

DANIELE MARTINS FERRER DE OLIVEIRA

**O DESAFIO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NO ACOLHIMENTO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA CONJUNTURA
ATUAL.**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas, como requisito para obtenção de Título
de Especialista em Saúde Coletiva e da Família.

PIRACICABA

2014

DANIELE MARTINS FERRER DE OLIVEIRA

**O DESAFIO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NO ACOLHIMENTO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA CONJUNTURA
ATUAL.**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas, como requisito para obtenção de Título
de Especialista em Saúde Coletiva e da Família.

Orientadora: Prof.^a Ms. Jaqueline Vilela Bulgareli

PIRACICABA

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

OL4d

Oliveira, Daniele Martins Ferrer de, 1983-
O desafio do profissional da saúde no acolhimento da
violência doméstica contra a mulher na conjuntura atual /
Daniele Martins Ferrer de Oliveira. -- Piracicaba, SP: [s.n.],
2014.

Orientador: Jaqueline Vilela Bulgareli.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Educação continuada. 2. Política de saúde. I. Bulgareli,
Jaqueline Vilela, 1980- II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III.
Título.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	04
RESUMO	05
ABSTRACT	06
1. INTRODUÇÃO	07
2. REVISÃO DE LITERATURA	08
3. DISCUSSÃO	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	21

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DDM - Delegacia de Defesa da Mulher

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

O acolhimento é o instrumento utilizado como porta de entrada nos serviços de saúde pública do Brasil, o qual tem o como princípio a integralidade do atendimento, oferecendo tratamento preventivo, curativo e reabilitador a todos os tipos de moléstias e outros agravos que se situam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De origem histórica e muito presente na conjuntura atual, mesmo com toda a evolução cultural humana, a violência doméstica contra mulheres pela sua alta incidência é considerado um problema de saúde pública por causa dos vários tipos de consequências deixadas, podendo estas serem de ordem física, psíquica e social o que indica uma necessidade de um enfoque intersetorial para esse enfrentamento. Entretanto, em revisão da escassa literatura encontrada sobre o assunto, não são abordados de forma mais intensa a importância do preparo do profissional técnico-humanístico ao primeiro contato com uma mulher vítima deste tipo de violência, que apresenta nitidamente aspectos de grande complexidade, exigindo do profissional um preparo além do oferecido nas instituições de formação profissional em área de saúde que é voltada precipuamente a aspectos biológicos e a preocupação com a gestão, do que especialistas nesta situação tão peculiar. Tal situação é vivida na prática profissional onde verifica-se no momento atual a falta de capacitação dos profissionais em relação a esta especificidade deste problema. Apesar de não existir na literatura científica muitos estudos em relação ao acolhimento, este é o momento de reflexão de toda estrutura educacional em saúde, seja na formação ou em educação continuada, de forma a proporcionar maiores elementos para que o profissional de saúde possua um conhecimento adequado para atuar com maior eficácia contra um problema complexo que é a violência doméstica contra a mulher, especialmente para sua prevenção, pois somente o tratamento das sequelas não se contradiz com o conceito de saúde integral.

ABSTRACT

The host is the instrument used as a gateway in public health services in Brazil, which has as a principle the completeness of care, providing preventive, curative and rehabilitative treatment to all kinds of diseases and other diseases that fall under the Unified Health System (SUS). Historic and very present in the current conjuncture origin, even with all human cultural evolution, domestic violence against women by their high incidence is considered a public health problem because of the various types of consequences left, these may be physical, psychic and social indicating a need for an intersectoral approach to coping. However, in a review of the limited literature found on the subject, are not addressed more intensely the importance of preparation of technical and humanistic first contact with a woman victim of such violence, which clearly presents professional aspects of great complexity, requiring the professional preparation beyond the one offered in the vocational training institutions in healthcare that is geared as primarily a biological aspects and concerns with management, the specialists in this peculiar situation. Such a situation is experienced in professional practice where it is found in the current lack of professional training in relation to this specific problem this time. Although there are many studies in the scientific literature regarding the host, this is the time for reflection of the whole educational structure in health, whether in training or continuing education in order to provide more information to the health professional has knowledge suitable to act more effectively against a complex problem that is domestic violence against women, especially for prevention, since only the treatment of sequel e does not contradict the concept of integral health.

1. INTRODUÇÃO

A violência tem merecido lugar de destaque entre as preocupações cotidianas dos países por ser considerado um problema de saúde pública de grandes dimensões, o qual implica perdas para o bem estar físico, mental e social, para a segurança pública e os direitos humanos.

No entanto, a partir do ano de 2006 com a promulgação da Lei 11.340 de 07 de Agosto, conhecida como Lei Maria da Penha, a violência contra a mulher passou a ser considerada questão de justiça e de direitos humanos passando a ser investigada e denunciada; estabelecendo ainda nos seu Artigos 1º e 8º “*caput*” e inciso I, a instituição de medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar na forma de políticas públicas e serviços voltados a esta questão, contribuindo para que ocorresse um ligeiro avanço na solução do problema (Brasil, 2006).

