ciência jovem da saúde e sua história no Brasil inicia-se com a vinda da família real para o Brasil dentro do eixo Rio de Janeiro – São Paulo, para servir a elite portuguesa. No século XIX, os serviços fisioterapêuticos eram praticados por médicos conhecido como serviço de eletricidade médica e serviço de hidroterapia, existente até hoje no Rio de Janeiro, denominada “Casas das Duchas” (Guistina; Bianca, 2011).

Na segunda guerra mundial com o envolvimento direto do Brasil, enviando 25 mil pracinhas para frente de combate dos Aliados, que desembarcaram no *front* sem equipamento adequado, treinamento ineficaz, totalmente despreparados para o poderio bélico do Eixo, um número expressivo desses pracinhas retornavam ao país lesionados, necessitando de reabilitação para minimizar as sequelas e mutilações de guerra (Petri, 2006).

Em 1950, houve uma grande incidência de poliomielite ou paralisia infantil², e motivado pelas sequelas da poliomielite, distúrbios do aparelho locomotor e acidentes de trabalho, em 1951 foi criado o primeiro curso técnico de Fisioterapia pela atual Universidade de São Paulo, na época Santa Casa de Misericórdia. De 1963 até 1983 o fisioterapeuta era considerado um auxiliar do médico e, em 2002 houve mudança na estrutura da graduação em Fisioterapia, contemplando assim com a formação generalista, capacitando esse/a profissional para atuar em todas as formas de atenção à saúde (Raymundo, 2015).

Em 1959, foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), em 13 de outubro de 1969, foi reconhecida como curso de nível superior e

²“Brasil recebeu da Organização Panamericana da Saúde (Opas), o certificado de erradicação da poliomielite em 1994” (Daniel-Ribeiro, 1995, p.138).

definitivamente regulamentado através do Decreto-Lei 938. Essa data foi destinada à comemoração do Dia do Fisioterapeuta (Marques; Sanches, 1994).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) foi criado através da Lei 6.316/75, regulamentando a profissão de fisioterapia e, na década de 1980 surgiram os primeiros sindicatos da categoria, dentre os quais o Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo (Sinfito/SP). O Sinfito/RJ foi constituído em agosto de 1988 para fins de estudo, coordenação, proteção e representação legal dos/as profissionais, seguidos pela união dos fisioterapeutas em outros Estados (Aquino, 2015).

A Fisioterapia é uma ciência da saúde apta a prognosticar, diagnosticar e intervir com eficiência na recuperação, melhora ou manutenção funcional do indivíduo causada por traumas, má-formação genética, patologias adquiridas e desvios posturais. Utiliza testes clínicos para diagnóstico ou prognóstico; eletroterapia para retirar ou minimizar o quadro algico, manutenção e excitação das fibras musculares, cicatrização, dentre outros; exercícios proprioceptivos para lesões e sequelas neurológicas, equilíbrio, correção postural, dentre outros; exercícios cinéticos para força muscular, aumento do arco de movimento, dentre outros; crioterapia; termoterapia; exercícios cardiorrespiratórios; técnicas manipulativas e outros equipamentos, além da anamnese. O/A fisioterapeuta é por formação generalista, entretanto existem várias áreas de atuação com capacitação *Latu Sensu*, como a Saúde da Mulher e a Saúde Coletiva (De Lima Pimenta; Cosme; De Souza, 2016).

Embora sendo uma profissão com apenas 47 anos de legitimação, conquistou importantes áreas de atuação, como segue: Acupuntura; Fisioterapia em Saúde da Mulher; Fisioterapia em Cardiologia; Fisioterapia Respiratória; Fisioterapia Intensiva; Fisioterapia na Saúde do Trabalhador; Fisioterapia em Dermatologia; Fisioterapia Esportiva; Fisioterapia Neurológica; Fisioterapia em Oncologia; Fisioterapia Traumato-ortopédica; Hidroterapia; Fisioterapia em Osteopatia e Quiropraxia; Fisioterapia em Saúde Coletiva; Fisioterapia Geriátrica e Fisioterapia Pericial; tendo ampliado sua atuação profissional e acadêmica, na saúde, na educação, no judiciário através de ferramentas adquiridas por pesquisas acadêmicas (Freitas, 2006).

Para fins do presente trabalho, iremos abordar a fisioterapia em Saúde da Mulher e, em específico a fisioterapia no atendimento à mulher vítima de violência física e sexual. Para tanto, inicialmente, apresentaremos a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e, a Rede de Atendimento as Mulheres em Situação de Violência.

