

ARTIGO DE REVISÃO

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n4p451-450>

O QUE REVELA A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE COLETIVA, APÓS DEZ ANOS DA LEI MARIA DA PENHA

WHAT REVEALS THE SCIENTIFIC PRODUCTION OF PUBLIC HEALTH, AFTER TEN YEARS OF THE MARIA DA PENHA LAW

JANAINA MATHEUS COLLAR BECCON

Mestra em Saúde Coletiva, Especialista em Direitos Humanos e Genocídio, Graduada em Relações Internacionais

E-mail: janainacollar@gmail.com

RESUMO

Este artigo faz a análise do que dizem os dois principais periódicos da Saúde Coletiva (Revista de Saúde Pública e Cadernos de Saúde Pública) após os dez anos da promulgação da Lei nº 11.340 de 2006 (Lei Maria da Penha/LMP). Na sequência foi feita a revisão de literatura, estruturação e síntese dos principais resultados, que foram categorizados a partir do foco (a) perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher, (b) perspectiva de atuação de profissionais da saúde e (c) o olhar integral. Essa tipologia permitiu refletir sobre avanços, desafios e o contexto da produção de conhecimentos frente à efetiva implementação da LMP. Um caminho identificado após a análise dos dados é que a violência doméstica contra a mulher não seja vista, em especial pelos profissionais de saúde, como um acontecimento isolado. O respeito a singularidade cultural exige um olhar ampliado. O serviço em saúde é parte, neste contexto, de uma rede em que outros serviços também devem compor. Para evitar uma colcha de retalhos (rotas críticas) seria fundamental a concentração de todo o aporte que congrega a LMP fisicamente em um único

IZABELLA BARISON MATOS

Doutora em Ciências – Saúde Pública

E-mail: izabmatos@gmail.com

local, fazendo com que existam profissionais preparados e uma estrutura enxuta que possibilite um acolhimento inter e multidisciplinar, cuja potência está na soma dos serviços.

PALAVRA-CHAVE: Violência doméstica; Violência doméstica contra a mulher; Violência de gênero; Lei Maria da Penha.

ABSTRACT

This article analyzes the two main journals of Public Health (Revista de Saúde Pública e Cadernos de Saúde Pública) after the ten years of the promulgation of Law 11,340 of 2006 (Maria da Penha Law / LMP). The literature review, structuring and synthesis of the main results were then categorized from the focus (a) profiles for the victims of domestic violence against women, (b) the perspective of health professionals, and (c) the integral look. This typology allowed us to reflect on advances, challenges and the context of the production of knowledge before the effective implementation of the LMP. One path identified after the data analysis is that domestic violence against women is not seen, especially by health professionals, as an isolated event. Respect for cultural uniqueness demands an expanded look. The health service

is part, in this context, of a network in which other services must also compose. In order to avoid a patchwork (critical routes) it would be essential to concentrate all the contribution that brings the LMP physically in a single place, so that there are prepared professionals and a lean structure that allows an inter and

INTRODUÇÃO

Na abordagem desse tema, a produção científica da epidemiologia, desde os anos 70, vem realizando relevantes estudos sobre o impacto da violência nos serviços de saúde. No entanto, as pesquisas apresentavam o tema predominantemente por meio de uma visão unidisciplinar¹. Atualmente as abordagens mais frequentes são interdisciplinares sugerindo que o fenômeno da violência doméstica contra a mulher foi reconhecido pela sua complexidade. O borramento entre as fronteiras do conhecimento faz com que redes sejam tecidas, cuja a potencialidade está no encontro das diferentes formas de enfrentar este tipo de violência, pois “saúde não é uma opção e sim uma necessidade vital”^{2:02}. Onde conceito de saúde não se restringe apenas ao bem estar físico e/ou psicológico, mas moral inclusive.

A instrumentalização legal para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher ocorreu em 1983, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi transformado na Política

multidisciplinary reception, whose power is in the sum of services.

KEYWORDS: Domestic violence; Domestic violence against women; Gender violence; Maria da Penha Law.

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004¹. Posteriormente, em 2006, com a Lei Maria da Penha (LMP), Lei nº 11.340, de 07/08/2006³, criaram-se mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Em 2016, dez anos após a publicação da lei, o Brasil ocupa o quinto lugar em violência doméstica contra a mulher no mundo⁴.

