

Violência doméstica: analisando a visão do profissional de saúde na atenção primária

Lisiane Cristina Schwantes*
Anna Maria Chiesa**
Rosalinda Asenjo López de Berti***
Lislaine Aparecida Fracolli**

RESUMO

Este estudo buscou compreender por que os profissionais de saúde na atenção primária não visualizam a violência doméstica na amplitude de identificar o verdadeiro fenômeno. Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos científicos nacionais e internacionais para esclarecer de maneira cognitiva e coerente o assunto em questão. Assim um total de 128 artigos foram selecionados, destes somente 42 responderam à questão central da pesquisa. As categorias que emergiram foram: a naturalização da violência doméstica influenciando na atuação dos serviços de saúde ao não reconhecimento do fenômeno; como a violência doméstica influencia os serviços de saúde nas propostas destes profissionais pelos determinantes sociais; qual o verdadeiro fenômeno da violência doméstica; e o papel dos profissionais de saúde na atenção básica e a visão da violência doméstica. O fenômeno deve ser olhado de forma ampliada, pois fornece subsídios para as intervenções dos processos de trabalho, visando à integralidade do cuidado às vítimas de violência doméstica.

Palavras-chave: Violência doméstica. Serviços de Saúde. Atenção primária à saúde.

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica como um todo, desde a infância até a idade avançada vem se postergando, o que representa um fenômeno global pela magnitude e extensão dos danos que podem causar à saúde da vítima, verificando-se em uma criança, um adolescente, uma mulher ou em um idoso. Este trabalho insere-se na temática da violência e saúde. Especificamente, aprofundando o estudo da relação entre a violência de gênero no âmbito doméstico e atenção primária.

Especificamente sobre a violência de gênero, o Ministério da Saúde reconhece que as desigualdades sociais, econômicas, políticas e estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligada ao domínio e honra masculina comum a essa sociedade, são determinantes da violência de gênero (BRASIL, 2005).

Gênero considerado também um novo campo de pesquisas históricas, é uma maneira de indicar as “construções sociais”. “Entre outros termos, esse uso de gênero só se refere aos domínios - tanto estruturais quanto ideológicos — que implicam em relações entre os sexos” (SCOTT, 1989).

As desigualdades sociais e iniquidades de gênero acontecem com muita frequência, e na maioria das

vezes ocorrem as desigualdades de raça, etnia, sexo, cultura, classe social e outras, resultando o uso inadequado de aspectos éticos dos profissionais de saúde. Há uma necessidade da incorporação de novas políticas públicas pela perspectiva de gênero para uma diversidade na saúde de atenção integral, para assim evitar as desigualdades sociais (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO CEARÁ, 2001).

A violência doméstica é um tema bastante instigante que atinge milhares de pessoas, sendo decorrente da desigualdade nas relações de poder entre homens e mulheres. Assim, passou a ser estudada com maior profundidade no âmbito da constitucionalização dos direitos humanos por estes terem sido aprimorados. Portanto, passou a ser um problema central para a humanidade, bem como um grande desafio que a sociedade contemporânea enfrenta (HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1994; SAFFIOTTI, 1997).

Atualmente é unânime a ideia de que violência não faz parte da natureza humana e a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo fenômeno biopsicossocial que nas suas formas mais atroz e mais condenáveis geralmente ocultam outras situações menos escandalosas.

* Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP. E-mail: libase@uol.com.br

** Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Saúde Coletiva, São Paulo, SP.

*** Universidade Federal de Uberlândia, Escola Técnica de Saúde, Uberlândia, MG.

Na área de saúde pública, existe atualmente um impulso de voltar à atenção no campo da prevenção e na intervenção comunitária onde pode lograr-se êxito, articulando o serviço social, o enfermeiro, o médico e os profissionais de saúde mental, atuando na sensibilização e no avanço da consciência social.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O estudo compreendeu a revisão da literatura sobre a violência doméstica e qual é a visão do profissional da saúde na atenção básica; como lidam com esta questão que se tornou um grande problema de saúde pública. A pesquisa, realizada usou a estratégia de levantamento bibliográfico de artigos publicados com os seguintes termos de busca: “violência de gênero” ou “maus-tratos, relacionados com “profissionais” ou “saúde”, “violencia” ou “domesticas”, “atenção” ou “primária” e “serviços ou saúde”.