4.2

Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

A Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres foi realizada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Cabe ressaltar que, essa política está baseada nas as convenções e tratados ratificados pelo Brasil, dentre as quais: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw, 1981); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994); e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000) (Brasil, 2011).

Os movimentos feministas com sua trajetória de luta para assegurar a cidadania da mulher brasileira e protegê-la da violência doméstica, teve papel importante na conquista da Lei 11.340, sancionada em 2006 foi sancionada a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha que cria mecanismos para coibir a violência contra a mulher, tipifica a violência, prevê medidas protetivas, determina a proibição as penas pecuniárias (pagamento de multas ou cestas básicas), altera o Código de Processo Penal possibilitando ao juiz a decretação da prisão preventiva quando houver riscos à integridade física da mulher; e amplia a Rede de Enfrentamento e Atendimento a Violência contra a Mulher (Barsted, 2011).

Para oferecer as mulheres atendimento mais amplo, em 2007 foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consolidando assim uma rede mais articulada através de ações na capacitação de agentes públicos para prevenção e atendimento; na criação de normas e padrões de atendimento; no aperfeiçoamento da legislação; no incentivo à constituição de redes de serviços; no apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e na ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de Segurança Pública, garantindo atendimento humanizado e qualificado as vítimas de violência doméstica e familiar (Brasil, 2011).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres define a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres como:

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Portanto, a rede de enfrentamento tem por objetivos efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos - e dar conta da complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres (Brasil, 2011, p.9).

A participação do profissional de saúde na Rede de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres se dará de forma quantitativa, através da notificação compulsória que gerará agenda de políticas públicas para as mulheres em situação de violência, conforme previsto na Lei 10.778/2003³; e qualitativa exigindo capacitação de profissionais na realização do aborto legal, conforme Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravantes Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes elaboradas pelo Ministério Público; solicitando que os locais que atuem estejam de acordo com as Normas Técnicas de Padronização; participando das Conferências Municipais, Estaduais e Federais; promovendo ações educativas sobre o tema dentro da comunidade, garantindo a prevenção e o combate da violência doméstica e familiar (Garbin, 2015).

A rede de enfrentamento é composta por: agentes governamentais e não-governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas

³ “Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.” (Brasil, 2003).

voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.); serviços/programas volta- Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Rede de Enfrentamento 14 dos para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não-especializados de atendimento às mulheres em situação de violência (que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência) (Brasil, 2011, p.13).

Assim sendo, a Rede de Enfrentamento contempla o combate, a prevenção, a assistência e garantia de direitos, dentro dos órgãos responsáveis pela gestão e controle social das políticas de gênero, além dos serviços de atendimento (Brasil, 2011). Como já explicitado a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência faz parte da Rede de Enfrentamento.

4.3 Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência

A Rede de Atendimento as Mulheres em Situação de Violência está dividida em quatro áreas/setores: saúde, justiça, segurança pública e assistência social, que buscam realizar ações que amplie e melhore o atendimento à mulher vítima de violência, que a identificação e o encaminhamento dessas mulheres sejam adequados, humanizados e que haja integralidade no atendimento (Brasil, 2011).

Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento. Assim, é possível afirmar que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência é parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres (Brasil, 2011, p. 14).

Faz parte da rede de atendimento os serviços especializados e os não especializados como segue:

1. Especializados: Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher), Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Postos

ou Seções da Polícia de Atendimento à Mulher), Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos (tráfico de pessoas) e Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante (Grossi; Tavares; De Oliveira, 2008).

2. Não-Especializados: hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/Cras, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/Creas, Ministério Público, defensorias públicas. Em geral considerados como porta de entrada da mulher na rede (Grossi; Tavares; De Oliveira, 2008).

Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher são espaços de acolhimento e acompanhamento psicológico e social de mulheres em situação de violência, neste local são oferecidas orientações jurídicas e caso haja necessidade são encaminhadas para os serviços médicos ou casas-abrigo; as Delegacias Especializadas no Atendimento as Mulheres compõem a estrutura da Polícia Civil e são encarregadas de realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, nessas unidades é registrado o Boletim de Ocorrência (B.O.) e solicitada medidas protetivas de urgência nos casos de violência doméstica contra a mulher; as casas-abrigo oferecem asilo protegido e assistência integral às mulheres e seus dependentes em risco de vida; os Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher são órgãos da Justiça com competência cível e criminal, responsáveis por processar, julgar e executar as causas decorrentes da violência doméstica e familiar contra a mulher; a Defensoria Pública de prestar assistência jurídica integral e gratuita a mulher desprovida de recursos; e os Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica este serviço conta com equipe multidisciplinar, as mulheres são encaminhadas para exames e serão orientadas a prevenção das Doenças Sexualmente Transmitidas (incluindo HIV) e da gravidez indesejada, caso necessário será oferecido abrigo, orientação e encaminhamento para o abortamento legal (Brasil, 2011).

Os serviços não especializados como: os Centros de Referência da Assistência Social são unidades públicas que atuam e desenvolvem trabalho social com as famílias, com o objetivo de promover um relacionamento saudável familiar; ampliar acesso aos direitos e a melhoria da qualidade de vida social para o indivíduo e a família; no setor da saúde as instituições envolvidas na atenção as vítimas de violência sexual deverá garantir atendimento integral, incluindo medidas preventivas, emergenciais, acompanhamento, reabilitação, tratamento dos agravos e impactos resultantes da violência, além do abortamento legal se for solicitado pela mulher. Entretanto os serviços de saúde não especializados que são considerados porta de entrada das mulheres vítimas de violência, por atuarem diretamente na medicação da queixa como ocorre nos hospitais de emergência e na Atenção Básica por profissionais que atuam na promoção, prevenção e controle das patologias de base, como por exemplo, a hipertensão arterial e a diabetes, deixam de investigar a causa dessas patologias, que poderia ser adquirida pela tensão, ou melhor, stress que a mulher vivencia no ciclo da violência até o momento da explosão, quando ocorrem as lesões e suas sequelas (Brasil, 2011).

Os serviços não especializados que fazem parte da Rede de atendimento as mulheres em situação de violência para que de fato sejam incluídos, efetivamente, no atendimento à mulher vítima de violência física e sexual necessitam de capacitação; da flexibilidade de atuação em rede parte da premissa da intersetorialidade, da capilaridade e da transversalidade de gênero (Villela, 2007).

4.4

Serviços de saúde voltados para o atendimento das mulheres vítimas de violência física e sexual

No campo da saúde dentro do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres destacam-se as Leis 10.778/2003 e a Lei 11.340/2006. A primeira estabelece a notificação compulsória no território nacional, da violência praticada contra a mulher, tendo os/as profissionais de saúde o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, podendo responder judicialmente pela omissão, e a outra prevê medidas penais e protetivas para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo a capacitação

dos profissionais que atuam nessa demanda uma exigência a ser cumprida pelas instituições de ensino técnico e superior sobre o tema, e os que já estão atuando que sejam capacitados continuamente como estratégia construtiva da Rede de Enfrentamento e Atendimento a violência contra a mulher (Pierine, 2014).

Os serviços de emergência e as unidades básicas/postos de saúde são os mais procurados pelas mulheres vítimas de violência sexual e doméstica. Em 2014, segundo o Anuário de Segurança Pública, foram registrados 47.646 estupros no País, com subnotificação estimada em 35%, em 2015 o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério de Saúde, registrou 17.781 atendimentos a mulheres vítimas de estupro (Garcia, 2016). Segundo pesquisas realizadas por Schraiber et al (2002, 2003) dentro dos serviços básicos de saúde apontam alta frequência das mulheres em situações de violência, mas a invisibilidade sobre a questão faz parte desse espaços, as mulheres se calam e os profissionais ou não perguntam ou não discutem.

Apesar do número de notificações citadas, encontramos o desafio da subnotificação, fato grave que deve ser sanado com a capacitação dos profissionais de saúde para perceber ou reconhecer a violência sofrida pela paciente estando apto a notificar o fato. Essa notificação gerará indicadores que definirão políticas públicas de enfrentamento a violência contra a mulher (Waiselfisz, 2015).