Segundo autores a “elaboração de uma lei específica para a violência de gênero foi resultado do trabalho e da mobilização dos movimentos de mulheres”, que foi muito potencializado com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República. Um dos objetivos do movimento de mulheres em relação a essa temática foi “caracterizar a violência de gênero como violação dos direitos humanos e elaborar uma lei que garantisse proteção e procedimentos humanizados para as vítimas”^{5:692}

O impacto da violência doméstica contra a mulher tem visibilidade na saúde, conforme números disponibilizados pelo Ministério da Saúde: em 2011 os custos diretos para o sistema de saúde chegaram a R\$ 5,3 milhões.

O SUS atendeu mais de 70 mil mulheres vítimas de violência naquele ano, onde 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico; duas em cada três pessoas atendidas no SUS vítimas de violência doméstica ou sexual, são mulheres e em 51,6% dos atendimentos foram registradas reincidência no exercício da violência doméstica contra a mulher⁴. De acordo com estudo realizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento com 83 mil mulheres da América Latina e do Caribe, em todos os níveis de renda os custos desta violência na vida de cada uma são intangíveis⁶. O combate à violência doméstica contra a mulher inclui mais do que informação, uma vez que, em levantamentos feitos por meio de entrevistas pelo Senado Federal desde 2009, 100% das mulheres já ouviu falar da LMP⁷. Mesmo assim, cinco mulheres são espancadas a cada dois minutos no país, sendo o parceiro o responsável por mais 80% dos casos reportados⁸. As agressões físicas e psicológicas são as principais formas de violência contra mulheres⁹. A temática da violência doméstica contra a mulher é bem visível, mas a cultura misógina ainda é mais forte, como demonstra a banalização desse tema, tomado como demonstração de virilidade e naturalizado em falas no cotidiano de famílias e até no discurso

de legisladores do Congresso Nacional. A temática da violência doméstica contra a mulher adquire visibilidade também na produção e circulação de conhecimentos, quando também pode orientar a formação universitária de diversas profissões que atuam no ciclo da vigilância, da assistência e na produção de culturas de não violência.

Neste artigo descrevemos o resultado da pesquisa relacionando a produção de conhecimentos no campo da Saúde Coletiva sobre violência doméstica contra a mulher após dez anos da LMP (2006 a 2016). Assim, a partir dos artigos publicados nos periódicos *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública*, que são os dois periódicos brasileiros de maior reconhecimento científico no campo da Saúde Coletivaⁱ, nos últimos 10 anos.

O questionamento que orientou a pesquisa foi “o que dizem os principais periódicos da Saúde Coletiva - *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública* - sobre a questão da violência doméstica contra a mulher e como essa produção de conhecimentos dialoga com a realidade atual, após dez anos de Maria da Penha?” Para responder a essa pergunta além da revisão integrativa da bibliografia, fizemos uma síntese das principais questões identificadas nos artigos.

ⁱ Segundo a avaliação de periódicos realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fundação vinculada ao Ministério da

Educação responsável pela avaliação da produção científica para fins de avaliação da pós-graduação no Brasil.

A escolha do marco temporal - dez anos da LMP - se dá, pois este é o primeiro instrumento que tipifica a violência doméstica contra a mulher e denominou de violência doméstica aquela que, como resultado de toda e qualquer ação ou omissão relacionada ao gênero, cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial às mulheres, ocorrida em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (LMP, artigo 5º, III).

Essa definição trouxe para o ordenamento jurídico no país instrumentos mais rigorosos em relação aos agressores e, assim, a violência doméstica conta a mulher deixou de ser considerada no conjunto dos crimes de menor potencial ofensivo, para os quais as punições corresponderiam ao pagamento de cestas básicas ou serviços comunitários⁵. A LMP criou “mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §, 8º do art. 226 da Constituição Federal”, assim como regulamentou no país os termos de tratados internacionais, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência doméstica contra a Mulher, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência doméstica contra a Mulher e outros³.

No Artigo 2º da LMP está registrado que toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, devendo ser-lhes asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. Assegurando, dentre outros, o direito à vida, à segurança, à saúde, a justiça, à liberdade, à dignidade, ao respeito³.