Dentre as diversas formas de violência que são cometidas contra as mulheres destaca-se a violência doméstica, sendo que esta em todas as suas modalidades também são objetos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preceituado Art. 196 Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

O acolhimento é definido pelo Ministério da Saúde (2010a) como a forma de atendimento a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, que ao ouvir os seus pedidos e anseios, assume uma postura capaz acolher e escutar dando as respostas adequadas, de modo a prestar um tratamento com resolutividade e responsabilização orientando os indivíduos que procuram as unidades de saúde para a continuidade da assistência.

Entendido o acolhimento como a porta de entrada dos usuários aos vários níveis de atenção do sistema de saúde nacional, conforme disposto pelo Ministério da Saúde (2010b), este trabalho de revisão de literatura tem como objetivo analisar de que maneira tem sido tratado a formação técnica-científica dos profissionais da saúde, que se dedicam a esta importante política de humanização, principalmente quando aplicado a recepção de mulheres vítimas de violência doméstica nas unidades de saúde na conjuntura atual.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A violência é um fenômeno que sempre esteve presente em todas as classes sociais do mundo, sendo desencadeada por vários fatores e configurando-se como um problema complexo. É definida como o uso da força física real ou ameaça praticado contra si ou outra pessoa, grupo ou comunidade, que possa resultar em lesão, morte, privação ou dano psicológico, conforme ditado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por Ferraz *et al.*(2009).

De acordo com Camargo & Aquino (2003) a violência contra as mulheres se expressa em diferentes modalidades, as quais se traduzem em sexual, doméstica, física e emocional, psicológica e social.

Segundo Gomes (2007) o patriarcalismo no núcleo familiar configura-se com espaço de construção da violência de gênero e intergeracional. A de gênero surge como referencial teórico para análise e compreensão da desigualdade entre o que é atribuído ao homem e a mulher, enquanto que a intergeracional consiste na reprodução de história de violência vivenciada na infância ou adolescência, tanto por homens quanto por mulheres. Desta forma, aponta o autor, para a necessária reestruturação familiar com mais relações simétricas entre homens e mulheres e entre pais e filhos, de forma que facilite mudança no comportamento social.

Conforme Ferraz *et al.*(2009), a relação de poder e dominação dos homens e a submissão das mulheres é caracterizado como violência de gênero; já a violência praticada contra a mulher, com o intuito de intimidá-la e fazer com que o agressor sintasse no comando da situação caracteriza-se como doméstica.

Segundo Brasil (2001) citado por Sei & Corbett (2003), a violência doméstica é considerada toda ação ou omissão que prejudique o bem estar da integridade física, psicológica, ou a liberdade e ao direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família.

A violência contra a mulher é considerado um fenômeno complexo, que se manifesta sob diferentes formas e circunstâncias sendo a principal causa a desigualdade de gênero. Tal fenômeno expressa-se através de violência sexual, física e psicológica, ecoando na vida social da mulher (Lettiere *et al.*2008).

Andrade & Fonseca (2008) em seu trabalho sobre a violência doméstica contra mulheres, apontaram que o fenômeno baseia-se nas relações sociais de gênero e sua análise não deve ser feita apenas em atos individuais, por se tratar de um fenômeno complexo e de difícil conceituação.

Conforme Gomes *et al.*(2009), em pesquisa bibliográfica realizada em banco de dados entre 1976 e 2008, apontou que a violência doméstica contra a mulher é considerada como um problema social, econômico, político e de saúde; fazendo necessário a integração de conhecimentos e serviços de modo que diminua as perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e aos direitos humanos causados pela problemática da violência.

Ainda para Sei & Cobertt (2003), em nossa sociedade a violência doméstica é um fenômeno bastante discutido, estudado e combatido, porém, ainda está muito presente no cotidiano e constitui-se como problema de saúde pública, contribuindo para o atraso no desenvolvimento social e econômico.

De acordo com Miranda *et al.*(2006), a violência doméstica é considerada uma questão de saúde pública pelo fato de atingir elevado número de pessoas em várias etapas de suas vidas, ocasionando graves danos à saúde e gerando impacto socioeconômico.

Grossi *et al.*(2008) afirmaram que a violência doméstica acarreta não apenas no plano individual e familiar como também na esfera social da mulher amplas repercussões psicossociais, econômicas e políticas. Segundo os autores, a complexidade da problemática faz com que as mulheres vítimas de violência doméstica sofram ao longo da vida diversas mudanças no meio em que vivem, surgindo uma completa fragilização de suas redes de pertencimento.