O estudo abrangeu todos os campos de registro, sendo pesquisado nas Bases de Dados: Lilacs, BDENF, Medline, Cochrane, Pubmed, DEDALUS, Perienf e bancos de teses da CAPES e IBICT.

Nesta pesquisa, o período compreendeu a literatura publicada entre 1980 a setembro de 2011. Para a busca foram selecionados 128 artigos, sendo utilizados apenas 42 que responderam à questão central desta revisão.

Sob a perspectiva da saúde, a violência social abrange um campo mais amplo, além da mortalidade relacionada aos agravos à saúde produzidos em um contexto de violência não fatal (morbidade). Neste campo, inclui-se a violência doméstica contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos, a violência no trabalho, nas ruas, os acidentes e negligências no lar, além dos problemas psicossociais advindos de vivências violentas, entre outros. Desse modo, observa-se que as pesquisas sobre morbidade são precárias (MINAYO, 1994).

Os principais grupos vulneráveis são as mulheres, idosos e crianças. A grande prevalência da violência doméstica ainda mascara as estatísticas oficiais, e a realidade é, muitas vezes, atenuada. As vítimas tendem a esconder a real causa das lesões, quer por medo ou por afeto, assim muitas vezes o diagnóstico é mais difícil (FONSECA et. al., 2009; MONTEIRO, 2006).

Na situação a dinâmica dominante é: a mulher não fala e os profissionais não perguntam, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como consequências de sentimentos de medo, vergonha, preconceito, ou, descrédito de ambas as partes. Portanto, os profissionais de saúde precisam vencer algumas barreiras analisadas, tais como: falta de tempo; probabilidade de identificação com seus pacientes, o que dificulta a visibilidade dos

casos de violência doméstica, por não acreditarem que pessoas, assim como elas, possam pertencer a um grupo de risco (SUGG, 1997).

Muitos profissionais não querem se envolver nas questões judiciais. Além disso, os profissionais tendem a desconfiar que as mulheres estejam realmente falando a verdade e acreditam que suas atitudes possam não contribuir para solucionar o problema. Existem também barreiras institucionais, considerando que a instituição não oferece suporte ao atendimento, nem espaço privado para realizar a consulta, sem contar a falta de capacitação profissional. Destaca-se também que não estão sendo completamente cumpridas as normas de atenção estabelecidas, que contemplam a identificação e a valorização do risco (SCHRAIBER, 1999).

De acordo com os princípios e diretrizes dessa política e do plano de ação o Ministério da Saúde, estabeleceu como meta aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres e as adolescentes em situação de violência nos municípios-pólos de micro regiões apoiando-se nas organizações de redes integradas, neste período de quatro anos (MINAYO, 2007).

Uma preocupação muito presente na humanidade é a história da doença que, ao longo dos anos, teve as mais variadas explicações. Atualmente sabe-se que fatores biológicos exógenos, genéticos e hereditários, além de hábitos individuais, e violência, tem uma grande influência na saúde do indivíduo. Estes fatores estão ligados à renda, educação, gênero, etnicidade, posição socioeconômica e as crenças culturais da população na sociedade, que determinam as diferenças na exposição, levando ao aumento da vulnerabilidade e de condições de saúde comprometedoras, levando à violência (IBAÑEZ; ELIAS; SEIXAS, 2011).

Muitas vezes, os profissionais de saúde concebem essa forma de violência como natural e imutável, ao se manifestarem em relação às certas situações de difícil saída para as mulheres. A argumentação de impotência justifica a clássica culpabilização da vítima e, lamentavelmente, ainda parece ser o pensamento dominante em muitas condutas de profissionais de saúde (SCHRAIBER et al., 2003).

O enfermeiro ainda pode ser a primeiro profissional a descobrir os sinais de violência por meio do acolhimento e do vínculo que cria com essas vítimas, e pode ter um impacto profundo na decisão da mulher de procurar ou não ajuda no momento desse acolhimento. É importante que o enfermeiro seja capaz de identificar a agressão e ajudar a vítima. A violência doméstica pode deixar marcas importantes, e um enfermeiro bem treinado poderá causar um impacto positivo sobre a saúde emocional e mental da vítima (HESSMILLER; LEDRAY, 2004).