A mulher em situação de violência doméstica tanto a física quanto a sexual, mediante as agressões sofridas, busca vários atendimentos tanto nos hospitais de grande porte quanto nas unidades básicas de saúde, sendo reconhecida pelos/as profissionais como poliqueixosa, pois busca atendimento com frequência, sendo as queixas recorrentes ou diferenciadas. Portanto, para que essas mulheres tenham atendimento adequado, os/as profissionais que atuam nesta demanda devem ser capacitados/as no tema e devem conhecer a Rede de Enfrentamento e Atendimento à mulher vítima de violência doméstica e familiar, conforme descrito na Lei Maria da Penha artigo 8º, §VIII e §XI⁴; pois após o

⁴ Art. 8º A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais, tendo por diretrizes: (...) VIII. a promoção de programas educacionais que disseminem valores éticos de irrestrito respeito à dignidade da pessoa humana com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia; IX. o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos

atendimento não-qualificado essas mulheres retornam a seus lares sem o necessário suporte para enfrentar essa situação, vivenciando o “Ciclo da Violência”, onde cria estratégias para que não ocorra a fase de explosão, buscando sem sucesso evitar novas lesões e sequelas (Gomes, 2012).

As situações de violência doméstica geram sentimentos como: vergonha, medo, isolamento social, depressão e até suicídio, fatores que impedem a mulher que sofre com a violência relatar o problema ou procurar ajuda. Muitas mulheres aceitam esse domínio por parte do agressor e mentem ou omitem episódios de violência por medo de novas agressões, sustentando o silêncio e dando continuidade à violência. (...) A violência doméstica se mostra implícita nos serviços de saúde, não sendo a queixa principal que leva as mulheres às unidades de atendimento, pois a violência dentro do ambiente doméstico ainda é invisível tanto para a mulher que sofre com a violência quanto para os profissionais de saúde e a sociedade em geral, exigindo um olhar diferenciado dos profissionais e poder público. Por isso, o constrangimento em iniciar uma conversa sobre violência doméstica não é só por parte das mulheres agredidas mas também dos profissionais de saúde, que sentem receio em realizar busca ativa desses casos (Lopes, et al., p. 4417, 2016).

Mesmo a violência estando implícita na saúde e não ser a queixa principal das mulheres, aliada ao despreparo dos (as) profissionais que atuam nas unidades e/ou dão suporte, o SUS (Sistema Único de Saúde) ao criar as unidades de saúde com a proposta na transformação do atendimento dos (as) usuários (as) para construtora de vínculo, aproximando quem oferece e /ou presta serviço de saúde de quem recebe; tem dificuldade na prática de ações coletivas que buscam condições para o enfrentamento a violência doméstica contra a mulher, para tanto se faz necessário à mudança na postura dos (as) profissionais na reflexão das relações sociais de gênero e da complexidade da violência doméstica e familiar e se possível buscar junto as mulheres alternativas de enfrentamento a esta violência (Schraiber, 2002).

Apesar das Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres já existentes, muitas mulheres, seja por dificuldade de acesso, seja por ignorarem a existência da rede de atendimento a violência contra a mulher, seja por medo ou vergonha geralmente omitem a violência sofrida, portanto são necessárias novas estratégias nos serviços de saúde que cumpram a meta de orientar, informar, e sensibilizar mulheres, homens, idosos, adolescentes, meninas

e meninos, sobre a violência física e sexual sofrida pelas mulheres, instrumentalizando-os para que possam buscar a ajuda necessária (Costa, 2013).

4.5

Fisioterapia: uma ferramenta da saúde no atendimento à mulher vítima de violência física e sexual

A violência física e sexual por sua alta complexidade e alto grau de lesividade, tanto para a vítima quanto para a sociedade, demanda a interação multidisciplinar e interdisciplinar⁵ para o atendimento qualificado. Esta interação se deu a partir da mudança no conceito e atuação dos profissionais de saúde no processo saúde-doença, deixando de somente reabilitador e curativo para promotor e preventivo, ou seja, os profissionais de saúde reúnem seus saberes para buscar realizar os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade, inicializada pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (Silva; Da Ros, 2007).

O/A profissional fisioterapeuta atua nos ambulatórios dos Hospitais de Emergência (privado ou público), em Clínicas particulares, atendimento domiciliar, e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf)⁶ através de matriciamento⁷ solicitado pelas Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família. Portanto a atuação do/a fisioterapeuta deve ser referenciada por outro/a profissional ou instituição (Costa, 2012).

A Atenção Primária entende a violência doméstica de intervenção oportunista através de aconselhamento rotineiro, entretanto a mulher vítima de violência tem como porta de entrada no cuidado com a saúde da Atenção Básica ou Primária, onde são realizados atendimentos como: Planejamento Familiar,

⁵ “A multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente num trabalho de equipe coordenado. Quando nos situamos no nível do multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades, ou setores do conhecimento. (...) a interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte” (Mendes; Lewgoy; Silveira, 2007, p. 29-30).