Em pesquisa quantitativa realizada na Delegacia da Mulher no município de João Pessoa – PB através de entrevistas com mulheres em circunstâncias de violência, Guedes *et al.*(2009) apontaram que a violência é um fenômeno social recorrente. Para estes autores as mulheres que a vivenciam sujeitam-se as consequências do processo saúde-doença; e, portanto, os profissionais da saúde devem ser preparados para atenderem de forma eficaz, haja vista ser um problema considerado de saúde coletiva, ainda que sua base esteja nas desigualdades de gênero.

A violência contra mulher é um fenômeno social motivador de agravos à saúde e faz parte da rotina das pequenas e grandes cidades atingindo mulheres de todas as idades e classes sociais segundo Pereira *et al.*(2011), que apontaram que as principais causas de violência se dão pelo uso de álcool, drogas ilegais e ciúmes do parceiro.

Conforme Moreira *et al.*(2008), a violência por meio de traumas, lesões e mortes traz impactos diretos à saúde representando para a sociedade atual um problema de saúde pública de grandes dimensões. Indica ainda, que para analisar a violência cometida contra a mulher devem ser considerados os fatores condicionantes e precipitantes da violência. Os elementos condicionantes se expressam por meio do machismo, opressões pela desigualdade econômica e instituições discriminatórias contra a mulher privilegiando o gênero masculino; enquanto que os elementos precipitantes se destacam por meio de álcool e substância tóxicas, como também o estresse e o cansaço que podem gerar descontroles emocionais resultando em agressão.

De acordo com Bernz *et al.*(2012) três aspectos da dinâmica da violência doméstica com a realidade social contribuem para a invisibilidade da violência sobre a saúde das mulheres: O primeiro refere ao fato de a mulher não denunciar a agressão sofrida, apresentando no serviço apenas queixas vagas e recorrentes. O segundo é o fato de uma formação profissional bióloga e uma assistência pautada nas heranças de programações de saúde. Por fim, o terceiro é a resistência e necessidade de melhor formação profissional para abordar situações de violência de gênero e realizar atendimento as pessoas vitimizadas.

Schraiber *et al.*(2003) concluíram que a maioria das mulheres não considerou haver sofrido violência doméstica quando referido ter sofrido algum episódio de agressão na vida; e ainda banalizaram-na como sendo um ato normal, atribuindo a responsabilidade do ocorrido a si própria.

Para Diniz & Angelim (2003) a violência doméstica tem uma dimensão de gênero e a natureza da violência e os estigmas associados a ela, na maioria das vezes, impedem que mulheres procurem ajuda, o que desta forma exigem dos profissionais uma reflexão acurada, cuidado e formação continuada.

Conforme Schraiber *et al.* (2000), para que a violência contra mulheres possa emergir como parte da demanda usual na saúde, faz se necessários cuidados próprios e

uma especificidade de abordagem aliados ainda a uma reorganização dos serviços, de forma que se constituam canais de comunicações competentes na assistência prestada e se reexamine as potencialidades da assistência e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na criação de canais entre a saúde, direitos humanos e vida privada.

De acordo com Brasil (2002) citado por Miranda *et al.*(2006), 70% dos casos de violência contra a mulher acontece no seu próprio lar e é praticado pelo parceiro, e destes, cerca de 40% das agressões manifestam-se com lesões graves que ultrapassa os agravos físicos e emocionais, de modo a ocasionar problemas na vida social e profissional dessas mulheres.

Em estudo realizado no município de São Paulo através de entrevistas padronizadas com 322 usuárias de um Centro de Saúde-Escola que procuraram atendimento durante o período da pesquisa, Schraiber *et al.*(2002) relataram que houve pelo menos 143 incidentes de violência física durante a fase adulta onde em grande parte o principal agressor foi o companheiro; apontando que os casos de violência tendem a serem severos e repetitivos de forma que se fazem necessárias melhorias nas práticas assistenciais em saúde para melhor garantia de atendimento as usuárias vítimas de violência.

Bernz *et al.*(2012) em revisão de literatura com 34 artigos que compreenderam o período de 1997 a 2009, apontaram que os profissionais na sua rotina de trabalho reconhecem a violência apenas de forma explícita.

Em pesquisa qualitativa realizada em Porto Alegre/RS, através de entrevistas semi-estruturadas com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de quatro Unidades Básicas de Saúde por Lima *et al* (2009); apontaram que aqueles profissionais compreendem que existem várias formas de violência; todavia, cada profissional de saúde em seu cotidiano elabora suas próprias estratégias para a realização do atendimento às vítimas de violência e, as vezes, por despreparo, insegurança, desarticulação da rede e falta de infra estrutura; acabam focando apenas os danos biológicos e esquecem-se de atuarem no desenvolvimento de ações de prevenção.