METODOLOGIA

A metodologia adotada é a pesquisa bibliográfica, com uma pesquisa de contorno descritivo. Foram realizadas duas estratégias de busca de referências: uma de caráter histórico, através da seleção de dados do Mapa da Violência 2015⁴ e a outra foi a pesquisa dos artigos publicados nos periódicos Revista de Saúde Pública e Caderno de Saúde Pública, utilizando os vocabulários estruturados - palavras-chaves e descritores¹⁰ - violência doméstica contra a mulher, violência doméstica, violência de gênero, Lei Maria da Penha. O período da busca foi entre os anos de 2006 a 2016, pois nos interessa especificamente os contornos deste debate após a LMP, em língua portuguesa.

Nesse artigo, inicialmente serão apresentados os dados do Mapa da Violência 2015⁴, que sumariza um conjunto de levantamentos de dados realizado pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), com o apoio do escritório no Brasil da ONU Mulheres, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. A sistematização dos dados dessa fonte permite um contorno à análise da produção científica sobre a temática.

A escolha dos periódicos para a busca de artigos levou em consideração a relevância dos dois principais periódicos (Revista de Saúde Pública e Caderno de Saúde Pública) brasileiros na área de Saúde Coletiva, ambos compartilhando o estrato de melhor avaliação de periódicos brasileiros da área da Saúde Coletiva no sistema de avaliação Qualis da CAPES, com a classificação A2. Esse status no campo de conhecimentos é alcançado pelos excelentes índices bibliométricos de ambas as revistas e, portanto, também aponta o *status* dos artigos e, de forma associada, da temática no campo. A Revista de Saúde Pública (RSP) tem indexação em nove bases internacionais, fator de impacto em 2016 de 0.0813 e Google Scholar 2016 - H5 índice: 35/H5 mediana: 50. O

Caderno de Saúde Pública (CSP) está indexado em dezesseis bases internacionais, tem fator de impacto em 2016 de 0,9695, Google Scholar 2016 - H5 índice: 35/ H5 mediana: 42.

A pesquisa foi feita diretamente no acervo de cada um dos periódicos, iniciando pelo descritor e seguido pelo refinamento do período (2006 a 2016), tendo como resultado 95 artigos, sendo 43 (RSP) e 52(CSP). Na sequência os artigos pré-selecionados passaram por uma análise de tema e data, com o objetivo de certificar que se enquadravam no objetivo desta pesquisa. Para esta certificação foram lidos os resumos e a metodologia de todos os artigos selecionados, e assim foram retirados da pesquisa os artigos que tinham como foco de análise: Violência doméstica contra idosos, Violência doméstica contra crianças e adolescente, Educação infantil, Violência no trabalho, Prática de profissionais de saúde fora do Brasil, Análise de instrumentos internacionais e Avaliação da relação entre violência física e massa corporal, perfazendo um total de 07 (RSP) e 30 (CSP). E os que haviam sido publicados dentro do período de 2006 a 2016, mas utilizavam dados (base da pesquisa) fora deste período, perfazendo um total de 17 (RSP) e 09 (CSP). E para finalizar a seleção, verificou-se a duplicidade, ou seja, subtraiu-se da base de pesquisa os artigos que congregavam os dois

descritores - violência doméstica e violência doméstica contra a mulher - por isso apareciam duplicados no resultado da pesquisa, perfazendo um total de 08 (RSP) e 05 (CSP). E assim, tivemos como seleção de artigos válidos um total de 11 (RSP) e 10 (CSP), que foram lidos integralmente para a análise. A análise dos dados originários dos artigos demonstrou três abordagens predominantes, que foram constituídas como categorias empíricas que emergiram da leitura. Essa tipologia permite refletir sobre avanços, desafios e o contexto da produção de conhecimentos frente à efetiva implementação da LMP. As categorias construídas são: os perfis para as vítimas de violência doméstica, a perspectiva de atuação de profissionais da saúde e o olhar integral, como resposta as mulheres vítimas de violência.

Na análise dos artigos os descritores violência doméstica contra a mulher e violência doméstica, foram majoritariamente os mais frequentes. A seguir a relação dos artigos que compõem a pesquisa (Tabela 1).