⁶ “Em 24 de janeiro de 2008, foi criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 154. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com o objetivo de apoiar a Estratégia de Saúde da Família, aumentar à cobertura, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, assim como ampliar as ações da Atenção Primária a Saúde” (Vieira, 2011, p. 14).

⁷ “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini, 2011, p. 13).

exames de preventivo, dentre outros. Os/As profissionais de apoio como os Assistentes Sociais, os Psicólogos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Ginecologistas, dentre outros, trabalha no Nasf (Cotta et al, 2006).

O/A profissional fisioterapeuta pode atuar elaborando laudos periciais das disfunções cinéticas funcionais junto à perícia, para solicitação dos benefícios previdenciários da mulher vítima de violência física e sexual, pois ainda hoje as lesões são classificadas através da Classificação Internacional de Doenças (CID) e não pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), e o benefício denominado pelo Instituto Nacional de Serviço Social (INSS) como “auxílio doença”. Os/As profissionais de saúde são cada vez mais requisitados/as para fundamentar as decisões jurídicas (Sampaio, 2005).

Os/As fisioterapeutas tem obtido destaque essencial com pareceres trabalhistas, através de avaliação como: prova de função muscular, avaliação arco de movimento, funções pulmonares, funções cardiovasculares, funções neurológicas, avaliação postural, análise funcional do movimento humano, e interpretação de exames clínicos; analisar os locais de trabalho (ergonomia e acessibilidade); mensurar, quantificar e estabelecer a capacidade cinesiologia funcional das atividades de vida diárias e atividades laborais do (a) periciado (a) (Almeida, 2012).

O/A fisioterapeuta pode, também, auxiliar as vítimas de violência física e sexual como profissional habilitado (a) a atuar na Saúde Coletiva e na Saúde da Mulher, pois além do conhecimento adquirido no Bacharelado, existem essas Especializações que o/a capacita tanto para a identificação da violência como para o tratamento as sequelas resultantes das agressões (Rodrigues, 2014).

Isto posto, exemplificaremos, a seguir, partindo da análise sequencial das ilustrações apresentadas no capítulo II, de que forma o/a fisioterapeuta poderá desenvolver suas intervenções terapêuticas.

Nas ilustrações 04 e 05 do segundo capítulo, a imagem da mulher agredida apresenta lesões craniais e faciais, inferindo-se possíveis lesões neurológicas. Conduta: Anamnese; Avaliação da dor através da (EVA) Escala Visual Analógica para dor; Testes Neurológicos para averiguação da sensibilidade

tátil, graduação dos reflexos, equilíbrio, manobras deficitárias de olhos fechados; dentre outros; Eletroterapia (TENS) para retirada de quadro algico; Drenagem Linfática para retirada de edema; Laserterapia para cicatrização; Radio Frequência para promover o aumento circulatório; Ultrassom para reparo dos tecidos lesionados e redução do quadro algico. Com a evolução do tratamento serão executados exercícios para a musculatura facial objetivando a recuperação da expressão facial (Lima, 2014).

Nas ilustrações 06, 07, 08 e 09 do segundo capítulo, vê-se lesões decorrentes de agressão ao membro superior e suas estruturas causando importantes limitações e sequelas a serem revertidas.

Conduta: Anamnese; Avaliação de Quadro Algico para identificar grau de dor através da Escala Visual Analógica (EVA); Eletroterapia com o uso de TENS para intervenção no quadro algico e FES (Functional Electrical Stimulation) para fortalecimento muscular no caso de impossibilidade de movimento voluntário; Goniômetro para verificar a amplitude do arco de movimento articular; Provas de Função Muscular, Testes Clínicos para Patologia Óssea, Articular e Muscular, para averiguar força e tônus muscular; Testes de Sensibilidade Tátil; Terapia Manual; Ultrassom para estímulo a osteogênese; Exercícios terapêuticos passivos, ativos, assistidos e resistidos, para ganho/manutenção de força muscular, ganho/manutenção do trofismo muscular, coordenação motora, ganho/manutenção de amplitude de movimento; exercícios proprioceptivos (De Oliveira Guirro, 2004).