Borsari *et al.*(2009) disseram que alguns profissionais mesmo identificando a violência, apresentam dificuldade em percebê-la como demanda de ação específica para o setor de saúde, acarretando, posteriormente, repercussões no seu envolvimento e intervenção.

Segundo Moreira *et al.*(2008) ocorre uma desinformação dos profissionais de saúde sobre a existência de serviços especializados para atendimento integral às vítimas de violência, levando a restringir o acesso ao apoio multiprofissional que as ajudaria a refletir sobre sua condição e as auxiliaria a romper o ciclo de violência.

Schraiber *et al.*(2003) apontam que os profissionais de saúde necessitam de uma linguagem compartilhada com as mulheres em situação de violência, respeitando a complexidade e delicadeza da situação para atuar na promoção de saúde e para que as ações sejam resolutivas.

Para Ferraz *et al.*(2009) o cuidado às vítimas de violência é caracterizado como um desafio para os profissionais de saúde por conta de uma formação acadêmica deficitária sobre o tema e pelo o fato de não existir um modelo pronto a seguir.

Ainda, de acordo com Bernz *et al.*(2012), os principais problemas para o combate a violência doméstica contra a mulher são a ausência de encaminhamentos à unidade de saúde, a continuidade ao atendimento, e a falta de redes de apoio como também de capacitação dos profissionais.

Lettiere *et al.*(2008) disseram que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre o assunto por conta de uma formação profissional deficitária sobre o tema, além da falta de um suporte institucional e de uma equipe multiprofissional que atuem no quadro funcional.

Destacam Rodrigues & Nakano (2007) sobre a necessidade de uma melhor formação do profissional para que este atue com compromisso, criando um ambiente acolhedor, de forma que a vítima estabeleça uma relação de confiança com o profissional e a instituição de saúde.

Coelho *et al.*(2013) em revisão bibliográfica por meio das bases de consulta Bireme, Medline e Lilacs com oito artigos e utilizando como critério de seleção a data de publicação a partir de 2001; apontou que os profissionais de saúde pública

necessitam de melhor preparo para lidar com a violência e apontam a abordagem e as intervenções interdisciplinares e intersetoriais como caminho para enfrentamento da violência.

Borsoi *et al.* (2009) destacam a necessidade de suporte de uma rede intersetorial através de ações das entidades de justiça, de polícia, de assistência social, de educação entre outros, haja vista que o trabalho contra a violência não depende exclusivamente do setor saúde.

Ressaltam Diniz & Angelim (2003) que para lidar com a complexidade das situações de violência doméstica faz se necessário uma rede de serviços competente, podendo esta ser construída através de parcerias com unidades de saúde, centros de atendimento terapêutico e instituições atuantes na comunidade.

Na constituição de uma rede de atendimento existem alguns serviços que funcionam como portas de entrada, destacam Camargo & Aquino (2003), de forma que cada um desses lugares tem uma importância e um papel a desempenhar no combate, na assistência e no processo de erradicação da violência contra a mulher. Para os autores, esses serviços são os centros de referência, serviços de apoio jurídico, serviços policiais como as delegacias da mulher (DDM), outras delegacias especializadas, a Polícia Militar; postos de saúde de serviços de emergência; escolas e órgãos comunitários; ouvidorias; organizações não governamentais e conselhos.

A necessidade de se rever o papel das universidades e dos serviços de saúde em relação a violência doméstica, como também o modo que os profissionais compreendam o indivíduo em sua totalidade, são destacadas por Gomes *et al.*(2009).

Diniz & Angelim (2003) indicam a necessidade de ampliação do número de serviços especializados, aliados a uma formação adequada do profissional que atua com as vítimas de violência doméstica, e conjunto com um suporte contínuo que ajude o profissional a desempenhar seu trabalho corretamente, visto que esse trabalho pode ser gerador de estresse e ansiedade.

Afirmam Ferraz *et al.*(2009), que se faz necessário uma preparação dos profissionais de saúde sobre o tema da violência, de modo que o cuidado seja planejado

e promova a criação de vínculos, gerando uma relação de cuidado entre profissional e cliente.

Para Bernz *et al.*(2012) é necessário um suporte teórico e prático para que os profissionais reconheçam uma situação de violência e atuem de forma integral acolhendo a vítima e sua família.

De acordo com Oliveira & Fonseca (2007) em estudo de caráter qualitativo com a participação de 10 profissionais integrantes das equipes saúde da família de regiões próximas ao município de Belo Horizonte, no qual a coleta de dados foi realizada durante duas sessões de Oficina de Trabalho; destacaram que o acolhimento pode ser a porta de entrada para quem vivência situações de violência, servindo como alerta na detecção de eventos violentos e ainda promovendo ações que ajudem a identificação e o enfrentamento do problema.