O panorama construído pela análise dos artigos aponta avanços e questões que podem ser aprimoradas e repensadas nas estratégias de combate à violência doméstica contra a mulher. Não se teve como objetivo esgotar o tema e muito menos produzir um manual de

soluções, mas refletir sobre caminhos possíveis no combate deste tipo de violência e o estágio da produção científica nos periódicos brasileiros melhor avaliados no campo da Saúde Coletiva.

O MAPA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Através do Mapa da Violência publicado no ano 2015⁴, conforme exposto supra, foi utilizado como fonte histórica e de auxílio no contexto e para a discussão do tema. Muito embora não esteja citado nos estudos analisados a própria discussão dos dez anos de LMP se deu justamente pelos dados contidos no referido Mapa. A busca, portanto, destes estudos procura perceber o quanto os mesmos refletem sobre este cenário.

Segundo Waiselfisz “violência contra a mulher não é um fato novo. Pelo contrário, é tão antigo quanto a humanidade. O que é novo, e muito recente, é a preocupação com a superação dessa violência como condição necessária para a construção de nossa humanidade”^{4:07}.

No período de 2006/2013 o Brasil teve uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. Em um grupo de 83 países com dados homogêneos e tratados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa “uma

pouco recomendável 5ª posição, evidenciando que os índices locais excedem, em muito, os encontrados na maior parte dos países”^{4:27}. Nos estados como Roraima os dados quadruplicaram (343,9%), e na Paraíba triplicaram (229,2%) neste período, demonstrando materialmente que o Brasil tem 48 vezes mais homicídios femininos que o Reino Unido; 24 vezes mais que na Irlanda ou Dinamarca; 16 vezes mais que no Japão ou Escócia⁴. Esse, portanto, não é um problema de pequena relevância e sua superação implica no envolvimento interinstitucional e a melhor compreensão das necessidades das mulheres que são expostas a essa violência, bem como desencadear iniciativas e reflexões capazes de combater a violência também no que se refere ao lugar que ocupa na cultura. Importante salientar que o feminicídio é entendido como “as agressões cometidas contra uma pessoa do sexo feminino no âmbito familiar da vítima que, de forma intencional, causam lesões ou agravos à saúde que levam a sua morte”^{4:07}. Portanto todos os dados referentes a homicídios inferidos no estudo ocorreram no âmbito familiar, cujo o conceito de feminicídio apresenta-se mais restrito do que o previsto na Lei Federal nº 13.104/2015.¹¹

A população negra está mais exposta a esta forma de violência, pois enquanto os homicídios de mulheres brancas caíram 9,8%

entre 2003/2013, os homicídios de mulheres negras aumentam 54,2% no mesmo período. A maior parte dos homicídios masculinos acontece na rua, enquanto que os femininos acontecem majoritariamente no domicílio da vítima, indicando a alta domesticidade dos homicídios de mulheres. A maior incidência da violência doméstica entre mulheres negras, que era de 22,9% em 2003, cresceu para 66,7% em 2013, ou seja, houve um aumento de 190,9% na vitimização de negras. No cenário descrito nesse período, há maior prevalência entre 18 e 30 anos de idade, a agressão é perpetrada predominantemente no domicílio da vítima, sendo cometida predominantemente por pessoas conhecidas da vítima. Por meio de registros do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN), constata-se que foram atendidas pelo SUS em 2014 aproximadamente 85,9 mil meninas e mulheres vítimas de violência exercida por pais, parceiros/ex-parceiros/filhos/irmãos⁴.

A violência letal contra a mulher, tem como grande problema a escassez de fontes e insuficiência de dados, onde a grande maioria das fontes disponíveis fazem convergência sobre a figura das vítimas, sem referências aos causantes ou agressores. Esse problema se acentua com a baixa capacidade de elucidação dos crimes de homicídio, principalmente a identificação dos autores e das circunstâncias

desses crimes. Em 2014, o principal agressor, em 67,2% do total de atendimentos contra mulheres na faixa dos 18 aos 59 anos, foi o parceiro ou ex-parceiro. Somando os atendimentos com violência produzida por parentes imediatos, a taxa de atendimentos por violência doméstica contra a mulher foi de 8,3 por 10 mil mulheres⁴.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER - O QUE DIZEM SOBRE