Diante da contextualização do fenômeno atual da violência doméstica na atenção primária encontrada pelos profissionais de saúde, percebe-se que o problema está além da capacitação dos profissionais e de políticas públicas, e sim, nas ações intersectoriais no âmbito da saúde. Em decorrência disso pretende-se verificar através da revisão da literatura como esta temática vem sendo abordada e qual é o papel dos profissionais da atenção primária na visão da violência doméstica, para serem apontadas as lacunas possíveis.

3 DISCUSSÃO

A análise realizada nos artigos publicados na literatura é apresentada na forma de categorias classificadas por temas que foram construídas, conforme as similaridades identificadas.

As categorias que emergiram no estudo foram:

1 A naturalização da violência doméstica, influenciando na atuação dos serviços de saúde e o papel dos profissionais na atenção básica;

2 Como a violência doméstica influencia os serviços de saúde nas propostas desses profissionais nos determinantes sociais;

3 Qual é o verdadeiro fenômeno da violência doméstica.

Pela complexidade e carga de preconceito, que a acompanha, a violência tem sido pouco evidenciada pelos profissionais de saúde, que apresentam dificuldades para lidar com estas questões, sobretudo quando estas remetem situações e problemas de ordem social e familiar. Neste sentido, esta temática tem merecido a atenção das políticas públicas, no que se refere ao reconhecimento dos profissionais de saúde, familiares e comunidade, em geral, uma atitude de enfrentamento do problema.

Assim, os profissionais de saúde precisam estar preparados para identificar e notificar os casos de violência e maus-tratos e ainda comunicar e referenciar os casos suspeitos ou confirmados, proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários em um trabalho interdisciplinar e intersectorial (ROQUE, FERRIANI 2002).

Esta reflexão mostra a necessidade dos profissionais de saúde de trabalhar não só com modelos epidemiológicos, mas incluírem a compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos, das ações e dos processos violentos (BRASIL, 2005).

O cenário da violência vem se repetindo e tende a se tornar progressivamente mais frequente. E os profissionais, portanto, não conseguem reconhecer e identificar a violência doméstica. A violência nas relações de gênero não é identificada, e os diagnósticos realizados nos serviços de saúde acabam sendo um problema

de extrema abordagem para seu enfrentamento (BARSTED; HERMANN, 1999; DE CHANT et al., 1995; D'OLIVEIRA, 1999; HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1994; HEISE, 1999; KOSS; KOSS; WOODNUFF, 1991; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Embora todas as pessoas tenham o dever de notificar as autoridades quando ocorre um caso de vitimização de crianças e adolescentes, e, sobretudo das mulheres, os profissionais de saúde que interagem com o segmento são grandes responsáveis por essa medida, tornando possível desencadear os mecanismos de proteção. Desses profissionais, o médico e o enfermeiro exercem um papel fundamental na identificação, tratamento e prevenção dessas vítimas de maus-tratos (SANTOS, IPPOLITO 2004).

Há uma ideia de que o sofrimento está muito distante das doenças e que na realidade qualquer doença profundamente determinada pela quantidade de sofrimento, é influenciada pela subjetividade do sujeito. Portanto, as necessidades dos indivíduos são expressas pela procura dos serviços e também pelos novos padrões de direitos sociais: direito à vida saudável, ao alívio, reivindicações e desejos, paz e cidadania. O desenvolvimento desta nova consciência deve ter um diagnóstico do que é necessidade de saúde (MATSUMOTO, 1999).

Os determinantes sociais de saúde são caracterizadores como: condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, merecendo causas sociais de baixa desigualdade evitáveis em saúde combatendo as iniquidades como, por exemplo, a disparidade entre a expectativa de vida de homens e mulheres. As iniquidades envolvem muito mais do que meras desigualdades, influenciando assim nas condições de vida e de saúde da população (IBÁÑEZ; ELIAZ; SEIXAS, 2011).