Nas ilustrações 10 e 11, encontramos lesões ocasionadas por instrumentos perfuro-cortantes que atingem sua musculatura e podem lesionar também os nervos periféricos, sequelando o membro superior com a imobilidade, prejudicando assim sua funcionalidade.. Conduta: Anamnese; Avaliação de Quadro Algico para identificar grau de dor através da Escala Visual Analógica (EVA); testes neurológicos para averiguação da sensibilidade tátil; Eletroterapia (TENS) para retirada de quadro algico e FES (Functional Electrical Stimulation) para fortalecimento muscular pela impossibilidade de movimento voluntário; Drenagem Linfática para retirada de edema; Laserterapia para cicatrização; Radio Frequência para promover o aumento circulatório; Ultrassom para reparo dos

tecidos lesionados e redução do quadro álgico. Com a evolução da recuperação serão executados exercícios terapêuticos passivos, ativos, assistidos e resistidos, para ganho/manutenção de força muscular, ganho/manutenção do trofismo muscular, coordenação motora, ganho/manutenção de amplitude de movimento; exercícios proprioceptivos para resgate de funcionalidade (De Oliveira Guirro, 2004).

As ilustrações 12 e 13 citam lesões causadas pela agressão do estupro que deixam graves sequelas não só nos membros inferiores como também no assoalho pélvico.

Conduta para sequelas dos membros inferiores: Anamnese; Avaliação de Quadro Álgico para identificar grau de dor através da Escala Visual Analógica (EVA); testes neurológicos para averiguação da sensibilidade tátil; Eletroterapia (TENS) para retirada de quadro álgico e FES (Functional Electrical Stimulation) para fortalecimento muscular caso haja impossibilidade de movimento voluntário; Drenagem Linfática para retirada de edema; Provas de Função Muscular, Testes Clínicos para Patologia Óssea, Articular e Muscular, para averiguar força e tônus muscular; Testes de Sensibilidade Tátil; Terapia Manual; Ultrassom para estímulo a osteogênese; Exercícios terapêuticos passivos, ativos, assistidos e resistidos, para ganho/manutenção de força muscular, ganho/manutenção do trofismo muscular, coordenação motora, ganho/manutenção de amplitude de movimento; Exercícios proprioceptivos para treino de deambulação. Exercícios terapêuticos para reeducação postural (De Oliveira Guirro, 2004).

Condutas para sequelas no Assoalho Pélvico: Anamnese; Avaliação de Quadro Álgico para identificação do grau de dor através da Escala Visual Analógica (EVA); Eletroterapia (transcutânea, transanal e transvaginal) para fortalecimento do assoalho pélvico, ação sobre incontinência urinária e fecal, ação sobre prolapso anal e vaginal, analgesia nas dores vaginais; Exercícios perineais com Biofeedback para fortalecimento do MAP (Músculos do assoalho pélvico); Exercício de Kegel para fortalecimento do assoalho pélvico, ação sobre incontinência urinária e estimulação; Laserterapia para cicatrização; Ultrassom para reparo tecidual (Silva; De Paiva Oliva, 2011).

Isto posto, a violência física e sexual contra a mulher, em suas expressões, conforme apresentamos nas ilustrações do capítulo anterior, em última instância, retira a mulher das suas atividades laborativas e dificulta ou impede a realização das suas atividades de vida diárias, como por exemplo: subir uma escada; pentear seus cabelos e/ou de seus filhos e filhas; cozinhar; tomar banho; arrumar a casa; participar de atividade social, dentre outras.

Nesse sentido, a Fisioterapia contribui para o processo de reabilitação dessa mulher. Entendendo reabilitação, enquanto:

A reabilitação é um processo global e dinâmico com o objetivo de recuperar a saúde física e psicológica da pessoa portadora de deficiência ou com funções prejudicadas por doença ou evento traumático. Está associada a um conceito mais amplo de saúde, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social, tendo como meta final a reintegração social do paciente. (...) A reabilitação é necessária quando se trata de doenças crônicas, sequelas neurológicas e lesões traumáticas e deve ser realizada com equipe multiprofissional (Ribeiro e Barter, 2010, p.2730).

Neste capítulo foi discutido como a fisioterapia pode atuar na violência física e sexual contra a mulher, objetivando seu retorno às atividades de vida diária e laborais; contando sua história e competências; onde está inserida; qual tratamento e equipamentos a utilizar nas sequelas das lesões causadas pelo parceiro íntimo; e demonstrando que pode identificar as lesões e sequelas como violência doméstica e familiar através dos movimentos defensivos realizados pela mulher para defender-se de seu (s) agressor (es).