Moreira *et al.*(2008) em estudo qualitativo realizado com 30 profissionais de três unidades de saúde do município de Natal(RN) através de entrevistas semi-estruturadas, apontaram para a necessidade de efetivação das ações e sistematização destas, de forma que sejam voltadas para a humanização da assistência às mulheres em situação de violência.

Para Fernandes (2012) há necessidade de apoio a mulheres vítimas de violência doméstica, proporcionando de forma digna, meios e soluções para a sua integração na sociedade.

A promoção da saúde e a integridade são o centro das ações que assinalam os princípios que complicam a abordagem da violência doméstica, conforme destacam Andrade & Fonseca (2008), que concluíram pela necessidade de reorganização dos serviços de saúde de modo a garantir o acolhimento e a criação de vínculos com as vítimas de violência doméstica.

Destacam Santinon *et al.* (2010) que através de quebra de paradigmas, treinamento contínuo, conhecimento adequado sobre a legislação específica e participação nos programas de saúde relacionado ao tema; se fará com que os profissionais de saúde realizem assistência de forma que ultrapassem os limites do diagnóstico clínico, contribuindo para a solução do problema.

3. DISCUSSÃO

Ao longo da evolução humana desde a antiguidade até os dias atuais a violência sempre esteve presente no cotidiano das cidades, dos países, e do mundo; de forma que ainda com toda essa evolução de caráter cultural e tecnológico, a violência ainda é banalizada e vista pela sociedade como algo corriqueiro que faz parte da rotina da vida das pessoas; não sendo diferente no Brasil, país de dimensões continentais, permeadas por vários tipos de culturas e comportamentos; a violência contra as mulheres até a década de 70 era considerada algo particular, gerado no próprio lar e só dizia respeito apenas aos familiares, conforme descrito por Day *et al.*,(2003).

De acordo com Rezende Filho & Câmara Neto (2001), com a evolução da cidadania passaram a ser exercidos direitos e deveres civis, políticos e sociais que levaram o cidadão a ter consciência dos seus direitos e principalmente a lutar para que esses fossem cumpridos. Assim, através dos movimentos de mulheres e feministas foram ocorrendo mudanças no cenário e as reivindicações sobre a violência doméstica passou a ser prioridade na busca de melhorias na partir da década de 80, sendo que a temática sobre violência tomou grande destaque e passando a não ser considerado apenas um problema doméstico, mais também um problema social e político.

Frente a luta das mulheres pela punição da violência contra elas, fez com que surgisse políticas e programa com que viessem proteger a integridade da mulher. No setor saúde criou-se em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com intuito de explorar questões de gênero e tratar as necessidades integrais da mulher, onde segundo Tavares (2000) estabeleceu-se um modelo assistencial que reconhece a necessidade de atender as necessidades globais da saúde feminina, e dá o direito a saúde desde os níveis mais simples ao mais complexo permitindo assim a abordagem e compreensão da mulher na sua totalidade.

Contudo, conforme destacado por Correa & Piola (2003), tal prática não significou na época mudanças expressivas na atenção às vítimas de violência, haja vista que as ações limitavam-se apenas a saúde reprodutiva.

Em adição, nos últimos 20 anos no Brasil foram criados as casas de abrigo, as Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) esta com o ineditismo do Governo do

Estado de São Paulo(1985), e os centros de referência multiprofissional; todos estes serviços voltados ao atendimento de mulheres vítimas de violência.

Também com a finalidade de proteger as vítimas e punir os agressores e de forma a garantir os direitos das mulheres na sociedade, é promulgada em 07 de agosto de 2006 a Lei Federal nº 11.340 conhecida como Lei Maria da Penha que passa a vigorar em todo território nacional. Embora a lei represente para a mulher um grande passo para assegurar o direito a sua integridade e um avanço importante no enfrentamento do problema, ainda não produz efeito na totalidade, uma vez que ao restringir a penalização dos culpados, apenas uma parte do problema será solucionado.

Nesse sentido, perpassando os princípios do Sistema Único de Saúde foi instituído, entre outros institutos, o acolhimento, o qual é uma diretriz a qual faz parte da Política Nacional de Humanização. Considerado como um processo de trabalho, o acolhimento veio com o compromisso de acolher de forma integral todos os cidadãos, fundamentado na ética e na cidadania e com objetivo de estimular e promover ações de humanização dos serviços de saúde, e auxiliando de forma equânime a demanda da organização (Ministério da Saúde, 2010b).

O acolhimento em seus princípios tem o intuito de proporcionar acessibilidade a todos, reorganizar os serviços de trabalho e qualificar a relação entre trabalhador-usuário. É um importante instrumento que parte de uma escuta qualificada, com interação humanizada entre profissional e usuário; ao passo que ao realizar uma interação com toda equipe envolvida, as possibilidades de melhoria no processo de atendimento a vítima de violência doméstica tende a ser mais preciso (Ministério da Saúde, 2010a).