O ser humano pode esconder seu nível de necessidade ou não revelar suas palavras, tendo suas ansiedades e dificuldades, como segredos. Por exemplo, abusos sexuais ou emocionais, que estão por trás de uma fachada, significam que não são necessidades, mas são experimentadas como problemas, podendo constituir-se em uma necessidade de questão complexa (COWLEY, 2007).

“O ‘cuidado’ atua sobre os problemas de saúde individuais ou coletivo de forma a causar impacto nos usuários finais, pelo atendimento de suas necessidades de saúde” (EGRY, 2008).

Vista como objeto (não exclusivo) da Saúde Coletiva, pode-se tomar a violência como uma das tantas necessidades de saúde expressas pelos indivíduos e grupos sociais. Para isso, deve ser adotada a visão de mundo histórica e dialética com o objetivo de reconceituar necessidades de saúde e, por consequência,

ampliar o olhar sobre o fenômeno violência (GARCIA; EGRY, 2010).

A banalização da violência doméstica, sua concepção como parte inexorável das relações do casal, ou mesmo das relações entre ex-casais, considerando a construção de gênero que objetifica a mulher, negando-lhe a condição de sujeito de direito e a autonomia de alguém capaz de exercitar as próprias escolhas, inclusive a de pôr fim a um relacionamento (HEISE; PITANGUY; GERMAIN 1994; SAFFIOTTI, 1997).

Esses fatores impedem o reconhecimento da violência de gênero, tornando-a invisível, não apenas às vítimas que se conformam com seu “destino biológico”, mas também para a sociedade e o Estado (HEISE; PITANGUY, GERMAIN; 1994; SAFFIOTTI, 1997).

Sabe-se que a violência não é só da importância da saúde, mas naturaliza e configura um fenômeno de múltiplas determinações sociais. Refere-se à hierarquia de poder, conflitos de autoridade e desejo de domínio e aniquilamento do outro. Embora não seja uma especificidade da saúde, mas ela traz impacto direto sobre a saúde por meio de lesões, traumas e mortes, sejam físicas ou emocionais, representando um problema de saúde pública de graves dimensões transversais à sociedade atual (MINAYO, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde a violência é responsável por elevados índices de morbidade e mortalidade e a violência doméstica é conceituada como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família, podendo ser cometida por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida (BRASIL, 2001, 2002).

Entre as Instituições Nacionais e Internacionais, existe, cada vez mais, um consenso em torno da seguinte questão: a violência representa um risco para realização do processo vital humano, ameaça à vida, altera a saúde,

produz enfermidade e provoca a morte, como realidade ou possibilidade próxima (ALBUQUERQUE, 2010).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declara que “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. O setor de saúde constitui a encruzilhada, para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (MINAYO; SOUZA, 1998).

Em muitos países, a violência ainda é aceita como algo considerado normal. De acordo com National Violence Against Women Survey, uma em cada quatro norte-americanas já foi física ou sexualmente agredida por seus parceiros. De 40% a 60% dos assassinatos na América do Norte são cometidos por seus parceiros. O governo federal tem contribuído modestamente com fundos para programas locais, mas o atendimento ainda é muito lento. Em muitos casos, a vítima escapa do agressor, mas não consegue vaga em uma instituição (TJADEN; THOENES, 2000).

Dados fornecidos pela UNICEF analisaram quase 45 mil casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos pelos Centros Especializados de Assistência Social (CREAS) em 904 municípios brasileiros, durante o ano de 2006 (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

Segundo os CREAS, crianças e adolescentes entre sete e 14 anos de idade são os mais vulneráveis à violência doméstica. Os meninos e meninas dessa faixa etária são vítimas em 59% dos casos de violência doméstica atendidos. Dezoito mil crianças são vítimas de violência doméstica por dia no Brasil. A estatística dos dados de 2006 da UNICEF é a mais aproximada passando por todos os tipos de violência, de acordo com os dados do Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 — Tipos de violência

| TIPO DE VIOLÊNCIA MENINAS | VALOR | TIPO DE VIOLÊNCIA MENINOS | VALOR |
|------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| Violência física | 4,164 | Violência física | 4,493 |
| Violência psicológica | 4,592 | Violência psicológica | 4,308 |
| Abuso sexual | 9,932 | Abuso sexual | 2,146 |
| Negligência | 6,786 | Negligência | 6,645 |
| Exploração sexual | 971 | Exploração sexual | 279 |
| TOTAL | 26,427 | TOTAL | 17,871 |

Fonte — UNICEF (2006).

Predominantemente, os agressores situam-se nas faixas etárias entre: 26 e 35 anos de idade (38,9%) e entre 36 e 45 anos (30%). Apenas 11,9% estão entre 46 e 60 anos de idade e 11,3% situam-se entre 22 e 25 anos. Quer dizer que 68,9% dos agressores têm entre 26 e 45 anos de idade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

Com respeito ao grau de instrução, 63,9% das vítimas têm ensino fundamental; 17,4% cursaram o segundo médio; 9,5% são alfabetizadas e 4,6% são não letradas. Proporção semelhante (4,6%) cursou nível superior (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

Outro elemento importante da pesquisa revela forte associação entre uso de álcool e ocorrência de agressões no contexto das relações conjugais, presentes ou passadas. Em 30,3% da amostra analisada, as vítimas disseram que o agressor era alcoólatra ou estava embriagado no momento da agressão. Em 88,6% destes casos, a vítima mencionou a existência de embriaguez ou alcoolismo, e o agressor era marido/companheiro ou seu ex-marido/companheiro. Este dado destaca-se ainda mais, considerando-se que o percentual de maridos/companheiros, ex-maridos/companheiros correspondem a 74,5% do total da amostra (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

Estes dados que foram aqui demonstrados denota-se a gravidade do fenômeno, podendo então constatar a necessidade da assistência individualizada para os casos específicos de violência doméstica desde a infância até a idade avançada. A prevenção precisa ser de forma integral e ampla para atender a todas estas vítimas de forma sistematizada (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

Em relação à violência contra a mulher, as estatísticas mostram os seguintes dados: uma em cada cinco brasileiras declara espontaneamente já ter sofrido algum tipo de violência por parte de um homem. A cada 15 segundos uma mulher é espancada por um homem no Brasil (UNBEHAUM; ARRUDA, 2005).

Cerca de uma em cada cinco brasileiras (19%) declararam espontaneamente ter sofrido algum tipo de violência por parte de um homem. Um terço das mulheres (33%) admitiu já ter sido vítima, em algum momento de sua vida, de alguma forma de violência física (24% de ameaças com armas ao cerceamento do direito de ir e vir, de 22% de agressões propriamente ditas e 13% de estupro conjugal ou abuso), 27% sofreram violência psíquica e 11% afirmaram já ter sofrido assédio sexual (UNBEHAUM; ARRUDA, 2005).

Há uma lacuna no atendimento da violência na esfera da atenção primária, apesar do incentivo e das diretrizes para qualificar a assistência à população vítima desses agravos em todos os níveis do sistema de saúde,

pelas estatísticas aqui demonstradas (DESLANDES; MINAYO, 2008).

Muitos casos de violência doméstica são recorrentes e de difícil detecção, pois os envolvidos muitas vezes não denunciam, já que possuem com o agressor algum vínculo familiar e/ou afetivo. Trata-se de um problema de dimensões pouco conhecido pela escassez de informações e o culto à “lei do silêncio” da população (FOCAULT, 1987).

O reconhecimento da violência como sendo multifacetada aponta suas características externas e internas, coletivas e subjetivas. O tema é analisado com base em indivíduos, grupos, classes e instituições que, em suas relações, empregam diferentes meios de coerção e aniquilamento direto ou indireto sobre seus semelhantes, com a finalidade de reter ou conquistar poder, posses e privilégios (DENISOV, 1986).

Na violência doméstica, quando se fala na dimensão do cuidado em saúde, este ocorre com base no estabelecimento de interações intersubjetivas e pelo diálogo, o mais simétrico possível entre profissionais e usuários, que pode favorecer a compreensão mútua entre os envolvidos e permitir a construção consensual. Logo, conhecer a dimensão cotidiana da violência é central nesse contexto e pode subsidiar ou desencadear uma proposta de reflexão da prática profissional e das experiências vividas pelas profissionais, contribuindo para as mediações na qualidade dessa prática (AYRES, 2004).

Notificar se faz necessário e importante, pois é um instrumento poderoso, que acaba sendo empregado para dimensionar a política pública na questão da violência em família, como investimento para a vigilância epidemiológica no conhecimento da dinâmica da violência doméstica, quebrando ideias e barreiras para conscientização e importância do diagnóstico da situação da violência que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar (GONÇALVES, FERREIRA 2002).

Ao tentar participar das decisões quanto à assistência oferecida, as mulheres encontram forte resistência por parte da equipe de saúde, não têm autonomia para decidir sobre seu corpo e sua saúde, submetendo-se ao poder dos profissionais que, muitas vezes, “mascaram” situações de violência, isso é muito comum nas adolescentes (KOSS; KOSS; WOODNUFF, 1991).

Predominantemente, os agressores situam-se nas faixas etárias entre: 26 e 35 anos de idade (38,9%) e entre 36 e 45 anos (30%). Apenas 11,9% estão entre 46 e 60 anos de idade e 11,3% situam-se entre 22 e 25 anos. Quer dizer que 68,9% dos agressores têm entre 26 e 45 anos de idade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

Com respeito ao grau de instrução, 63,9% das vítimas têm ensino fundamental; 17,4% cursaram o segundo médio; 9,5% são alfabetizadas e 4,6% são não letradas. Proporção semelhante (4,6%) cursou nível superior (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

Outro elemento importante da pesquisa revela forte associação entre uso de álcool e ocorrência de agressões no contexto das relações conjugais, presentes ou passadas. Em 30,3% da amostra analisada, as vítimas disseram que o agressor era alcoólatra ou estava embriagado no momento da agressão. Em 88,6% destes casos, a vítima mencionou a existência de embriaguez ou alcoolismo, e o agressor era marido/companheiro ou seu ex-marido/companheiro. Este dado destaca-se ainda mais, considerando-se que o percentual de maridos/companheiros, ex-maridos/companheiros correspondem a 74,5% do total da amostra (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2006).

4 CONCLUSÃO

É preciso apontar os aspectos relevantes das representações dos profissionais de saúde sobre a violência no âmbito doméstico e de que forma essas representações influenciam o papel dos serviços de saúde, diante desse fenômeno. Retomamos aqui o referencial teórico da pesquisa, especialmente, a discussão sobre a violência doméstica, as representações (ideologias) de gênero e o papel dos serviços de saúde neste tipo específico de violência.

A integralidade é objetivo e, portanto, nunca se realiza totalmente apenas no esforço individual. Por isso, é preciso não só repensar a estrutura piramidal dos serviços de saúde, como entender que a integralidade é compromisso de todos, mesmo aqueles considerados finais e especializados. Isso requer radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades deve ser sempre o foco, a razão de ser de cada serviço e do “sistema” como um todo.

Atualmente, aponta-se a importância de que os serviços de saúde possam desenvolver ações que não só reparem o dano físico produzido, como também que as intervenções sejam mais integrais a fim do reconhecimento da violência doméstica, possibilitando com que as famílias enfrentem e superem essa realidade. Entretanto, qualquer proposta que pretenda ser encaminhada por meio dos serviços de saúde, deve considerar o que os profissionais de saúde pensam sobre esse fenômeno.

É imprescindível que os profissionais de saúde assumam uma postura de responsabilização pelos casos identificados, mediante uma articulação entre os serviços que possibilitem o rompimento do ciclo de violência, identificando acolhendo, e, tratando as vítimas.

Olhar de forma ampliada para este fenômeno fornece subsídios para intervenções dos processos de trabalho na atenção básica, visando à prevenção do cuidado as vítimas de violência doméstica. Mudanças baseadas em evidências após a revisão de nossos próprios conceitos.