Traçado o quadro da violência doméstica contra a mulher, foram sistematizados os achados da pesquisa nos periódicos CSP e RSP, conforme descrição apresentada na Tabela I. A base desse estudo para analisarmos o cenário da produção de conhecimentos sobre a violência doméstica contra a mulher, após dez anos da implementação da LMP, é composta por 21 artigos, dos quais seis descrevem a atuação do profissional de saúde no recebimento destas mulheres vítimas de violência; oito tem seus estudos baseados em diferentes regiões do país, com o objetivo de descrever/caracterizar um perfil desta mulher, e assim construir ferramentas em que políticas públicas possam prevenir/proteger estas vítimas; e sete trabalham o tema através de um olhar integral, ou seja, e os problemas que às mulheres vítimas de violência doméstica, enfrentam ao decidir pedir ajuda/apoio para

colocar fim a esta violência. E assim, iremos desenhar o cenário – avanços e problemas – pelas lentes dos autores que ao longo destes dez anos pesquisaram sobre o tema.

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Nesta categoria de análise, todos os artigos apontam como questão central o despreparo dos profissionais de saúde para receber/identificar as mulheres vítimas de violência doméstica, explicando o fato com as seguintes constatações: a formação profissional não aborda a violência doméstica contra a mulher como uma questão de saúde pública¹²; identificam a falta de tempo, de suporte dos serviços de saúde e da comunidade; vergonha de tratar deste assunto com os usuários; medo dos agressores¹³. Neste cenário podemos entender o motivo que dificulta o reconhecimento da comunidade aos profissionais de saúde como fonte de ajuda e orientação, no combate a esta violência¹⁴.

A violência para a área da saúde transcende as especificidades físicas (lesões e mortes) e/ou emocionais (traumas) na abordagem dos serviços e representa um problema de saúde pública de graves dimensões¹⁵. Outro tema debatido é a própria relação entre os atendimento e responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde em cumprir as normas

previstas em seus códigos de ética frente a indícios de violências¹⁶.

Os serviços de saúde têm um importante papel no enfrentamento da violência, podendo atuar no reconhecimento e acolhimento destas mulheres antes da ocorrência de sequelas ou incidentes mais graves. Atualmente, parte considerável dos casos de violência não é identificada, tornando esse fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde, portanto subnotificado. A violência doméstica contra a mulher acarreta “aumento nas taxas de suicídio, abuso de drogas e álcool, incidência de problemas de saúde como cefaléias e distúrbios gastrointestinais, sofrimento psíquico, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo aids, e gravidez indesejada”^{15:1055}.

Temos um crescimento gradativo de notificações anuais a partir de 2006, mas ainda se estabelece uma invisibilidade relevante devida a não notificação pelos profissionais de saúde em seu contexto de atuação. No caso da violência contra mulheres, a subnotificação vai muito além do despreparo do profissional de saúde no atendimento, apontando a dificuldade de percebê-la como ferramenta que irá nutrir o sistema de informação e que é responsável pelo desenho do perfil de vítimas, a partir do qual os envolvidos no processo de

enfrentamento desta violência planejam ações de políticas públicas que alcancem e combatam este tipo de violência¹².

Saliba¹⁶, ao comparar a violência aos diversos grupos populacionais vulneráveis, infere o quanto a própria estigmatização da mulher interfere no acolhimento, gerando novas formas/continuidade da violência. A violência contra crianças ou idosos goza do privilégio da comoção enquanto que a mulher vítima de violência doméstica “é considerada culpada pela agressão e o preconceito entre os profissionais de saúde promove uma nova ofensa à mulher”^{16:474}.

E assim, podemos inferir duas questões: não houve uma construção coletiva dos/com os profissionais de saúde para a elaboração do questionário que embasa a notificação – que causa vergonha - e talvez por isso eles não se sintam responsáveis pelo enfrentamento a violência. Também há muitos relatos de ações pautadas em valores pessoais, em que pese a legislação e os códigos de ética profissional preverem responsabilidades penais nos casos de descumprimento da lei que trata da notificação compulsória de violência doméstica contra a mulher¹⁶.

É um desafio para a rede de atenção básica o combate a violência doméstica contra a mulher, onde os próprios profissionais são reprodutores de violência seja através do não

acolhimento, seja pela omissão do seu dever profissional. E assim, se percebe a necessidade de efetivação, pois muitos instrumentos já foram construídos e estão prontos para serem implementados.

Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica

A análise e elaboração do perfil das mulheres que sofrem violência doméstica têm como objetivo desenhar a realidade que muitas mulheres estão submetidas. Partindo desta realidade, alguns autores propõem o desenvolvimento de políticas públicas que consigam acolher, através do atendimento integral, desenvolver ações que possam proteger - para não se repetir - e prevenir. A elaboração deste perfil não é estática/dura e por isso sua construção acontece por fatores associados, onde a violência doméstica contra a mulher se constitui por uma gênese multicausal¹⁷.

O tempo médio de escolaridade de oito anos das vítimas, tendo como fatores associados a esta violência: um maior número de filhos, união informal, violência na família de origem, cor de pele negra, abuso sexual na infância, condições socioeconômicas desfavoráveis e o consumo de bebida alcoólica. Estudos baseados na não adesão de mulheres vítimas

de violência doméstica ao seguimento ambulatorial - comparadas com as que prosseguiram - mostra que aquelas têm menor escolaridade, doenças crônicas e antecedente pessoal de violência sexual, poucas partilham o ocorrido com alguém e as que compartilharam não se sentiram apoiadas após o relato de violência^{18,19}. A maior parte das ocorrências acontece nos finais de semanas e durante a noite/madrugada¹⁷, existindo uma alta prevalência de violência sexual entre mulheres grávidas²⁰. Como fator associado à violência de gênero em mulheres com HIV, apresentou-se a elevada prevalência de ideação suicida²¹. Segundo os autores, tal associação tem origem cultural e acontece por causa do sistema patriarcal, o qual tem legitimado o controle do poder dos homens submetendo “as mulheres em relação ao HIV, às violências e ao comportamento autoagressivo”^{21:764}. Compreender a relação entre violência e suicídio em mulheres com HIV, poderá contribuir para o atendimento integral e a adoção de ações de prevenção²¹.

Neste cenário, apenas 57% das vítimas pede ajuda/compartilha o relato de violência e 27,1% das mulheres o fizeram em instituições de saúde²², demonstrando que há um desconhecimento por parte da comunidade ou o não reconhecimento que os profissionais de saúde são referência formal no acolhimento de

mulheres vítimas violência doméstica. A alta prevalência de violências que muitas mulheres são submetidas, através de suas relações íntimo-afetivas, deve ser enfrentada através da tolerância zero em “todas as esferas da ecologia das relações humanas”^{23:952}.

Olhar Integral

A prática do cuidado de forma integral indica a importância do atendimento interdisciplinar às mulheres vítimas de violência doméstica. A prática interdisciplinar pode significar a “solidariedade das disciplinas, e não suas competições [ou a demonstração da] insuficiência de disciplinas isoladas para conhecer a violência”^{24:200}.

Independentemente da linha teórica escolhida, o acolhimento por profissionais de saúde com preparo e atuação em equipe multiprofissional qualifica o acolhimento das mulheres vítimas de violência doméstica.

O serviço de saúde é a principal fonte de dados para as pesquisas, fornecendo registros ou sendo local de aplicação de questionários e entrevistas, a partir dos quais são produzidas as análises que embasam o desenvolvimento de políticas públicas²⁵. A subnotificação, nesse contexto, vai muito além da demonstração dos

números que a violência doméstica contra a mulher produz, pois quando um profissional de saúde opta por não notificar - mesmo sabendo que há indícios/certeza da ocorrência de violência - protagoniza mais violência, e a instituição de saúde, que deveriam ser fonte de acolhimento, produz ainda mais agravos. Ações como esta exemplificam o quanto a violência é um tema complexo e sensível²⁶.

Através das rotas críticasⁱⁱ - lugares e situações - que as mulheres vítimas de violência doméstica percorrem, Schraiber, D’Oliveira e Couto²⁶ relatam uma série de procedimentos que podem/devem ser repensadas/transformados, para que o acolhimento não seja mais uma forma de reprodução de violência. Neste cenário, a publicação da LMP foi um importante avanço para a sistematização dos procedimentos, muito embora ainda não seja suficiente: a dificuldade em entender as orientações/processos, os serviços fornecidos de forma fragmentada, a inexistência de um centro de atenção integral e a incapacidade da polícia na proteção, são fatores identificados como limitadores no acolhimento das vítimas de violência doméstica²⁹. Não é “qualquer profissional que tem condições, em termos emocionais, de

ⁱⁱ O termo rotas críticas foi proposto pela socióloga Montserrat Sagot a partir do projeto “Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar em América Latina”, que se realizou em 16 comunidades em 10 países da América Latina entre os anos de 1996-1998 em parceria com Organização

Panamericana de Saúde (OPAS)²⁷. Pelo termo, a pesquisadora entende como “um processo que se constrói a partir da sequência das decisões e ações executadas pelas mulheres afetadas pela violência e as respostas encontradas em sua busca de soluções”²⁸.

sensibilização e capacitação técnica e de crenças pessoais, para atender mulheres violentadas sexualmente”^{30:456}.

Outros possíveis entraves ao atendimento integral estão nos acordos intra e interinstitucionais, principalmente em casos de interrupção da gravidez, onde existe a exigência da apresentação Boletim de Ocorrência (B.O.) e do laudo do Instituto Médico Legal (IML) comprovando que a mulher foi estuprada, o que demonstra “o não reconhecimento das mulheres como seres autônomos e responsáveis”^{30:457}.

Percebe-se a presença de argumentos maniqueísta na forma de se analisar a violência doméstica contra a mulher, delimitando a questão a partir de uma leitura misógina em que o conflito se estabelece na relação entre homens e mulheres, “sob ameaça de ruptura da dominação tradicional”^{24:209}. Sendo a violência uma forma de manutenção deste poder através da força de um sujeito contra o outro, ignorando a própria complexidade que se constitui as formas de violência doméstica contra a mulher. Importante “perceber a violência como uma violação ética dos direitos humanos das mulheres”^{29:749}, onde as iniquidades sociais devem ter um papel preponderante, se desejarmos enfrentar a raiz do problema, ao invés de um horizonte limitado por ações paliativas²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme pode ser inferido a partir da análise histórica dos dados do mapa da violência⁴, a violência doméstica contra a mulher tem forte influência cultural. O âmbito doméstico é o local de resguardo e privacidade da família. Ou seja, ao mesmo tempo que deveria servir de proteção acaba abrigando muitas vezes um cenário de violência. A questão doméstica faz com que o foco seja frequentemente a vítima, pois somente a partir dela é externalizado a violência. A associação ambiente doméstico e privacidade trazem dificuldades no próprio trato desta forma de violência, pois culturalmente os serviços públicos tem um desconforto em adentrar neste ambiente. Por isso, que o que é novo não é o tema de violência doméstica contra a mulher, mas sim a importância do quanto as políticas e os serviços públicos devem olhar para esta forma de violência. Assim, associado aos dados históricos, percebe-se que as publicações nos periódicos intensificam o debate neste sentido.

Através da análise dos artigos, percebemos alguns sintomas, como o despreparo dos profissionais de saúde em lidar com mulheres vítimas de violência doméstica, indo além das subnotificações dos casos. As (poucas)

mulheres que chegam ao serviço de saúde em busca de acolhimento, muitas vezes se deparam com um sistema reprodutor de violência. O papel reprodutor de violência por profissionais de saúde, reside no sentimento de não pertencimento ao contexto em que a violência se materializa. Não se percebem como peças de uma engrenagem de/para o acolhimento, onde o exercício da atividade profissional prescinde de julgamentos morais. Os perfis das vítimas de violência doméstica descrevem mulheres com baixa escolaridade, condições socioeconômicas desfavoráveis, histórico de violência na infância e sofrida pela mãe. Este delineamento pode ser utilizado para alcançar a mulher que, por uma infinidade de motivos, não rompe o ciclo da violência. Ampliar o olhar para a questão da violência doméstica contra a mulher, seja percebendo esta mulher como um ser completo - com sua trajetória singular – e respeitar a forma que ela irá construir seu caminho para romper ou não a situação da violência; seja na problematização de como a questão da violência doméstica contra a mulher é tratada em nossa sociedade com atendimento medicalizantes que ligam a violência a uma ideia de doença onde o foco está no

tratamento, constitui-se um caminho necessário.

Um possível caminho identificado após a análise dos dados é que a violência doméstica contra a mulher não seja vista, em especial pelos profissionais de saúde, como um acontecimento isolado. O respeito a singularidade cultural exige um olhar ampliado. O serviço em saúde é parte, neste contexto, de uma rede em que outros serviços também devem compor. Para evitar uma colcha de retalhos (rotas críticas) seria fundamental a concentração de todo o aporte que congrega a LMP fisicamente em um único local, fazendo com que existam profissionais preparados e uma estrutura enxuta que possibilite um acolhimento inter e multidisciplinar, cuja potência está na soma dos serviços. Uma política pública neste sentido respeitará a saúde da mulher, uma vez que os serviços tratarão física e psicologicamente, conjuntamente com orientações sobre os desdobramentos jurídicos singulares a cada vítima. Fortalecendo a autonomia desta mulher e qualificando todos os profissionais envolvidos a trabalharem em rede, para o acolhimento integral da vítima de violência.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência: Impactos no setor saúde e respostas do sistema. In: Giovanella L et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012, p.1011-1036.

2. Farfán XF, Olave FR. Interacciones dialógicas en el consultorio: migrantes haitianos y funcionarios de salud primaria. *Revista Perspectivas*. 2013;(24):111-122.
3. Brasil. Presidência da República. Lei 11.340, de 7 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015. Homicídios de mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2015.
5. Meneghel SN et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(3):691-700.
6. Agüero J. Estimaciones causales de los costos intangibles de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. BID, Banco Interamericano de Desenvolvimento. Agosto de 2013. [cited 2017 jul 14]. Available from: http://www.iadb.org/es/investigacion-y-datos/publication-details,3169.html?pub_id=IDB-WP-414&source=eresnews.
7. Datasenado. Brasileiras sabem da Lei Maria da Penha, mas a violência doméstica e familiar contra as mulheres persiste. [Internet]. Brasília; 18 ago 2015. [cited 2017 jul 14]. Available from: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/release_pesquisa.asp?p=67.
8. FPA, Fundação Perseu Abramo. [cited 2017 jul 14]. Available from: <http://compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/FPA-modulo-violencia-domestica-pesq-2010.pdf>.
9. Portal Brasil. Ligue 180 registra mais de 555 mil atendimentos este ano. Brasília; 09 ago 2016. [cited 2017 jul 14]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/08/ligue-180-registra-mais-de-555-mil-atendimentos-este-ano>.
10. Castro E. Terminologia, palavras-chaves, descritores em saúde: Qual a sua utilidade?. *Jornal Brasileiro de AIDS*. , jan-mar/2001;2(1):51-61.
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Diário Oficial da União, de 10 de março de 2015.
12. Kind L et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. set 2013;29(9):1805-1815,.
13. Osís MJD, Duarte GA, Faúdes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):351-58.
14. Bruschi A, Paulall CS, Bordini IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):256-64.
15. Moreira SNT et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1053-59.
16. Saliba O. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(3):472-77.
17. Garcia LP et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Abr 2016;32(4):e00011415.
18. Facuri CO et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Mai 2013;29(5):889-98.
19. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):730-37.
20. De Aquino NMR et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):954-60.
21. Cecconl RF, Meneghel SNM, Hirakatal VN. Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):758-65.

- ²². Silva RA. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1014-22.
- ²³. Moura LBA. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):944-53.
- ²⁴. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Couto, MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(Sup 2):S205-S216.
- ²⁵. Anacleto AJ et al. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil. 2007. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abr 2009;25(4):800-08.
- ²⁶. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública*, 2006;40(N Esp):112-20.
- ²⁷. Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. Organización Panamericana de la Salud/Programa mujer, Salud Y Desarrollo; 2000.
- ²⁸. Sagot M. Entrevista. Wolfert G. "Nenhuma mulher está a salvo em uma sociedade patriarcal e misógina". *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*. Abr 2008;255. [cited 2017 dez 06] Available from: http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1735&secao=255.
- ²⁹. Meneghel SN et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Abr 2011;27(4):743-52.
- ³⁰. Oliveira EM. Fórum Violência sexual e saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Fev 2007;23(2):455-58.