Apontado, de acordo com o Ministério da Saúde (2010b), como a porta de entrada nos serviços de saúde, o acolhimento foi considerado essencial na detecção de possíveis situações de violência contra mulher, pois quando a vítima procura atendimento, este é realizado de forma integral, criando-se vínculos e estabelecendo uma relação de confiança entre profissional e vítima. A partir desse momento, a vítima passa a se sentir amparada e protegida, e acaba aceitando e relatando de que foi vítima de um ato de violência doméstica.

Com a identificação de violência praticada contra a mulher pelos profissionais, estes passam a ter o papel de atuar no cuidado, fornecendo apoio e elaborando estratégias de intervenção antes que a situação de violência se agrave, de forma a buscar junto aos usuários seus direitos, e de modo indireto, reestabelecendo a sua saúde ; conforme o previsto no Art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Entretanto, vimos que o profissional de saúde tem dificuldade em lidar com a problemática da violência pelo fato de possuir um “pré-conceito” formado, expressando dificuldade em compreender a dinâmica relacionada a violência no seu contexto; ou ainda, por insegurança ou por medo, acabam criando barreiras por conta das consequências que o envolvimento com a vítima possa desencadear na sua rotina. Portanto, na maioria das vezes acaba realizando apenas ações relacionadas aos danos biológicos e esquece que a vítima deve ser compreendida na sua totalidade, principalmente no que diz respeito aos aspectos biopsicossociais (Andrade & Fonseca,2008; Grossi *et al.*,2008)

Na situação descrita outro fator que contribui para a demora na identificação dos casos de violência contra mulher é a dificuldade em que a vítima tem em reconhecer, aceitar e procurar ajuda para denunciar a situação de violência doméstica, uma vez que a mesma sente vergonha, não quer expor sua família, não possui um suporte familiar/financeiro, ou ainda pelo fato de vir de uma geração machista onde a submissão é a palavra chave remetendo toda a culpa a si mesma ou simplesmente por amar incondicionalmente seu parceiro e aceitar que tal situação deve ser vivenciada para manter seu relacionamento (Sei & Cobertt, 2003; Moreira *et al.*,2008; Pereira *et al.*,2011).

Em contrapartida, existem fatores que afeta a qualidade do atendimento à vítima de violência doméstica, com o destaque para o despreparo e uma resistência dos profissionais em lidar e abordar as vítimas da violência de gênero conforme Brasil (2006) no Plano de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual. Tal despreparo pode ser apontado pela falta de conhecimento do profissional sobre o tema, visto que durante a sua formação acadêmica nem sempre a temática é abordada e quando se depara com a situação de violência no seu trabalho, enfrenta situações constrangedoras por não saber como proceder; fato que se dá principalmente pela falta de capacitação dos profissionais, haja vista não ter

recebido treinamento suficiente, e não sabendo, às vezes, detectar a violência, apenas a reconhece de modo implícito e, na grande maioria das vezes, seu atendimento é pautado somente em sintomas físicos com tendência a medicalização desconsiderando os aspectos psicossociais (Moreira *et al.*, 2008; Lima *et al.*, 2009; Borsari *et al.*, 2009); Bernz *et al.*, 2012)

Observamos que a dificuldade de comunicação nas relações interpessoais contribui para que a vítima não expresse a violência sofrida, haja vista que o profissional não se sente preparado para acolher integralmente, exatamente por ser um problema complexo, e ainda, o tempo de atendimento ser reduzido; não sendo possível um atendimento mais amplo que contemple os princípios do SUS de modo que o profissional acaba se utilizando de uma linguagem centrada apenas nos sinais e sintomas da vítima (Schraiber *et al.*, 2003).

De outro lado quando os profissionais recebem a afirmação de haver vivido uma situação de violência doméstica, depara-se com o problema em relação à falta de conhecimento sobre as redes de apoio; uma vez que sabem que existem, porém, não sabem como encaminhá-las para a continuidade do atendimento demonstrando falta de interação e articulação entre os setores envolvidos na solução de problemas ocasionados pela violência (Schraiber *et al.*, 2003; Ferraz *et al.*, 2009).

A falta de uma infraestrutura adequada e capacitação permanente faz com que os profissionais sintam limitações em como promover uma atenção integral a vítima. Embora, exista informação sobre o assunto, notamos que a esta é apresentada superficialmente através de campanhas, datas comemorativas e eventos específicos; porém, não causam tanto impacto. Desta forma os profissionais recorrem a protocolos institucionais para realização do atendimento, mas na ausência destes apresentam insegurança na realização do atendimento. (Lettiere *et al.*, 2008; Rodrigues & Nakano, 2007; Camargo & Aquino, 2003).