Domestic violence: analyzing the vision of health professionals in primary care

ABSTRACT

This study sought to understand why health professionals in primary care do not see what happens in relation to domestic violence in the amplitude to identify the real phenomenon. He was made a bibliography of scientific papers nationally and internationally to clarify the cognitive and coherent manner the subject matter. Thus a total of 128 articles were selected, of these only 42 answered the central question of research. The categories that emerged were: naturalization of domestic violence influencing the performance of health services to non-recognition of the phenomenon, how domestic violence affects the health services professionals in proposals of the social determinants, which the true phenomenon of domestic violence and the role of health professionals in primary care and vision of domestic violence. The phenomenon must be looked at broadly, it provides subsidies for interventions work processes, aiming at comprehensive care to victims of domestic violence.

Keywords: Domestic violence. Health services. Primary care.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE VS. **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre**: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- BARSTED, L. L.; HERMANN, J. **Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos**: os direitos das mulheres são direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica**: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes e crianças. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. **Orientação para profissionais de saúde no atendimento à criança e ao adolescente vítima de maus-tratos**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientação para prática em serviço. Brasília, DF, 2001.
- COWLEY, S. et al. What do health visitors do. A national survey of activities and service organization. **Public Health**, London, v. 121, no. 11, p. 869-879, 2007.
- DENISOV, W. **Violência social**: ideologia y política. Moscow: Editorial Progresso, 1986.
- DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Bogotá, v. 24, n. 6, p. 430-440, 2008.
- EGRY, E.Y. **Necessidades de saúde na perspectiva da atenção básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008.
- FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO CEARÁ. **Sistema de fórum de discussões das principais questões nacionais e regionais e um agente impulsionador dos negócios industriais**: a desigualdade social no Brasil. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.sfiec.org.br/publicacoes/licoes_prog_desenv_br/desigualdade_social-texto.htm>. Acesso em: 10 set. 2011.
- FONSECA, R. M. G. S. et. al. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 974-980, 2009.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1987.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Children violence**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.unicef.org/progressfor.children_childrenviolence_2006>. Acesso em: 10 fev. 2011.
- GARCIA, T. R.; EGRY, E.Y. (Org). **Necessidades em saúde como objeto da TIPESEC** : integralidade da atenção no SUS e a sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.
- HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. Violence against women. **The hidden health burden**. Washington, D.C.: World Bank, 1994.
- HESSMILLER, J. M.; LEDRAY, L. E. Violence. In: CONDON, M. C. **Women's health**: an integrated approach to wellness and illness. New Jersey: Prentice Hall, 2004. p. 516-536. .
- IBAÑEZ, N.; ELIAS P. E. M.; SEIXAS P. H. D. A. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec/Cealoc, 2011.
- KOSS, M. M.; KOSS, P. K.; WOODNUFF, W. J. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. **Archives of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 151, p. 342-347, 1991.
- MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MCCAULEY, J. et al. The “Battering Syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Johns Hopkins University School of Medicine**, Baltimore, v. 123, p. 737-746, 1995.
- MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social**: teoria e método e criatividade. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MONTEIRO C.F. et al. **A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência**: uma contribuição da enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm; 2006. 273p.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 136-141, 2008.

ROQUE, E. M. S. T; FERRIANI, M. G. C. Desvendando a violência doméstica contra a criança e adolescente sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 334-344, 2002.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KRUPITAS, M. (Org.). **Violência em debate**. São Paulo: Moderna, 1997. p. 38-57.

SANTOS, B.; IPPOLITO, R. (Org.). **Guia escolar: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 3, p. 11-27, 1999.

SCOTT, J. **Gender: a useful category of historical analyses**. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press, 1989.

SUGG, N. K.; INUI, I. Primary care physician's response to domestic violence. **JAMA**, Washington, D.C., v. 267, no. 23, p. 3157-3160, 1997.

TJADEN, P.; THOENNES, N. **Full report of the prevalence, incidence, and consequences of intimate partner violence against women: findings from the national violence against women survey**. Report for Grant 93-IJ-CX-OO12. Washington, D.C.: National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000. Disponível em: <<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

UNBEHAUM, S.; ARRUDA, S. **Guia de formação de mulheres: mulheres e cidadania ativa: construindo políticas de igualdade**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2005.

Enviado em 27/11/2011

Aprovado em 25/12/2011