A identificação e a notificação compulsória dos casos de violência é uma forma de constituir proteção à vítima. Amparada pela Lei Federal nº 10.788 de 24 de novembro de 2003, a notificação compulsória se resume em um registro sistemático e organizado, realizado em formulário próprio de preenchimento obrigatório nacional e usado em casos de conhecimento, de suspeita ou comprovação de violência contra a mulher conforme Santinon *et al.* (2010). Entretanto, os profissionais ficam presos nas

consequências da violência contra a mulher e raramente realizam o preenchimento da ficha de notificação, dificultando o conhecimento da situação atual de violência doméstica no país gerando atraso no avanço de políticas públicas nessa área (Diniz & Angelim, 2003; Oliveira & Fonseca, 2007; Gomes *et al.*, 2009).

Assim, o processo de extinção da situação de violência doméstica é dificultado por conta da fragmentação nos serviços de saúde, uma vez que aspectos institucionais limitam a capacidade de realizar soluções (Bernz *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva a violência contra a mulher precisa ser encarada não apenas pelo setor da saúde, mas por todos os setores da sociedade para alcançar respostas eficazes, sendo que as ações e serviços devem ser articulados, compartilhados e contínuos. Assim uma dimensão importante capaz de lidar com as complicações da situação de violência contra a mulher é a construção de parcerias que permite a formação competente de uma rede de serviços capaz de lidar com as complicações da situação de violência contra a mulher (Rodrigues & Nakano, 2007; Bernz *et al.*, 2012) .

Contudo, nota-se a necessidade de repensar o papel do ensino da área de saúde das universidades e dos serviços de saúde diante da violência contra a mulher, pois, a abordagem da violência nos serviços de saúde requer a necessidade de melhor preparo do profissional, oferecendo elementos para promover um cuidado integral e uma escuta qualificada que extrapole ações técnicas e crie vínculos com a vítima estabelecendo uma verdadeira e eficiente relação de cuidado (Oliveira & Fonseca, 2007; Andrade & Fonseca, 2008; Fernandes, 2012).

Desta forma faz-se necessário uma nova postura profissional fundamentada na reflexão das relações sociais de gênero e das dificuldades das situações de violência contra as mulheres, com a necessária articulação intersetorial para que a mulher garanta seus direitos e não venha vivenciar novamente situações de violência doméstica (Santinon *et al.*, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da importância do acolhimento como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde às mulheres vítimas de violência doméstica, tal instituto tem uma aplicação subutilizada, pois não há na formação dos profissionais de saúde até o momento e em todas as unidades de ensino que os formem, em face inclusive da escassez de trabalho científico que aborde o assunto; além de ausência de disciplinas de abordagem integral às vítimas da violência - já que estas são esparsas e pouco aplicadas quando se trata de ensino e de acolhimento na forma multidisciplinar que este tipo de questão (vítima de violência) necessita; e que sejam correspondentes a atender as características bio, psico e sociais apresentadas como as sequelas que necessitam de atenção, uma vez que foram geradas pela violência empregada em quaisquer de suas modalidades.

Deste modo, se faz necessário uma nova reflexão sobre os currículos atuais e as formas de treinamento dos profissionais imbuídos do tratamento inicial a este tipo de problema de saúde pública e sua adequação a temática atual; sugerindo-se mais estudos para aplicação da atenção integral na forma multidisciplinar que as mulheres vítimas de violência doméstica necessitam.

Sem tais atitudes o acolhimento em sua concepção de tratamento especificamente no que concerne a integralidade, ficará apenas como uma utopia no que refere ao bem estar físico, mental e social orientado pela OMS, no que tange às mulheres vítimas de violência.

REFERÊNCIAS *

Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(3): 591-5.

Bernz IM, Coelho EBS, Linender SR. Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão de literatura. **Sau & Transf. Soc.** 2012; 3(3): 105-11.

Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface- Comunic. Saúde Educ.** 2009; 13(28): 165-74.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm [2014 Mar 06].

_____. Lei nº 11.340 de 07 de Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1. 2006:01-04. Disponível em: URL: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/08/2006>. [2014 Mar 03].

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde . **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Consolidando as Políticas Públicas de combate à violência contra as mulheres. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Ed. Brasília. 2010a: 21. Disponível em URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf . [2014 Fev 03].

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde . **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Consolidando as Políticas Públicas de combate à violência contra as mulheres. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Ed. Brasília. 2010b: 30-41. Disponível em URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf . [2014 Fev 03].

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual**. Brasília; 2006. Disponível em URL: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0069_M.pdf [2013 Nov 24].

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviços**. Secretaria de Política de Saúde. Brasília; 2001 *Apud* Miranda ALT, Filha ACC, Caberlon IC, Oliveira MC, Vontobel M, Silva PL *et.al*. Enfrentamento à violência doméstica : construção de uma política pública de saúde. Disponível em URL: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332264212698Memoria%20Constru%E7%E3o%20PEEVD.pdf> [2014 Fev 1].

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviços**. Secretaria de Política de Saúde. Brasília; 2001 *Apud* Sei MB, Corbett E. SOS Ação Mulher e Família: relato de uma experiência de atendimento a mulheres e famílias no contexto da violência doméstica. **Revista de Psicologia da UNESP**. 2003; 2(1): 51-58.

_____. Presidência da República. Consolidando as Políticas Públicas de combate à violência contra as mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2003: 51-54. Disponível em URL: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas/publicacaoe> . [2014 Fev 03].

Camargo M, Aquino S. Redes de cidadania e parcerias enfrentando a rota crítica **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher –**

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2003: 38-45. Disponível em URL: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas/publicacoes>. [2014 Fev 03].

Coelho FM, Alves SM, Macedo EMA, Silva NRF. Violência Doméstica e Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Rev. Multip. Saúde HSM.** 2013; 1(2): 44-52.

Correa SO, Piola SF. **Balanco 1998-2002:** aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 *Apud* Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface-Comunic. Saúde Educ.** 2009; 13(28): 165-74.

Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr. RS.** Abr 2003; 25(Sup1): 09-21. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>. [2014 Jan 15].

Diniz GRS, Angelim FP. Violência doméstica - Porque é tão difícil lidar com ela? **Revista Psicologia da UNESP.** 2003; 2(1): 20-34.

Fernandes EOJ. **Violência Doméstica** [monografia]. Araçuaí: Universidade Federal de Ouro Preto; 2012. Disponível em: URL: <http://www.amde.ufop.br/tccs/Aracuai/Aracuai%20-%20Eliene%20Fernandes.pdf> . [2013 Dez 6].

Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm.** 2009; 14(4): 755-9.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Gomes NP, Diniz NMF, Filho CCS, Santos JNB. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir d interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Enferm. UERJ**. 2009; 17(1): 14-7.

Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul. Enfem.** 2007; 20(4): 504-8.

Grossi PK, Tavares FA, Oliveira SB. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital** . 2008; 14: 267-80.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**. 2009; 13(3): 625-31.

Letierre A; Nakano AMS; Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2008; 42(3): 467-73.

Lima MADS, Rückert TR, Santos JLG, Colomé ICS, Acosta AM. ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2009; 30(4): 625-32.

Miranda ALT, Filha ACC, Caberlon IC, Oliveira MC, Vontobel M, Silva PL *et.al*. Enfrentamento à violência doméstica : construção de uma política pública de saúde. 2006. Disponível em URL:
<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332264212698Memoria%20Constru%E7%E3o%20PEEVD.pdf>. [2014 Fev 01].

Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2008; 42(6): 1053-9.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Oliveira CC, Fonseca RMGS. Prática dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2007; 41(4): 605-12.

Pereira IFB, Lima MEO, Morais FKRO. Violência contra mulher: compreensão dos significados e atitudes junto às mulheres e aos profissionais de enfermagem. **Revista Científica da Escola de Saúde.** Universidade Potiguar. Escola de Saúde. 2011; 1(1): 63-76.

Rezende Filho CD, Câmara Neto IA. A evolução do conceito de cidadania. **Revista Ciências Humanas.** 2001; 7 (1). Disponível em URL: <http://site.unitau.br/scripts/prppg/humanas/download/aevolucao-N2-2001.pdf> . [2014 Jan 28].

Rodrigues DT, Nakano AMS. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Rev. bras. enferm.** 2007; 60(1): 77-80.

Santinon EP, Gualda DMR, Silva LCFP. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico.** 2010; 13(74). Disponível em URL: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499&revista_caderno=4 . [2014 Nov 15].

São Paulo. Estado. **Decreto n° 23.769 de 06 de agosto de 1985. Cria a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher.** Disponível em URL: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/194816/decreto-23769-85> . [2014 Jan 14].

Schraiber L, Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L *et al.* Violência vivida : a dor que não tem nome. **Interface - Comunic. Saúde Educ** . 2003; 7(12): 41-54.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.

Schraiber LB, Oliveira AFPL, Junior IF, Pinho AA. Violência contra mulher: estudo de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2002; 36(4): 470-7.

Schraiber LB, Oliveira AFPL, Junior IF, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**. 2000; 9(1/2): 3-15.

Sei MB, Corbett E. SOS Ação Mulher e Família: relato de uma experiência de atendimento a mulheres e famílias no contexto da violência doméstica. **Revista de Psicologia da UNESP**. 2003; 2(1): 51-58.

Tavares DMC. **Violência doméstica: uma questão de saúde pública** [dissertação]. São Paulo: USP/Faculdade Saúde Pública; 2000. Disponível em: URL: <http://www.bvssp.fsp.usp.br/tecom/docs/2000/tav001.pdf> . [2013 Nov 10].

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline.