

Francisco Donizetti Ventura
Raquel Aparecida Góis de Campos
Sivia Elisa Pecoroni Landi

Identificação das práticas de promoção da saúde
relacionadas às vítimas de violência doméstica na
atenção básica na região de Vila Prudente e
Sapopemba na cidade de São Paulo -
um estudo de caso.

São Paulo
2008

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERVISÃO TÉCNICA DE VILA PRUDENTE/SAPOPEMBA

Francisco Donizetti Ventura
Raquel Aparecida Góis de Campos
Sílvia Elisa Pecoroni Landi

Identificação das práticas de promoção da saúde
relacionadas às vítimas de violência doméstica na
atenção básica: um estudo de caso.

Relatório final da Pesquisa CAEPS-DANT
sob orientação e tutoria da Doutoranda
em Saúde Pública (FSP/USP) Sophia
Karlla Almeida Motta do Espírito Santo

São Paulo
2008

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Roteiro de perguntas

Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo 3 – Transcrição da entrevista com informante chave

Título: “Atenção à saúde das pessoas vítimas de violência doméstica: Alcances e limitações das práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica”

Neste artigo discute-se a violência doméstica articulada a promoção de saúde. A primeira é vista enquanto questão de natureza social, complexa, de difícil abordagem e relevante para as pessoas vitimizadas, bem como para a sociedade. As vítimas da violência têm seu desenvolvimento tolhido, as seqüelas orgânicas e emocionais que ficam, por vezes por toda a vida das pessoas, configura-se como um problema de e para a saúde pública. Preconiza-se que a violência doméstica precisa ser enfrentada pelos profissionais da saúde por uma visão ampliada do processo saúde-doença, visto que o fenômeno violência extrapola a situação individual. Nesse contexto, a promoção de saúde se efetiva quando as pessoas se mobilizam para transformar o meio ambiente e a si mesmas através do processo de mobilização social. Com vistas ao objetivo - identificação das práticas de promoção de saúde - utilizou-se a pesquisa de natureza qualitativa. A pesquisa aponta que, diante da necessidade de um trabalho em rede, com vistas à obtenção da garantia da atenção à saúde às vítimas de violência na atenção básica, a rede e os profissionais de saúde deveriam pensar em estratégias de enfrentamento que possibilite a realização de ações de promoção de saúde e prevenção às suas vítimas. Em que pese o investimento público em programas de capacitação em rede, ainda não se pode, de fato, identificar ações/práticas de promoção de saúde relacionadas a este grupo populacional.

Palavras-chave: Violência doméstica, Atenção à saúde às vítimas de violência, Atenção Básica, Promoção de Saúde, Participação social.

INDICE

Lista de Anexos	iv
1. Introdução	05
2. Objetivo Geral	17
2.1 Objetivos específicos	17
3. Metodologia	18
3.1 Tipo de Estudo	18
3.2 Local e população	18
3.3 Caracterização da população de estudo	19
3.4 Critérios para seleção da amostra	20
3.5 Técnica de coleta de dados	20
3.6 Descrição dos procedimentos para análise dos dados	21
3.7 Considerações éticas	21
4. Resultados	23
4.1 Entrevista com Informante-chave	23
5. Análise e discussão dos resultados	32
5.1 Apresentação dos resultados – discurso categorias de análise	32
5.1.1 Promoção de Saúde	32
5.1.2 Promoção de saúde na atenção básica	33
5.1.3 Promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência	33
5.1.4 Promoção de saúde relacionadas às vítimas de Violência na região de Vila Prudente/Sapopemba	34
5.2 Discussão e análise dos dados	35
5.2.1 Marco Legal: a questão da violência e a legislação brasileira	37
5.2.2 Identificação da Violência doméstica e das Ações/práticas de promoção à saúde	40
5.2.3 Dinâmica familiar e social	42
5.2.4 Sigilo profissional	46
5.2.5 Notificação Obrigatória	47
5.2.6 Formação de redes de solidariedade às vitimas de Violência	48
5.2.7 Promoção de Saúde	50
6. Considerações Finais	51
7. Recomendações e Sugestões	61
8. Referências Bibliográficas	63
9. Bibliografia Básica	69
10. Anexos	71

1. INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos e política de Estado apreende o ser humano em sua totalidade, conforme disposto pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e pelas Normas Operacionais Básicas -NOB-96. Desse modo, o homem e a mulher necessitam terem atendidas suas necessidades básicas (biológicas e fisiológicas) e fundamentais (psicológicas e sociais), direito preconizado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e pelo Princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/90).

Neste sentido, o SUS, com “raízes históricas nas lutas sociais da década de 70 e de 80 com a emergência de um conjunto de novos sujeitos sociais que viriam a marcar o período, gerando importantes transformações que hoje se fazem presentes” (Gouveia e Palma, 2000, p.21), significa um grande avanço. Sua proposta é uma conquista social, tendo em vista que à população são garantidas políticas de saúde baseadas na Universalidade, Integralidade e Equidade, Descentralização e Participação (Brasil, 1990).

Sistema Único de Saúde, firmado em 1990, conforme Lei Orgânica da Saúde teve como base o relatório da 8ª. Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi "Democracia é Saúde". A primeira em que a população pôde participar. Vivia-se um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o qual com outros atores da sociedade sustentaram a afirmação da vinculação da garantia da saúde como direito social com a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania, pois compreendia que a saúde era indissociável das demais necessidades humanas, a exemplo da moradia, da educação, da cultura, saneamento básico, dentre outros. Essa

forte mobilização e organização social lograram grandes conquistas na Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, em diversas áreas, além da saúde (artigo 196), como criança e adolescente, idosos. Essas conquistas foram regulamentadas posteriormente por legislação complementar, como as Leis Lei 8.080/90 e 8.142/90 de âmbito federal. As leis federais levaram os estados e municípios a criarem suas leis em consonância com a lei federal, devido o princípio federativo que rege o país. Campos et al. (2006) entendem que é na mobilização social, no estímulo e no fortalecimento dos movimentos sociais, no processo de elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas que se pode trabalhar pela melhoria da qualidade de vida, uma vez que estar-se-á ampliando a discussão sobre a cidadania e o respeito aos direitos constitucionais, trabalhando com o reconhecimento e o respeito à diversidade existente em nosso país.

Nesse período, na cidade de São Paulo, ocorreram algumas lutas importantes, surgindo novos atores sociais: donas-de-casa dos bairros periféricos, militantes das comunidades de base (Cebbs) da Igreja Católica, entidades populares, sociedades amigos de bairro, o sindicalismo combativo (novas direções sindicais contra o peleguismo, as oposições sindicais). A esses movimentos, somaram-se as lutas pela reforma sanitária, com médicos e outros trabalhadores da saúde levantando a bandeira e fortalecendo as lutas por saúde e melhores condições de vida. Nos bairros, lutou-se por melhorias na saúde e infra-estrutura; a luta contra a carestia dentre outras. Na área da saúde, especial destaque no processo de participação social, cabe à luta pela criação e implantação dos Conselhos Populares de Saúde, autônomos e independentes do Estado, eleitos diretamente pela população (Sader, 1988; Jacobi, 1989.) Neste contexto, se inscreve o movimento da promoção da saúde no Brasil.

Os desafios colocados para a saúde pública na contemporaneidade e, em especial no Brasil, como por exemplo, a violência doméstica, dentre as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), enfatizam a necessidade de pensar modos de gestão e de construção das políticas públicas envolvendo todos os atores: gestores, trabalhadores e usuários dos serviços

(HumanizaSUS), 2003-04).

Na visão ampliada de saúde, em que se toma a saúde como decorrência da satisfação de necessidades humanas, sendo ela determinada por fatores econômicos, sócio-ambientais, psicológicos - individuais e coletivos - a promoção de saúde estreita sua relação com a vigilância de saúde. (Ministério da Saúde, 2006, p. 7-8).

Falar de promoção da saúde no Brasil é indissociável da reflexão sobre a criação, implementação e luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde.

Com a Declaração de Alma Ata, em 1978, e, posteriormente, com a Carta de Otawa (1986) incorpora-se o conceito de Promoção nas ações em Saúde.

O que a promoção de saúde propõe é uma atuação que reverta situações de desigualdades para que a equidade seja alcançada, isto é, possam ser criadas oportunidades para a justiça social, em que diferenças biológicas e de livre escolha sejam respeitadas, ao mesmo tempo em que sejam asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna (Westphal et al., 2004).

O Ministério da Saúde, conforme disposto na Política Nacional de Promoção de Saúde compreende a "promoção de saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no Sistema de Saúde Brasileiro, contribuem na construção

de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde" (Brasil, 2006, p. 6). Assim sendo "a promoção de saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida" (Op. Cit, p.12).

Promoção da saúde é um conceito antigo que vem sendo retomado e discutido nas últimas décadas, principalmente a partir do Informe Lalonde, no início da década de 70 (Moura, Gonçalves e Correa, 2002), é importante também lembrar que a idéia de promover saúde antecede o uso explícito do termo (Souza, Grundy, 2004).

A Organização Mundial de Saúde define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorar sua saúde, sendo a participação da mesma essencial para sustentar as ações de promoção da saúde (HPA, 2004).

A concepção moderna de promoção da saúde (e a prática conseqüente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde,

realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997), desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (Buss, 2000).

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (Buss, 2000).

Neste trabalho, entendemos as práticas de promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (Wallerstein, 1992). Em que pesem a articulação de políticas - existentes mais no

campo teórico e pouco na prática - e dos avanços sociais e econômicos obtidos, ainda nem todas as pessoas têm à sua disposição um ambiente e um conjunto de medidas que garanta seu desenvolvimento amplo e integral. Somos seres suscetíveis de sermos acometidos por doenças e agravos, ações externas que tolhem nosso desenvolvimento. Dentre esses agravos temos as ações, agressões cometidas por outras pessoas ou pelo meio ambiente que violam nossos direitos.

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor saúde, uma grande preocupação com essa temática que, progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública.

Para alguns pesquisadores da área de saúde, mesmo com a falta de integração e escassez de dados é possível inferir que as várias modalidades de violência ocorridas no ambiente familiar podem ser responsáveis por grande parte dos atos violentos que compõem o índice de morbimortalidade (Minayo, 1994). Apesar de ser um fenômeno que ocorre desde a Antiguidade, a violência doméstica, em especial aquela dirigida à mulher, passou a ser mais discutida no meio científico a partir dos anos 80 (Santos, 1987; Azevedo & Guerra, 1988; 1989; 1995; Marques, 1986; Minayo, 1993; Saffioti, 1997).

A violência doméstica, objeto de estudo deste trabalho, expressa as contradições de uma sociedade que garante a alguns, riqueza e privilégios e a outros, precárias condições de vida. Fenômeno universal com séculos de história que formou uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e outros e se faz presente desde os primórdios da civilização. No entanto, nos últimos tempos, tem crescido,

alcançado novos contornos, ceifando a vida de muitas pessoas, mostrando ser uma questão de difícil abordagem, e, conseqüentemente, um problema de saúde pública.

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquire um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde(OPAS,1993).

Nesta perspectiva, a violência doméstica é uma questão social mais ampla que atinge as pessoas e relaciona-se com a saúde, a educação, a cultura, os conflitos geracionais e de gênero, dentre outros. Trata-se de um fenômeno multicausal, intersetorial e que demanda ações interdisciplinares. Assim sendo, o conceito de violência doméstica deve ser tratado, de acordo com Souza (2007), “como fruto e conseqüência das relações sociais e o seu foco de análise e compreensão será os conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão”.

A violência doméstica seja de que natureza for, é uma violência silenciosa. É de grande importância identificar precocemente os maus tratos, pois garante melhor tratamento e prevenção à repetição dos mesmos evitando chegar em situação crônica.

Em 2002, pela primeira vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se pronunciou em relação à violência doméstica, através da divulgação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual define o problema como “uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (Krug et al. apud OMS, 2002).

A violência doméstica, em termos gerais, é definida como abuso físico, sexual e psicológico que sofrem as crianças, as mulheres, e os idosos dentro da família ou por

pessoas íntimas e próximas (Grossi, 1996; Schraiber et al., 2003). No entanto, apesar do termo violência doméstica referir-se a todas as formas de violência praticada no ambiente familiar, geralmente, reflete a violência contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo (Menezes et al., 2003).

Em 2001, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade para Acidente e Violência, que tem os mesmos princípios que orientam o SUS, definiu e problematizou suas diretrizes como:

- a) promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis;
- b) monitoramento da ocorrência de acidentes e violências;
- c) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- d) incremento de uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violências e acidentes;
- e) estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação;
- f) investimento na capacitação de recursos humanos, em estudos e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente no âmbito local (MS/GM, 2001).

Em 2004, na cidade da São Paulo, "as causas externas - acidentes e violências - correspondem à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Constitui-se na primeira causa de óbito em homens de 5 a 49 anos. Naquele ano, houve aproximadamente 127.470 mortes por causas externas, sendo preponderantes os homicídios (38%) e os acidentes de trânsito

(23%) seguidos por suicídios (6%) e quedas (5%)". (Nota Técnica N CDDANT/DASIS/SVS/MS).

A seguir são apresentados dados relativos à violência doméstica dos distritos de Vila Prudente, Parque São Lucas e Sapopemba que compõem a Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba, dos anos de 2003 a 2006, segundo o sexo e a faixa etária.

Estes dados foram obtidos através das fichas de notificações e atendimentos realizados pelas unidades de saúde da Supervisão Técnica Vila Prudente/ Sapopemba:



✓ Segundo sexo:

Masculino → 2
Feminino → 13

✓ Segundo idade:

< 18 anos → 1
> 18 anos → 11
> 60 anos → 3

Fonte: Fichas de Notificação em Violência – SUVIS VP/SAP



✓ Segundo sexo:

Masculino → 8
Feminino → 22

✓ Segundo idade:

< 18 anos → 7
> 18 anos → 20
> 60 anos → 3

Fonte: Fichas de Notificação em Violência – SUVIS VP/SAP



CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM 2005
26 casos

✓ Segundo sexo:

Masculino → 7

Feminino → 19

✓ Segundo idade:

< 18 anos → 7

> 18 anos → 18

> 60 anos → 1

Fonte: Fichas de Notificação em Violência – SUVIS VP/SAP



CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA EM 2006
21 casos

✓ Segundo sexo:

Masculino - 03

Feminino - 18

✓ Segundo idade:

< 18 anos - 8

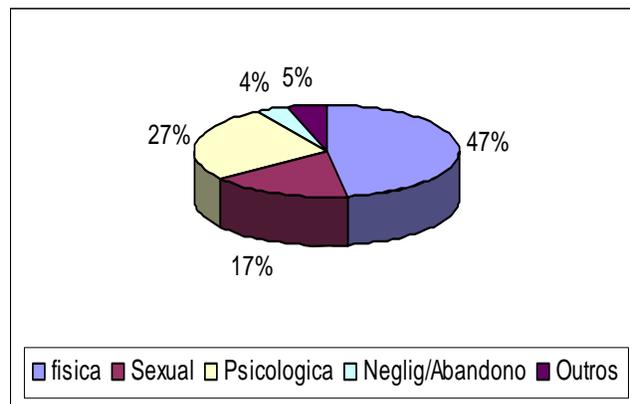
> 18 anos - 12

> 60 anos - 1

Fonte: Fichas de Notificação em Violência – SUVIS VP/SAP



LEVANTAMENTO DOS TIPOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADAS NOS ANOS DE 2004 A 2006 NA REGIÃO DE VP/SAPOPEMBA



FONTE: FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

No Brasil, as fontes de informações de eventos adversos associados à acidentes e violência sobre as pessoas são: o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), a Comunicação de Acidente de Trabalho/CAT, o Boletim do Departamento de Estradas de Rodagem (DNER), o Boletim de Ocorrência Policial (BO), o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológica (SINITOX) (Idem, p. 77).

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimentos sobre certos agravos, principalmente, no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles - somente nos últimos anos é que tem sido desencadeada alguma tentativa pontual de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

Partindo desta visão complexa do fenômeno violência, nosso trabalho focaliza as práticas de promoção da saúde relacionadas às vítimas de violência doméstica na atenção básica, na região de Vila Prudente/Sapopemba, na cidade de São Paulo.

2. OBJETIVO GERAL

Identificar as práticas de promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência doméstica na atenção básica na região de Vila Prudente e Sapopemba da cidade de São Paulo.

2.1 - Objetivos específicos

1. Verificar as práticas de promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência doméstica na atenção básica na região de Vila Prudente e Sapopemba da cidade de São Paulo.
2. Mapear as práticas de promoção da saúde relacionadas às vítimas de violência doméstica na atenção básica na região de Vila Prudente e Sapopemba da cidade de São Paulo.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Para melhor leitura do problema proposto será utilizado o método estudo de caso.

"Esse método é caracterizado por ser um estudo intensivo" (Fachin, 2001, p.43).

Segundo Fachin (2001), este método é dado na obtenção de uma descrição e compreensão completas das relações dos fatores em cada caso, sem contar o número de casos envolvidos.

Dentro deste método de estudo utilizar-se-á a pesquisa qualitativa que responde a questões muito particulares. "Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado" (Minayo, 1999, p. 50), buscará ainda dentro deste contexto se utilizar os métodos de abordagem (dialético), já que este se propõe abarcar o sistema de relações que constrói, o modo e conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados.

3.2 Local e população

O local sugerido para realização deste trabalho serão unidades básicas de saúde, que prestam serviço ao SUS (Sistema Único de Saúde), na região de Vila Prudente e Sapopemba, na cidade de São Paulo. O presente estudo será constituído com a população formada por profissionais da saúde capacitados pelo Programa Resgate Cidadão. A seleção da amostra ocorrerá junto a profissionais capacitados pelo Programa Resgate Cidadão e que por ocasião estão atuando na assistência à saúde das vítimas de violência doméstica na rede de atenção básica da cidade de São Paulo na região de Vila Prudente.

3.3 Caracterização da população de estudo

O Projeto Resgate Cidadão foi lançado na gestão municipal de São Paulo – gestão Marta Suplicy, 2001/2004 – tinha como proposição atender as pessoas que sofriam violência.

Este projeto pretendia diminuir o índice de morbimortalidade provocado pelas modalidades mais freqüentes de violência:

- * Doméstica:- o agressor faz parte das relações das vítimas no espaço doméstico;
- * Sexual:- muitas vezes associadas a outras formas;
- * Institucional:- nos equipamentos sob a responsabilidade do SUS;
- * Homicídio;
- * Suicídio;
- * Acidente por Trânsito;
- *No Ambiente de Trabalho: corresponde aos acidentes e às ações violentas geradas nas relações de trabalho.

Para organização e apoio dos projetos foram necessárias ações de sensibilização, capacitação e supervisão dos trabalhadores das unidades de saúde, assim como a realização de oficinas e reuniões de acompanhamento.

Foram realizadas 572 oficinas de sensibilização para 13.253 profissionais das unidades de saúde municipais. As oficinas foram implementadas por uma rede de 23 parceiros (Ongs e núcleos universitários) e objetivaram ampliar a capacidade dos trabalhadores para perceber, acolher, atuar e encaminhar com qualidades as pessoas em situação de violência.

Assim, a partir de 2002, constitui-se no Ambulatório de Especialidades de Vila Prudente, uma equipe de profissionais de saúde, que participou de diversos momentos

de capacitação realizadas pelo programa Resgate Cidadão, com a tarefa de acompanhar a implementação das ações frente a demandas de violência doméstica, com a supervisão de uma psicóloga da Casa Eliane de Gramont.

As reuniões de supervisão eram quinzenais onde discutíamos os casos por nós atendidos, abrindo o espaço para os demais profissionais dos outros serviços da região, na mesma perspectiva de construir o trabalho a partir do atendimento (discussão de casos). Também tínhamos a proposta de ampliar essas discussões nas nossas unidades de origem.

3.4 Critérios para seleção da amostra

A amostra será constituída por um único informante-chave da UBS Vila Prudente que atenderá aos seguintes critérios:

- a) profissional treinado no Programa Resgate Cidadão da PMSP em 2002/2003;
- b) que se encontra em atividade de ponta: atendimento à população.

3.5 Técnica de coleta de dados

Os dados serão coletados através de entrevista semi-estruturada, por se tratar de um importante componente da realização da pesquisa qualitativa. “A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais” (Minayo, 1999, p. 54).

Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada, neste caso o problema proposto no estudo.

O instrumento será elaborado pelos pesquisadores com base em bibliografia específica e na experiência de trabalho com as famílias (vide roteiro - anexo 1). A aplicação do mesmo será feita pelos pesquisadores, os quais são dois assistentes sociais e uma enfermeira, previamente treinados para que as dúvidas sejam esclarecidas e haja homogeneidade pelos pesquisadores na aplicação da entrevista.

3.6 Descrição dos procedimentos para análise dos dados

Após a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa será a análise e interpretação dos dados. Minayo (1994) enfatiza que somos partidários do posicionamento de compreender a análise num sentido mais amplo, abrangendo a interpretação, por acreditarmos que a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa.

A análise e interpretação dos resultados desta pesquisa serão realizadas de maneira qualitativa, baseada no método de Análise de Conteúdo de Bardin (1979), gerando categorias de análise, onde serão identificadas as práticas de promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência doméstica na atenção básica na região de Vila Prudente e Sapopemba da cidade de São Paulo de acordo com a literatura científica específica.

3.7 Considerações éticas

Com relação às questões éticas deste estudo, o participante terá direito ao anonimato e poderá desistir de responder a entrevista sem nenhum prejuízo. Esta também será esclarecida sobre o artigo que será escrito com base na sua entrevista, e ainda terá acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2) juntamente com o

entrevistador. O estudo se dará inicialmente com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Os objetivos deste trabalho serão explicados e as dúvidas quanto à pesquisa serão esclarecidas. Os resultados serão divulgados ao sujeito participante da pesquisa, o qual poderá ter acesso às discussões cujo tema é práticas de promoção da saúde e violência de gênero.

4. Resultados

4.1 Entrevista com Informante-Chave

1- Na sua opinião a violência doméstica deve ser atendida nos serviços de saúde?

(L.1) ¹ Em relação à violência doméstica é um problema que realmente se liga, né, diretamente aos problemas (L.2) de saúde, e se é um problema de saúde, as unidades que tem os cuidados da saúde (L.3) tem a obrigação de estar fazendo esse tipo de atendimento.

(L.4) Nós como profissionais devemos saber reconhecer este tipo de atendimento.

2- No seu cotidiano como profissional de saúde, você tem percebido a presença de casos de violência doméstica nos usuários?

(L.5) Nos usuários atendendo na faixa etária de crianças e adolescentes, a gente acaba (L.6) atendendo as mães dessas crianças e adolescentes, muitas delas realmente nos (L.7) contam espontaneamente que são agredidas, muitas vezes pelos parceiros, pelo (L.8) companheiro, e eventualmente elas acabam atribuindo também algumas das violências (L.9) em relação aos próprios filhos, geralmente é o companheiro que tem alguma parcela de (L.10) culpa na situação, e a gente acaba é o saber enxergar, né, as vezes, eventualmente no (L.11) corredor, na sala de espera você identifica uma paciente com uma marca de agressão (L.12) no rosto, você pergunta né sutilmente e elas acabam relatando, algumas disfarçam, (L.13) outras eventualmente relatam espontaneamente o que se ocorre. Muitas vezes, (L.14) eventualmente, é no olhar que a gente acaba percebendo que há uma situação de (L.15) violência, às vezes física, as vezes eventualmente, né, psicológica né, porque muitas (L.16) são agredidas psicologicamente e outros tipos de violência que a gente acaba (L.17) detectando, mas é saber olhar este tipo de problema.

¹L-1. Numeração das linhas das respostas da entrevista em ordem crescente por ordem de transcrição da entrevista

3- Você desenvolve atividade de atendimento à violência doméstica? Se sim, de que tipo? Se não, por quê?

(L.18) Realmente é assim, no dia-a-dia, no cotidiano a gente acaba não fazendo este tipo de (L.19) atendimento, só que assim, quando a gente recebe este tipo de paciente, no fim você (L.20) acaba né fazendo todo um atendimento em prol deste tipo de problema. E acaba (L.21) desempenhando né, a questão do diagnóstico, identificar que é o principal; (L.22) eventualmente a notificação que é importante você estar notificando nesses casos de (L.23) agressão, de violência, e saber conduzir né, você tem um aparato aí de uma equipe (L.24) multiprofissional, envolvendo o psicólogo, a educadora, o médico em si, né, e até (L.25) eventualmente outras entidades que possam ajudar no desenrolar do processo, né.

4- Violência e Promoção da saúde dos usuários vítimas de violência. Como trabalhar isso?

(L.26) O importante, eu acho é conscientizarmos do problema, sabermos né identificar este (L.27) tipo de situação e prevenção, eu acho que melhor maneira de acabar com este tipo de (L.28) processo é talvez a prevenção né, e saber conduzir o caso; só que a gente acaba (L.29) tendo também né, se deparando com algumas dificuldades e treinamento constante, eu (L.30) acho que tem que fazer treinamento persistente e constante pra a gente poder se (L.31) preparar para este problema e conduzir da melhor forma possível. Eu acho assim, (L.32) conscientização do programa e treinamento específico, uma equipe multiprofissional (L.33) ligada ao trabalho e uma equipe de apoio exterior, né, e informação. Informar é a (L.34) principal arma de combate à violência.

5- Em sua opinião que práticas de promoção da saúde as unidades de saúde poderiam estar desenvolvendo junto a essa clientela?

(L.35) Primeiramente saber detectar o problema, orientar né essa pessoa né que foi agredida, (L.36) às vezes temos que trabalhar em cima do agressor também e, não é só a agredida, (L.37) que tem que ser né, ou o agredido, o agressor também tem que ser ouvido para poder (L.38) contar e ajudá-lo, tá. E aí eventualmente fazer a notificação, todos temos um certo (L.39) receio em atender e em notificar este tipo de problema, a gente tem que notificar; o (L.40) atendimento médico especializado junto com uma equipe multiprofissional né, e (L.41) eventualmente também as entidades legais que também possam estar orientando (L.42) nesses casos, né.

6- Hoje os serviços de saúde no qual voce trabalha está voltado para a promoção de saúde das vítimas de violência doméstica? Por quê?

(L.43) Eventualmente a promoção já discutiu muito esse problema de vd, foi feito uma (L.44) conscientização, um treinamento para todos os profissionais desde a recepção até, (L.45) eventualmente, a faxina, é que todos soubessem perceber esse tipo de problema. Só (L.46) que assim, aquela coisa, né, você discute num momento, naquele momento, depois (L.47) passa um tempo acaba esquecendo, e aí as pessoas acabam saindo desse tipo de (L.48) problema, muitos não querem atender, são colegas mesmo que não querem atender (L.49) este tipo de paciente porque acha que vai envolvê-lo, né, com a situação, com a (L.50) dinâmica familiar, com o problema legal, a questão da denúncia, da notificação; muitas (L.51) não querem saber deste tipo de atendimento, mas a gente como profissional, no dia--a-(L.52) dia a gente se depara com este tipo de problema, não tem como fugir. Eu acho que (L.53) seria muita discrepância em não atender, você tem que estar ciente disso.

7- Comente sobre o perfil dos usuários, população vítima de violência doméstica na sua experiência como profissional de saúde.

(L.54) O que eu posso perceber é que a maioria das pessoas que são, né, vítimas da (L.55) violência, a maioria são mulheres, são mulheres de baixa renda, baixa escolaridade e, (L.56) eventualmente, muitas, responsáveis por manter a família, e, aí no caso o agressor, o (L.57)companheiro ou o pai biológico acaba sendo o agressor e eventualmente elas são (L.58) vítimas mesmo, deste tipo de agressão. Depois, em segundo lugar, vêm as crianças e (L.59) adolescentes.

8- Fale um pouco das práticas de promoção de saúde que você desenvolve junto a essa clientela.

(L.60) A gente identificando, né, saber identificar o problema, identificação do problema, (L.61) orientações a estes pacientes, a notificação que já eventualmente comentei (L.62) anteriormente, o tratamento, a proteção à esses pacientes, a gente tem que dar uma (L.63)certa proteção, um amparo. A questão legal também, outras entidades que possam (L.64) trabalhar conosco, também para orientar né; e ter um desfecho, desse caso, um (L.65) pouquinho satisfatório né, que possa eventualmente, resolver o processo. Eu acho que (L.66) eventualmente é isso. E a prevenção que seria o meio eficaz de prevenção deste tipo (L.67) de problema.

9- Você tem alguma sugestão que possa contribuir para a reorganização do serviço e melhoria do atendimento as vítimas de violência doméstica?

(L.68) Acredito que a gente deveria fazer uma sensibilização permanente, todo tempo né (L.69) estar discutindo a questão da violência; hoje em dia a gente tem né, casos até agora (L.70) tá na mídia, o caso da menina Isabela Nardoni, que realmente é o caso típico de (L.71) violência e a gente tem que estar sempre discutindo essas questões,

tentando (L.72) aprimorar melhor a questão do atendimento, não ficar com receio de atender esses (L.73) pacientes. Que às vezes em casa mesmo quantos são vítimas em casa, não é só (L.74) pessoas de baixa renda, o pessoal de média, até alta classe social, tem esses riscos; (L.75) hoje psicologicamente estão sendo agredidos, ou até mesmo violência física, sexual, (L.76) todos são passíveis de problemas deste tipo. No trabalho, quantas vezes a gente é (L.77) violentada no trabalho também. Não é só violência doméstica.

Não é só violência doméstica?

(L.78) Não é só violência doméstica. É no trabalho, é no trânsito, todas são as questões que (L.79) realmente se ligam.

Conte um pouco... é assim, que a gente passou por treinamento e tal; aqui a Unidade Básica de Saúde que a gente fez na época, a gente era do ambulatório.

A Unidade faz esse trabalho nas reuniões de vocês, aqui?

(L.80) A gente acaba discutindo, dá uma brecha, já discutiu sobre a violência, já pediu para (L.81) que as pessoas ficassem mais atentas a essa questão, que se identificasse algum (L.82) problema chamasse esses pacientes de lado, tentasse conversar para poder orientar, (L.83) porque muitos pacientes que vêm aqui não sabiam da questão da notificação, que ela (L.84) tem direito à procurar a delegacia da mulher.

Então, e aí, fica mais voltado a alguns profissionais ou a discussão geral,... no dia-a-dia?

(L.85) Na reunião a discussão é geral, no dia-a-dia quem acaba sendo a referência acaba (L.86) atendendo, mas no dia-a-dia o que a gente pediu lá e que eventualmente a gerência (L.87) pediu é que todos se conscientizassem do problema e, que atendessem este tipo de problema.

Tivesse esse olhar pra este tipo de paciente

(L.88) Tivesse esse olhar pra este tipo de paciente e, logicamente, numa dúvida, saber que (L.89) tem uma equipe de referência e, poder pedir ajuda, mas todo mundo teria condição de (L.90) atender este tipo de paciente, o problema é saber olhar né esse tipo de problema, (L.91) identificar né.

Eu acho assim, é um atendimento que você não tem que atender sozinha. acho, você tem que atender, que sozinho não dá conta mesmo e ter esta rede de atendimento

(L.92) Depois que você orienta, você notifica, você dá um aporte todinho né, você trabalha (L.93) aqui, você tem que ter uma rede de apoio, para você eventualmente casas de abrigo (L.94) para acolher as famílias vítimas, se for o caso; tem a questão legal também, junto né, (L.95) para poder dar um aporte melhor, tem todo um trabalho. Tem que ter mesmo um apoio.

10- Você tem alguma expectativa para o futuro com relação ao trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde relacionadas às práticas de promoção de saúde junto as vítimas de violência domestica no âmbito do SUS, que é o sistema único de saúde?

(L.96)---- Eventualmente né, como né, o profissional de saúde a gente tem que ter sempre o (L.97) olhar da prevenção porque devemos fazer uma prevenção. ----- o paciente, ou seja, (L.98) evitar que novas agressões sejam feitas e novos agressores possam se formar, então (L.99) acho que se conseguir fazer esse tipo de atendimento acho que melhora um (L.100) pouquinho, é difícil, mas, eu acho tem a prática que tem dentro do Sistema Único de (L.101) Saúde dá para se fazer, não há dificuldade nenhuma. É saber, você se atualizar (L.102) constantemente, e vê que o trabalho a gente não para aí, a gente tem que estar (L.103) sempre se capacitando, tendo que ter treinamento, ter aporte de uma equipe um (L.104) pouquinho mais especializada e

colocar as práticas de saúde na unidade, por isso (L.105)tem que estar sempre em constante treinamento também. Eu acho que dá para se (L.106) fazer um trabalho bom no serviço de saúde.

Que acho o tema violência muito complicado, como você colocou que as pessoas tem medo de atender, o medo da represália mesmo. você vai mexer...

(L.107) Você vai mexer com toda uma dinâmica familiar, uma questão né que você vai se (L.108) introduzir na família, que e eventualmente vai conhecer que está sendo ameaçado, (L.109) muitos já sofreram ameaça dos próprios agressores, então, por isso, acho você que (L.110) dar aporte para a pessoa que foi agredida e a esse agressor, porque ele tem que ter (L.111) uma orientação, tem que ser ouvido.

Chiado, barulho

(L.112) Agredido, já passa a bola para frente, e não quer saber não. Como profissional de (L.113) saúde você não pode fugir dessa questão.

Há a denúncia compulsória, tem uma lei, mas você se você não quiser.

(L.114) Você tem que estar sendo conivente com essa situação.

Saber do risco

Mais alguma coisa que você queria colocar...

(L.115) um trabalho difícil de ser feito, tem que ter realmente uma conscientização, uma (L.116) sensibilização; envolver, cada vez mais profissionais, por que se não você acaba (L.117) ficando sozinha nessa luta. Então realmente é assim, eu acabo sendo a pessoa de (L.118) referência, e todos os problemas acabam voltando à minha pessoa; só que assim, o (L.119) dia que eu não estiver na unidade, como é que fica este tipo de atendimento?

Cadê a parte de psicologia nas unidades?

(L.120) Pois é. Não, é assim, a equipe tem que estar montada, por que tem que ter a (L.121)assistente social, então, eventualmente aposentou-se, então desfalca em assistência (L.122)social; a psicologia não está voltada às necessidades da Ubs, está voltada mais a (L.123)parte né, de tratamento de psicoterapeuta, né, que faz atendimento as deficientes (L.124)mentais, quer dizer, você precisa desse tipo de profissional aqui, para você poder (L.125)trabalhar em equipe, fica difícil esse tipo de atendimento, é desgastante, então eu (L.126)acho assim, você tem que ter todo um apoio, porque sozinha eu posso me (L.127)responsabilizar pela parte médica no atendimento, agora, e as outras questões? (L.128)Como fica a parte psicológica, como fica a parte social, como ficam os (L.129)encaminhamentos posteriores, então é difícil, você que está trabalhando em equipe, e (L.130)ai é o que falta, né? Eu acho que é o trabalho em equipe, é um assunto muito (L.131)complexo para você trabalhar sozinha. Vamos ver, de repente né, com essa questão (L.132)da mídia que está tão voltada para o problema da violência né; em relação ao caso da (L.133)menina, se futuramente as pessoas se conscientizem mais e procure fazer um (L.134)atendimento muito melhor nessa questão; no mais não é só a questão violência, a (L.135)negligência também né, colocaram o disque 100, né, a denúncia, o que eles têm de (L.136)avaliação é que a negligência supera até os casos de violência, o descaso em relação (L.137)aos cuidados também, então tem se trabalhar também em cima dessa questão, não (L.138)só a violência.

É assim, seria uma forma de violência também?

(L.139) É uma forma de violência também, negligencia também é uma forma de violência que (L.140) supera até os próprios índices de violência doméstica que agente

tem. É um problema (L.141) social importante que a gente tem que intervir mesmo, só que assim, você tem que (L.142)estar sempre treinado, estar em treinamento, e eu como profissional requer também (L.143)treinamento porque é difícil você lidar com este tipo de paciente, é tudo uma questão (L.144)complexa né, não é fácil.

Agradecimento / encerramento

Entrevistadoras – a gente pode encerrar, né. Nós, o grupo, agradecemos a sua colaboração.

(L.145) Espero ter colaborado e também faça parte aí dessa rede aí e que se amplie que (L.146) cada vez mais e consiga fazer um bom trabalho.

Obrigado.

Obrigado.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos resultados foram realizadas de maneira qualitativa, baseadas no método de Análise de Conteúdo de Bardin (1979). Após leitura acurada dos resultados foram geradas 4 (quatro) categorias de análise, nas quais foram identificadas as ações/práticas de promoção da saúde relacionadas às vítimas de violência presentes no discurso do nosso informante-chave, conforme abaixo relacionadas.

5.1 Apresentação dos resultados (discurso) segundo categorias de análise

5.1.1 - Promoção de Saúde

(L.1) Em relação à violência doméstica é um problema que realmente se liga, né, diretamente aos problemas (L.2) de saúde

(L.22)eventualmente a notificação que é importante você estar notificando nesses casos de (L.23)agressão, de violência, e saber conduzir né, você tem um aparato aí de uma equipe (L.24)multiprofissional, envolvendo o psicólogo, a educadora, o médico em si, né, e até (L.25)eventualmente outras entidades que possam ajudar no desenrolar do processo, né.

(L.26) O importante, eu acho é conscientizarmos do problema, sabermos né identificar este (L.27)tipo de situação e prevenção, eu acho que melhor maneira de acabar com este tipo de (L.28)processo é talvez a prevenção né, e saber conduzir o caso;

(L.31) Eu acho assim, (L.32)conscientização do programa e treinamento específico, uma equipe multiprofissional (L.33) ligada ao trabalho e uma equipe de apoio exterior, né, e informação. Informar é a (L.34) principal arma de combate à violência.

5.1.2 - Promoção de saúde na atenção básica

(L.2) , e se é um problema de saúde, as unidades que tem os cuidados da saúde

(L.3)tem a obrigação de estar fazendo esse tipo de atendimento.

(L.4)Nós como profissionais devemos saber reconhecer este tipo de atendimento.

(L.60)A gente identificando, né, saber identificar o problema, identificação do problema,

(L.61)orientações à estes pacientes, a notificação que já eventualmente comentei

(L.62)anteriormente, o tratamento, a proteção à esses pacientes, a gente tem que dar

uma (L.63)certa proteção, um amparo.

5.1.3 - Promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência

(L.5)Nos usuários atendendo na faixa etária de crianças e adolescentes, a gente acaba

(L.6)atendendo as mães dessas crianças e adolescentes, muitas delas realmente nos

(L.7)contam espontaneamente que são agredidas, muitas vezes pelos parceiros, pelo

(L.8)companheiro, e eventualmente elas acabam atribuindo também algumas das

violências (L.9)em relação aos próprios filhos, geralmente é o companheiro que tem

alguma parcela de (L.10)culpa na situação, e a gente acaba é o saber enxergar, né, as

vezes, eventualmente no (L.11)corredor, na sala de espera você identifica uma paciente

com uma marca de agressão (L.12)no rosto, você pergunta né sutilmente e elas

acabam relatando, algumas disfarçam, (L.13)outras eventualmente relatam

espontaneamente o que se ocorre.

(L.35) Primeiramente saber detectar o problema, orientar né essa pessoa né que foi

agredida, (L.36) às vezes temos que trabalhar em cima do agressor também e, não é só

a agredida, (L.37) que tem que ser né, ou o agredido, o agressor também tem que ser ouvido para poder (L.38) contar e ajudá-lo, tá.

(L.107) Você vai mexer com toda uma dinâmica familiar, uma questão né que você vai se (L.108) introduzir na família, que e eventualmente vai conhecer que está sendo ameaçado, (L.109) muitos já sofreram ameaça dos próprios agressores, então, por isso, acho você que (L.110) dar aporte para a pessoa que foi agredida e a esse agressor, porque ele tem que ter (L.111) uma orientação, tem que ser ouvido.

(L.107) Você vai mexer com toda uma dinâmica familiar, uma questão né que você vai se (L.108) introduzir na família, que e eventualmente vai conhecer que está sendo ameaçado, (L.109) muitos já sofreram ameaça dos próprios agressores, então, por isso, acho você que (L.110) dar aporte para a pessoa que foi agredida e a esse agressor, porque ele tem que ter (L.111) uma orientação, tem que ser ouvido.

5.1.4 - Promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência na região de vila prudente / sapopemba

(L.18)Realmente é assim, no dia-a-dia, no cotidiano a gente acaba não fazendo este tipo de (L.19)atendimento, só que assim, quando a gente recebe este tipo de paciente, no fim você (L.20)acaba né fazendo todo um atendimento em prol deste tipo de problema. E acaba (L.21)desempenhando né, a questão do diagnóstico, identificar que é o principal;

5.2 - Discussão e análise dos dados

A partir dos dados coletados organizados em 4 (quatro) categorias de análise, que tiveram como objeto identificar as práticas de promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência na atenção básica de Vila Prudente/Sapopemba da cidade de São Paulo, para discussão, foram definidas 7 (sete) eixos de análise para leitura das categorias apresentadas no item 5.1, a saber:

- 1) marco legal: a questão da violência e a legislação brasileira;
- 2) Identificação da violência doméstica e das ações/práticas de atenção à saúde;
- 3) Dinâmica familiar e social;
- 4) Sigilo profissional;
- 5) Notificação obrigatória;
- 6) Formação de redes de solidariedade às vítimas de violência;
- 7) Promoção de saúde.

Do título do trabalho, pode-se apreender que a população-alvo são todas as pessoas que sofrem violências no espaço doméstico, ou seja, crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Espaço este articulado ao meio social - à comunidade - e aos profissionais da saúde e a outros lotados nas Unidades Básicas de Saúde - UBS que fazem a atenção básica de saúde na região de Vila Prudente e Sapopemba, com vistas a identificar as práticas de promoção de saúde.

A saúde se configura como setor privilegiado para a promoção e garantia dos direitos sociais das pessoas. Juntamente com os direitos civis e políticos, compõe o conjunto dos direitos humanos. A saúde em sua concepção moderna, que ultrapassa a visão curativa, alia-se às outras áreas, como a educação, a assistência social, a moradia, a cultura e lazer para propiciar melhores condições de saúde e vida plena.

A promoção de saúde como compreensão do envolvimento de profissionais e da responsabilidade do serviço de saúde local na questão da violência doméstica, aparece de forma bastante elucidativa na entrevista realizada:

"... Em relação à violência doméstica, é um problema que realmente se liga, né, diretamente aos problemas de saúde, e se é um problema de saúde, as unidades que tem os cuidados da saúde tem a obrigação de estar fazendo esse tipo de atendimento. Nós como profissionais devemos saber reconhecer este tipo de atendimento" (L 1- 4).

A violência doméstica abarca tanto a questão de gênero, sexo, quanto geracional, conforme compreende Grossi (1996) e Schraid et al. (2003). Para os autores "a violência doméstica em termos gerais, é definida como abuso físico, social e psicológico que sofrem as crianças, as mulheres e os idosos dentro da família ou por pessoas íntimas e próximas".

Ao se referir à violência, o informante-chave faz referências às variadas formas de violência existentes:

"... a gente acaba percebendo que há uma situação de violência, às vezes física, às vezes eventualmente, né, psicológica né, porque muitas são agredidas psicologicamente e outros tipos de violência que a gente acaba detectando, mas é saber olhar este tipo de problema" (L. 14-17).

Em sendo a violência juntamente com a temática da promoção de saúde, objeto de estudo deste trabalho, percebemos a importância de fazer referência ao marco legal que fundamenta a garantia do atendimento as pessoas vitimizadas pela violência como um dos eixos estruturador de análise.

Em relação ao atendimento, abordamos aspectos como: a identificação das "marcas da violência", a qualificação dos profissionais de saúde e outros elementos fundamentais no tratamento, como a capacitação da comunidade para enfrentar a violência na perspectiva de realizar a promoção de saúde. Nesta teia de relações sociais, faz-se necessário incorporarmos na discussão, como: a) a dinâmica familiar, onde se inserem as vítimas e seus agressores; b) a importância do sigilo profissional; c) a notificação compulsória, e d) a constituição de uma rede que garanta resolutividade do e no atendimento à violência.

5.2.1 - Marco legal: a questão da violência e a legislação brasileira

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor saúde, uma grande preocupação com essa temática que, progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública.

Para alguns pesquisadores da área de saúde *mesmo com a falta de integração e escassez de dados* é possível inferir que as várias modalidades de violência ocorridas no ambiente familiar podem ser responsáveis por grande parte dos atos violentos que compõem o índice de morbimortalidade (Minayo, 1994). Apesar de ser um fenômeno que ocorre desde a Antigüidade, a violência doméstica, em especial aquela dirigida mulher, passou a ser mais discutida no meio científico a partir dos anos 80 (Santos, 1987; Azevedo & Guerra, 1988, 1989, 1995; Marques, 1986; Minayo, 1993; Saffioti, 1997).

A violência doméstica expressa as contradições de uma sociedade que garante a alguns, riqueza e privilégios e a outros, precárias condições de vida. Fenômeno universal com séculos de história que formou uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e outros e se faz presente desde os primórdios da civilização. No entanto, nos últimos tempos, tem crescido, alcançado novos contornos, ceifando a vida de muitas pessoas, mostrando ser uma questão de difícil abordagem, e, conseqüentemente, um problema de saúde pública.

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquire um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde(OPAS,1993).

Nesta perspectiva, a violência doméstica é uma questão social mais ampla que atinge as pessoas e relaciona-se com a saúde, a educação, a cultura, os conflitos geracionais e de gênero, dentre outros. Trata-se de um fenômeno multicausal, intersetorial e que demanda ações interdisciplinares. Assim sendo, o conceito de violência doméstica deve ser tratado, de acordo com Souza (2007), “como fruto e conseqüência das relações sociais e o seu foco de análise e compreensão serão os conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão”.

No Brasil, temos leis específicas e leis complementares da Constituição voltadas às mulheres, às crianças e adolescentes, aos idosos, ou atinentes às áreas sociais, como a saúde, assistência social, educação e previdência social, entre outras.

O marco da Legislação brasileira é precedido pelo marco internacional, com destaque a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948 pela Organização das Nações Unidas, representando a comunidade internacional. Como os direitos humanos se destinam a proteção integral do ser humano, exige-se que

periodicamente eles se redefinem conforme os novos contextos sociais, políticos e econômicos, visando atender as novas demandas individuais e sociais. De lá para cá nas conferências e assembléias da ONU se firmam novas convenções internacionais como a Convenção sobre os Direitos da Criança de 20/11/1989, ratificada pelo Brasil em 26/01/90.

Temos assistido no Brasil uma conscientização sobre a violência doméstica com os casos que são amplamente noticiados na mídia, seja em relação às crianças e aos adolescentes (a exemplo do caso de Isabela Nardoni, cuja investigação ainda não foi concluída pela justiça), ou de Maria da Penha, que inspirou a Lei Maria da Penha, mas enquanto questão social que atinge muitas famílias, ainda não foi tratada como deve. *"... hoje em dia a gente tem né, casos até agora tá na mídia, o caso da menina Isabela Nardoni, que realmente é o caso típico de violência e a gente tem que estar sempre discutindo essas questões"* (L. 69 -71).

A violência doméstica como agravo a saúde, de natureza não transmissível, encontra guarida na Constituição de 1998, em seu artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção". Cabe destaque também ao artigo 198 que trata das diretrizes da saúde.

As leis complementares da constituição em relação ao tema deste trabalho são as Leis 8080 de 19/09/90 - Lei Orgânica da Saúde -, Lei 8069 que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente, regulamentando o artigo 227 da Constituição Federal (colocar nota de roda-pé); a Lei 11340/06 - Lei Maria da Penha, de Agosto de 2006; a Lei Orgânica da Assistência social (Loas - lei nº. 8742/93), Sistema único da Assistência

Social. Estas leis trouxeram avanços significativos no trato das questões sociais: saúde, da violência doméstica e familiar contra as mulheres, crianças e adolescentes. A questão da saúde é uma área privilegiada com a qual se vincula outras áreas sociais, notadamente as sociais, isto devido às condições de saúde depender da satisfação de necessidades básicas e fundamentais do ser humano, decorrendo daí a necessidade da atenção da saúde ser de caráter multi, inter e transdisciplinar.

5.2.2 - Identificação da Violência doméstica e das ações/práticas de atenção à saúde

Alguns fatores são importantes para garantir o atendimento às vítimas de violência e a interrupção das ações de violência doméstica às mesmas. Entre estes, citamos a identificação que é feita por sinais indicadores, sejam físicos, emocionais e/ou psicológicos. Outro é o reconhecimento e valorização da fala da vítima. Quando não enfrentado, o(a) agressor(a) sente-se motivado para continuar agredindo.

A identificação da violência nem sempre ocorre em um espaço mais específico ou aquele que se considere adequado, em um consultório, por exemplo, tal como podemos ver abaixo. Ter uma atenção a todo instante, ser vigilante e ser perspicaz é uma necessidade premente:

"...as vezes, eventualmente no corredor, na sala de espera você identifica uma paciente com uma marca de agressão no rosto, você pergunta né sutilmente e elas acabam relatando, algumas disfarçam, outras eventualmente relatam espontaneamente o que se ocorre. Muitas vezes, eventualmente, é no olhar que a gente acaba percebendo que há uma situação de violência, às vezes física, às vezes eventualmente, né, psicológica né, porque muitas são agredidas psicologicamente e

outros tipos de violência que a gente acaba detectando, mas é saber olhar este tipo de problema" (L. 10-17).

"Saber enxergar", ou seja, identificar, faz diferença, conforme se denota nos termos colocados acima.

A capacitação precisa ser contínua e haver qualificação dos profissionais para enfrentar algumas dificuldades que são colocadas para os mesmos no atendimento:

"... foi feita uma conscientização, um treinamento para todos os profissionais desde a recepção até, eventualmente, a faxina; é que todos soubessem perceber esse tipo de problema. Só que assim, aquela coisa, né, você discute num momento, naquele momento, depois passa um tempo acaba esquecendo, e aí as pessoas acabam saindo desse tipo de problema, muitos não querem atender, são colegas mesmo que não querem atender este tipo de paciente porque acha que vai envolvê-lo, né, com a situação, com a dinâmica familiar, com o problema legal, a questão da denúncia, da notificação; muitas não querem saber deste tipo de atendimento, mas a gente como profissional, no dia-a-dia a gente se depara com este tipo de problema, não tem como fugir. Eu acho que seria muita discrepância em não atender, você tem que estar ciente disso" (L 43-53).

O atendimento nas unidades básicas não será realizado e/ou praticado eficazmente sem que haja sensibilização permanente. *"Acredito que a gente deveria fazer uma sensibilização permanente, todo tempo né, estar discutindo a questão da violência" (L.68-69).* Melhorar o atendimento é garantir direito e deve ser a meta de todos os profissionais dos serviços de saúde: *"(...) tentando aprimorar melhor a questão do atendimento, não ficar com receio de atender esses pacientes" (71-73).*

Porém não temos na região um serviço específico voltado ao atendimento da violência, nem mesmo no serviço do informante chave: "*Realmente é assim, no dia-a-dia, no cotidiano a gente acaba não fazendo este tipo de atendimento, só que assim, quando a gente recebe este tipo de paciente, no fim você acaba né fazendo todo um atendimento em prol deste tipo de problema*" (L.18-20).

A complexidade da produção/reprodução da violência na família, o atendimento a violência doméstica necessita da intervenção de profissionais de diferentes áreas, atuando de forma integrada. Mas isto não basta; é preciso enfatizar que a discussão dos casos por todos os profissionais da equipe é de grande importância. A contribuição de cada integrante da equipe, conforme sua formação, possibilita que a compreensão seja abrangente, indicando como atuar na dinâmica familiar e não apenas em um dos entes e/ou apenas em um aspecto da pessoa que foi agredida. Práticas profissionais demonstram que não raras as vezes, quem agride também sofreu agressões em seu passado.

5.2.3 - Dinâmica familiar e social

Se a violência doméstica ocorre no espaço familiar, a inclusão da família é fundamental para vencer a mesma. Enfrentar o problema da violência implica não lidar apenas com os efeitos, ou conseqüências, mas principalmente valorizar a prevenção, evitando, assim, o surgimento de novas vítimas e agressores.

"(...) nos usuários atendendo na faixa etária de crianças e adolescentes, a gente acaba atendendo as mães dessas crianças e adolescentes, muitas delas realmente nos contam espontaneamente que são agredidas, muitas vezes pelos parceiros, pelo companheiro, e eventualmente elas acabam atribuindo também algumas das

violências em relação aos próprios filhos, geralmente é o companheiro que tem alguma parcela de culpa na situação" (L. 5-10).

Em relação ao perfil da população usuária e as formas de violência que atende, diz o informante-chave: "(...) *Que às vezes em casa mesmo quantos são vítimas em casa, não é só pessoas de baixa renda, o pessoal de média, até alta classe social, tem esses riscos; hoje psicologicamente estão sendo agredidos, ou até mesmo violência física, sexual, todos são passíveis de problemas deste tipo. No trabalho, quantas vezes a gente é violentada no trabalho também. Não é só violência doméstica" (L.73-77).*

Os sinais ou conseqüências emocionais, agravos afetivos e psicológicos, são de identificação difícil. Nesta condição se encontram também as conseqüências para a saúde da criança o testemunho da violência entre os pais. Com exceção da identificação física cujos agravos são imediatos, por deixar pele e ossos marcados, em qualquer parte do corpo, as outras são mais de médio e longo prazo.

Como repercute na saúde da criança/adolescente ver a mãe ser agredida por seu pai ou padrasto? Sabe-se ser igualmente difícil perceber as conseqüências possíveis em sua convivência em situação de conflito entre os pais, ou entre entes familiares visto que nos novos "arranjos familiares", não será sempre e somente a figura dos pais biológicos, os únicos presentes no espaço familiar.

Ainda sobre as crianças e adolescentes, como identificar a negligência e o abandono? No tocante a negligência, há várias possibilidades, como, por exemplo, o não acompanhamento da criança de eventos importantes para a sua saúde como é o caso da não vacinação da forma como prevê o esquema, ou da criança não estar matriculada na escola ou estar sendo reprovada repetidamente. A negligência tem proporções ainda maiores do que a agressão física:

"... não é só a questão da violência, a negligência também né, colocaram o disque 100, né, a denúncia, o que eles têm de avaliação é que a negligência supera até os casos de violência, o descaso em relação aos cuidados também, então tem se trabalhar também em cima dessa questão, não só a violência ... negligencia também é uma forma de violência que supera até os próprios índices de violência doméstica que agente tem. É um problema social importante que a gente tem que intervir mesmo, só que assim, você tem que estar sempre treinado, estar em treinamento, e eu como profissional requer também treinamento porque é difícil você lidar com este tipo de paciente, é tudo uma questão complexa né, não é fácil" (L.134-144)

Questão não levantada na entrevista, mas que ocorre é que, se a violência doméstica envolve todas as pessoas do núcleo familiar, também definido como contexto familiar. Ou seja, extrapola-se uma relação específica de pais e filhos. Assim sendo como identificar esse processo? Será que uma agressão cometida por um adulto ou uma pessoa com mais idade no núcleo familiar sobre alguém com menos idade e indefesa devido ser de porte físico inferior e não ter discernimento sobre a situação, não tem como matriz as agressões cometidas no contexto familiar?

Embora a violência no trabalho - como é o caso do assédio moral - exista e esteja citada na entrevista, não será desenvolvida neste momento por não ser objeto de discussão deste trabalho.

Sabe-se que a violência ultrapassa limites de classes sociais, estando também nas classes mais abastadas, mas ela incorpora significativamente traços da pobreza. A falta de condições dignas de vida propicia o desenvolvimento de relações familiares sociais agressivas. Formando um quadro que mantém no seio familiar a agressão, a opressão e a dominação, temos as relações de poder entre gerações - dos genitores

sobre seus filhos - e de gênero - dos maridos/companheiros sobre a mulher. Não são raras as vezes que as mulheres se calam. Isto ocorre por diversos motivos, como, por exemplo, o medo da reação do agressor(a) e a dependência financeira que tem em relação ao mesmo. Dependentes financeiramente dos (as) agressores (as), as vítimas não encontram apoio e segurança familiar, comunitária ou institucional, para fazer a denúncia e poder arcar com as conseqüências da denúncia.

A convivência com a agressão também é mantida fora do espaço familiar. Vizinhos e pessoas conhecidas da família, bem como profissionais de serviços públicos - educação (escolas, creches etc) e saúde -, se silenciam diante dos fatos. A razão apresentada para não se envolver está no medo de represália e o respeito à privacidade familiar.

"... O que eu posso perceber é que a maioria das pessoas que são, né, vítimas da violência, a maioria são mulheres, são mulheres de baixa renda, baixa escolaridade e,)eventualmente, muitas, responsáveis por manter a família, e, aí no caso o agressor, o companheiro ou o pai biológico acaba sendo o agressor e eventualmente elas são vítimas mesmo, deste tipo de agressão. Depois, em segundo lugar, vêm as crianças e adolescentes" (L.54-59).

"Primeiramente saber detectar o problema, orientar né essa pessoa né que foi agredida, às vezes temos que trabalhar em cima do agressor também e, não é só a pessoa agredida (...) o agressor também tem que ser ouvido para poder contar e ajudá-lo" (L.35 - 38).

Como podemos perceber, a pessoa agressora está sempre próxima da vítima, sendo na maioria das vezes um ente familiar. Assim sendo, também é necessário atender o(a) agressor(a) para que se busque superar os atos de agressões. Não basta

oferecer todo o atendimento psicossocial apenas à vítima, não alterando a situação familiar propiciadora de cometimento de agressões, negligências ou abandono.

5.2.4 - Sigilo Profissional²

Os profissionais da saúde ou de outras áreas devem manter o sigilo profissional em sua relação com seus usuários. O êxito no atendimento, no caso da saúde, ou no trabalho educacional, caso dos professores, entre outras situações, depende da relação de confiança que se conquista. A aproximação entre profissionais e usuários - a empatia - permite que se conheça melhor a situação a ser trabalhada.

No caso de crianças e adolescentes, a preservação do sigilo e a privacidade são asseguradas como direitos fundamentais dos mesmos no artigo 17 do Estatuto da Criança e do adolescente (Lei 8.069 de 13/07/1990): "O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais".

O código penal em seu artigo 154 também trata do sigilo profissional: "Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem".

Também diversas profissões liberais incluem a questão do sigilo profissional em seu Código de Ética, a exemplo dos médicos, assistentes sociais e psicólogos e outras profissões. É por se tratar de questão importante e direito fundamental da pessoa que legislações profissionais e outros documentos legais, tal como o ECA, disciplinam a ação de profissionais que lidam com direitos sociais das pessoas.

² Chamou-nos a atenção que na entrevista o informante-chave não faz menção à questão do sigilo profissional no atendimento.

5.2.5 - Notificação Obrigatória

Diversos estudos e autores relatam que as violências são subnotificadas devido aos problemas que acompanham a notificação. Como já afirmado anteriormente, o medo e a dependência econômico-financeira da vítima, o medo e a resistência de profissionais de saúde ou outros, conhecido como pacto do silêncio, favorece a continuidade da violência. Em nossa entrevista temos essa afirmação do medo: "*(...) E aí eventualmente fazer a notificação, todos temos um certo receio em atender e em notificar este tipo de problema, a gente tem que notificar*" (L.38/9). "*(...) muitos não querem atender, são colegas mesmo que não querem atender este tipo de paciente porque acha que vai envolvê-lo, né, com a situação, com a dinâmica familiar, com o problema legal, a questão da denúncia, da notificação*" (L.48 - 50).

Devido a importância da notificação no esclarecimento e solução dos casos no campo judiciário, bem como na garantia da saúde às vítimas, incorporamos ao texto, os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente: Artigo 13: "Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais"; Artigo 245: "Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança e adolescente. Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência".

No âmbito municipal da cidade São Paulo tem o Decreto 48.421 de 06 de junho de 2007 que dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de

Violência no Município de São Paulo. Para operacionalizar o programa, foi implantado o SIVVA (Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes), atendendo, em especial, a violência contra mulheres, crianças e idosos. Este sistema tem caráter universal e compulsório.

5.2.6 - Formação de redes de solidariedade às vítimas de violência

A violência doméstica não diz respeito apenas à família, ela se espalha por toda a sociedade, por que é também causa e consequência de um problema social que marca a sociedade. As pessoas que não são atingidas diretamente em seu corpo e mente pela violência sofrida por outras pessoas, não podem ficar indiferentes e/ou cometer qualquer forma de preconceitos em relação às vítimas ou aos agressores, pois, se assim agir, está colaborando para a perpetuação (reprodução) do ciclo de violências.

A promoção à saúde, articulada a problemática da prevenção, reveste-se como um dos melhores meios de combate à violência doméstica, e de outras violências também, de evitar novas agressões. Se a prevenção deve ser realizada por todos os profissionais e pessoas, precisa ser praticada, principalmente pelos profissionais de saúde: "*(...) o profissional de saúde, a gente tem que ter sempre o olhar da prevenção porque devemos fazer a prevenção*" (L.96 - 7); "*(...) ou seja, evitar que novas agressões sejam feitas e novos agressores possam se formar, então acho que se conseguir fazer esse tipo de atendimento acho que melhora um pouquinho*" (L.97 - 100).

A violência doméstica, como questão social, tem múltiplos fatores. Trabalhos desarticulados por parte da sociedade, por parte dos órgãos públicos, ou entre ambos, revelam-se ineficazes no atendimento e garantia de resolutividade para a violência doméstica. Para que haja atuação articulada, é necessário que haja para além de

discursos - tão presentes hoje -, intenção, competência gerencial, compromisso político, e estratégias claras e bem definidas que venham favorecer a necessária articulação entre a sociedade e poder público.

O atendimento, enquanto processo, deve superar a fragmentação de ações, considerando a existência de um suporte baseada numa rede de apoio:

"Depois que você orienta, você notifica, você dá um aporte todinho né, você trabalha aqui, você tem que ter uma rede de apoio, para você eventualmente casas de abrigo para acolher as famílias vítimas, se for o caso; tem a questão legal também, junto né, para poder dar um aporte melhor, tem todo um trabalho. Tem que ter mesmo um apoio " (L.92 - 95).

Da afirmação acima referida, pode-se aferir que no trabalho em rede, para que cada ente faça sua parte de forma integrada e dinâmica, nunca de forma estanque, com vistas a obtenção de um atendimento de qualidade, é importante estabelecer um padrão de cuidados e ações:

- (1) identificação e tratamento que pressupõe encaminhamentos dos casos;
- (2) proteção, que exige mobilização de recursos de órgãos públicos e da sociedade;
- (3) socialização das informações, respeitando o sigilo profissional, sempre que for necessário;
- (4) controle do andamento do caso, uma vez que se trata de trabalho integrado a partir de uma rede de entidades, órgãos e pessoas.

Antes dos passos acima descritos, com vistas a quebra do ciclo de violência de uma determinada situação, a rede deveria pensar em estratégias que possibilitassem a realização de ações de promoção de saúde e prevenção às vítimas de violências.

Como parte da rede, enquanto órgãos públicos há: a) o Conselho Tutelar - criado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - que tem papel relevante na proteção (integral) dos direitos da criança e do adolescente, bem como b) as delegacias, c) o poder judiciário - Vara da Infância e da Juventude -, d) as Delegacias da Mulher para situações de violência contra a mulher, e, e) as Casas Abrigo, para ambas as situações, mulheres e crianças e adolescentes. Já em relação à sociedade, os serviços comunitários desenvolvidos por associações de bairros, entidades sociais, igrejas, ong's, movimentos sociais etc.

5.2.7 - Promoção da saúde

A promoção de saúde se configura como uma meta que só pode ser alcançada quando todas as pessoas, ou pelo menos um número expressivo, adotarem um novo olhar - um olhar diferente - sobre as condições de bem-estar de si mesmas. Um olhar exigente de si mesmas - dimensão subjetiva - porém, que se alicerça nas mudanças ocasionadas no meio social que estão inseridas, em sua família, comunidade e/ou em âmbitos mais gerais, ainda.

Se a promoção de saúde exige uma internalização de novas posturas das pessoas, não pode, porém, ser as mesmas responsabilizadas pelas mazelas existentes ou pela baixa qualidade de vida. O Estado não pode se isentar de seu papel fundamental na garantia de direitos, em especial, a saúde.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho se propôs, diante de vários limites, tecer uma reflexão inicial acerca da assistência a saúde às pessoas que sofreram violência doméstica, com o objetivo de identificar as práticas de promoção de saúde relacionadas à violência doméstica, no âmbito da atenção básica da Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente e Sapopemba, a qual serve como contribuição que deve ser aprofundada por outros trabalhos.

Os limites postos são de duas naturezas. Em primeiro lugar, porque os componentes do grupo são servidores públicos iniciantes na prática de pesquisa e que mantêm seus afazeres profissionais concomitantemente ao estudo. Em segundo, e isto já aparece como percepção do trabalho, parece inexistir bibliografia que problematiza essa discussão da promoção de saúde e violência doméstica, ou vice-versa, estabelecendo relações entre ambas. No universo de consulta possível que procedemos não encontramos nenhuma bibliografia que realizasse esta discussão, por isso, foram feitas aproximações teóricas a partir da literatura especializada disponível e as informações trazidas na entrevista pelo informante-chave.

Conforme destacou nosso informante-chave na entrevista, a violência está na mídia. Entendemos, porém, que essa presença tão aguda nos meios de comunicação, principalmente a televisiva, tem tornado a violência "algo" banal. A banalização decorre muito da forma "emotiva" e manipuladora em que ela é trabalhada; manipuladora porque se presta principalmente a alcançar índices de audiência entre as emissoras concorrentes, sendo tratada em uma dimensão apelativa, não contribuindo, assim, para uma efetiva compreensão. A referência à ação "emotiva" compreende a tônica mais geral como é tratada a violência, mas não desconhece que os meios de comunicação

tem contribuído para disseminar na sociedade informação e fomentado algumas mobilizações políticas em torno da questão.

Sendo tratada como algo natural, a população não adquire uma "consciência crítica", ou de outra forma, fica na "consciência ingênua". Nessa afirmação não se ignora a possibilidade das pessoas alcançarem a consciência crítica, entendendo-se consciência crítica como um devir - processo de construção -, de acordo com Paulo Freire. Este estado de consciência não se obtém de forma voluntariosa, há que haver um processo de "educação dialógica", que pressupõe uma formação libertária, entre formadores e formandos. O devir depende de fatores subjetivos - da própria pessoa (sujeito) e objetivos vistos enquanto processo na dinamicidade da vida, no cotidiano das pessoas.

Somos tentados, quase sempre, dentro de nossa formação educacional e cultural, a cair no pensamento fácil e, por vezes vulgar, imobilizador, de propor e considerar a solução ser fácil. Ao contrário, diante de uma situação complexa, como a violência é, temos que adentrar a realidade que se apresenta a nós, e buscar conhecimentos para intervir e solucionar o problema, coletivamente. O pensamento fácil que orienta nossas percepções, permeia a sociedade criando a idéia da fatalidade, inevitabilidade, da inexorabilidade dos fatos, idéia que necessita ser superada. É um pensamento cômodo às pessoas que proporciona, imaginariamente, segurança, quando não se torna também muito conveniente à "classe política", entre esses os governantes.

A referência ao termo população inclui todas as pessoas, com maior ou menor grau de estudo e/ou classe social. Assim estão incluídos, inclusive, os profissionais que tem em sua vida profissional o dever e o poder de tomar decisão acerca da violência doméstica. Alguns meses atrás um juiz em uma cidade no interior de Minas gerais

colocou-se contra a Lei Maria da Penha, que estabelece e disciplina as penas sobre as agressões cometidas contra as mulheres. Mas, perto de nós mesmo(a)s, será que já não ouvimos em nosso local de trabalho profissionais de saúde ou outros que trabalham com atendimento a saúde, considerar a violência como uma prática cultural normal. Talvez isso não seja a explicação para a falta de comprometimento da sociedade como um todo, e principalmente de governantes, em não dar efetividade na implantação de políticas públicas focadas na violência? Ou se trataria de mero desconhecimento técnico e legal? Então, em qualquer situação, há um enorme desafio, desconstruir uma visão cultural presente em toda a sociedade.

A violência tem muitas causas e conseqüências, ao mesmo tempo, na vida das pessoas. As "marcas da violência" são profundas, podendo comprometer o desenvolvimento de alguém em toda a sua vida. Assim sendo, tal como a saúde que deve ser vista em sua totalidade, ou seja, depende de múltiplos fatores que definirão as condições de vida, a violência doméstica igualmente requer ser entendida como uma questão complexa, total, com elementos subjetivos e objetivos, interligados.

Sabe-se que a maioria dos profissionais que trabalham na saúde, bem como de outras áreas, não possuem formação humana, técnica e instrumental necessárias, para trabalhar com a violência doméstica. Com base no proposto, propomos as considerações a seguir: primeira, compreender que a violência é uma violação do direito de uma pessoa ser tratada com dignidade e que ela não é, portanto, "normal"; segunda, que a pessoa agredida, independentemente do tipo de violência, muitas vezes não tem consciência do que ocorre com ela; terceira, que ela tem direitos garantidos por lei, que às vezes desconhece e, por último, que temos responsabilidade quando nos encontramos em frente de uma situação típica de violência.

Como transitar de uma posição distante, descomprometida, para uma inserção crítica. Esta é, indubitavelmente, uma tarefa árdua que exige disposição e compromisso das pessoas, bem como vontade política dos governantes, ser uma prioridade destes em seu plano de ação. Num primeiro momento, adquirir informação, que depende das pessoas quererem, por um lado, e de outro, o poder público (Estado) garantir por meio de capacitação o conhecimento necessário. Nesta pesquisa vimos que, trabalhadores capacitados em um programa não se mostraram disponíveis para se aprofundar na formação e trabalhar com violência, isto porque lidar com ela é uma tarefa muito difícil e que dá medo. Aqui temos duas questões: a) a informação não se reduz a um único momento, se entendida como aquisição de dados, conhecimentos, e interiorizar, ou seja, assumir novas concepções e atitudes no trato da violência. Para isso, há de se proporcionar uma formação permanente em que se renova e aprofunda as informações e os conhecimentos e, b) garantir um fluxo dentro do sistema de trabalho em que na ponta trabalhadores não se exponham, desnecessariamente, à possibilidade de retaliação por parte do agressor da vítima que está sendo atendida.

Paralelamente a esse momento, de forma concomitante, disseminar esse processo de informação para todo o interior do aparelho administrativo, pois, pela prática, pôde-se perceber que a violência requer que amplos setores dos trabalhadores tomem conhecimento e se sensibilizem. Partindo da entrevista, e concordando com a afirmação posta, todos os servidores, a exemplo daqueles que trabalham na recepção dos usuários, deve estar sensibilizados para perceber a situação, atender de forma não discriminatória e encaminhar adequadamente, responsabilidades iguais às dos profissionais que atuarão diretamente no caso, tal como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, educadores sociais, entre outros; profissionais que

compõem uma equipe multidisciplinar no atendimento à violência doméstica. Vejamos a entrevista: "(...) *já discutiu muito esse problema de violência doméstica, foi feito uma conscientização, um treinamento para todos os profissionais desde a recepção até, eventualmente, a faxina, é que todos soubessem perceber esse tipo de problema...*" (L. 43-45). Por vezes, um profissional que teoricamente está capacitado para atender casos de violência, mas que estando em sua sala não acompanha o fluxo de pessoas que chegam ao serviço e deixará de perceber a situação, acesso que tem outros servidores, como por exemplo, aqueles que trabalham na recepção.

Na pesquisa vimos que no serviço onde trabalha a pessoa informante chave não havia outros profissionais destinados exclusivamente ao serviço, condição imprescindível para proporcionar um atendimento eficaz. Claro que, conforme foi mencionado na entrevista, um profissional não realiza trabalhos de outros adequadamente, mesmo que se esforce. Voltemos à entrevista: "(...) *e as outras questões? Como fica a parte psicológica, como fica a parte social, como ficam os encaminhamentos posteriores, então é difícil, (...) Eu acho que é o trabalho em equipe, é um assunto muito complexo para você trabalhar sozinha*" (L.125-132).

Dentro de um necessário plano governamental, da organização de um serviço sobre violência, deverá haver uma visão clara de como será o atendimento, ou seja, seu funcionamento, além da destinação dos recursos materiais, financeiros e humanos, estes já discutidos anteriormente.

No plano de ação em questão, ao mesmo tempo em que se promove a capacitação dos servidores, há que trabalhar a mobilização dos setores sociais que lidam com a questão. Lembremos que estamos discutindo promoção de saúde, e esta não se objetiva, não se concretiza, sem a participação da sociedade.

Com a população, no processo de capacitação/aprendizagem, na perspectiva de uma relação democrática, não se ensina transferindo conhecimento, e sim se cria condições, possibilidades da população adquirir novas informações, produzir novos conhecimentos. Pela sua experiência de vida, a população é portadora de conhecimentos; identifica e faz uso dos recursos locais, estatais ou não. Na perspectiva freireana, não existe ensinar sem aprender. Assim, os profissionais também aprendem sobre o processo de produção/ reprodução da violência e se qualifica para intervir. Ou seja, na promoção de saúde, vista como ação de aprendizagem e de empoderamento, valoriza-se a relação dialógica entre as pessoas, a comunidade e seus representantes, grupos populares e representantes e poder público.

O percurso dessa reflexão sobre a assistência a saúde e atendimento à violência doméstica aponta para a constituição de rede que deve articular serviços que se localizam em esferas específicas de um poder público, destes com os serviços de outras esferas, além da sociedade civil. Ou seja, inicialmente no âmbito da prefeitura, com suas unidades básicas de saúde, programa da saúde da família, e outros; depois, destes serviços municipais com outros a cargo do governo estadual, tal como a Delegacia da Mulher nos casos de violência contra a mulher; os serviços judiciários e conselhos tutelares para situações de violência cometida contra criança e adolescente. Além da rede pública de responsabilidade do Estado, há também os serviços de apoio oferecidos pela sociedade a serem mobilizados.

Então, enfrentar a violência requer uma rede de acolhimento às pessoas agredidas em quantidade suficiente e de atendimento qualificado, que dê confiança às pessoas agredidas demonstrando que terão retaguarda em sua decisão de enfrentar a violência e a sua condição de subordinação ao agressor. Dentro da rede haverá de ter

definição clara de qual é a função e responsabilidade de cada órgão com o objetivo de evitar ações sobrepostas e cobranças indevidas. Quantas vezes já não vimos nos serviços de saúde, críticas à outros órgãos, como, por exemplo, aos Conselhos Tutelares e Varas da Infância e da Juventude (poder judiciário), e/ou vice-versas. As críticas servem muitas vezes a profissionais para não fazer a sua parte, não assumir sua responsabilidade; cada um, profissional ou órgão, fechado em si mesmo, não se aproxima daqueles que devem ser vistos como parceiros em um trabalho integrado. Por que será que não se investe no trabalho de rede, onde profissionais, órgãos públicos e entidades sejam parceiros?

As redes podem ser de caráter local, ou geral, esta de grande amplitude. Na perspectiva da participação local, a rede local é apropriada. Rede local indica ser a abrangência da base territorial, reduzida ao espaço de um município ou de uma região, como pode ser na capital paulista, cidade de porte monumental. Pensamos ser o caso da área que abarca a Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente e Sapopemba, área que também constitui a Subprefeitura de Vila Prudente e Sapopemba, composta por três distritos, entre os noventa e seis da capital. Apenas para explicar esse entendimento, somente o distrito de Sapopemba com seus quase trezentos mil habitantes, populacionalmente é maior que a Capital Florianópolis; os três distritos possuem mais de quinhentas mil pessoas.

Se a violência doméstica incorpora múltifatores, ela não se reduz a um foco temático e a profissionais de uma área específica. Enfatiza-se aqui o conceito de intersetorialidade. Profissionais que trabalham na saúde, educação, assistência social, do direito especificamente, da segurança, entre outros, podem se integrar na rede. A leitura das questões postas ao longo deste trabalho nos indica ensejar esforços para a

construção de uma rede integrada por órgãos governamentais, entidades comunitárias, sociais, ONG'S, movimentos sociais etc, possibilitando a circulação de informações, e tomada de decisões, democraticamente, garantindo a retro-alimentação do processo. A informação é elemento básico para participar - tomar parte de - e decidir.

A promoção da saúde, pensando em como potenciá-la, invocam-se os conceitos de integralidade, pluralidade, diversidade, solidariedade, além da autonomia dos sujeitos³.

Conceitos estes que tem como base a participação política da sociedade e que reclama uma nova forma de gestão pública, a gestão compartilhada. As formas de participação não se limitam àquelas institucionalizadas, caso dos conselhos de saúde. A concepção de Estado e a existência de interesses múltiplos e divergentes na sociedade produzem formas variadas de participação. Mas em todas elas, alguns princípios precisam ser defendidos, sendo o caso do princípio da justiça, da equidade, da liberdade. A promoção da saúde, a promoção humana das pessoas encontra guarida nestes conceitos e estes na Carta Magna. Mas se a lei é importante, não é, porém, suficiente. A participação prevista em lei não pode se reduzir às formas institucionalizadas de conselhos, tão descaracterizadas na cidade de São Paulo.

Aspecto fundamental no trabalho de rede local é a existência de espaços para discussão, definição e monitoramento de propostas e do trabalho executado.

Dessa feita, em relação aos fóruns de participação, políticos e profissionais, poderia ser três os espaços necessários para viabilizar o funcionamento da rede, cada um com seus objetivos e forma de organização:

- dos profissionais e órgãos do poder público visando o acompanhamento do trabalho desenvolvido, revisando e elaborando novas propostas. É necessário sanar a angústia

³A discussão da autonomia das pessoas envolve um processo pedagógico educacional que não temos condições de abordá-lo, visto que precisamos pesquisar mais sobre o tema; o colocamos por cremos na sua relevância na promoção de saúde e na promoção das pessoas.

de profissionais que se vêm sozinhos, às vezes perdidos, sem perspectiva de trocar informações e conhecimentos; mas é preciso também haver continuidade de profissionais nesses espaços, pois a troca constante, muitas vezes com substitutos não qualificados, ou com desistência sem substituição, compromete o resultado e leva ao descrédito. Esta situação se resolveria com a contratação de mais servidores, e qualificação de substitutos;

- de articulação da sociedade: espaço próprio da sociedade, sem interferência do poder público, no qual participa as entidades sociais, movimentos, partidos e outros grupos, para debater suas demandas, definir encaminhamentos, e acompanhar a execução de serviços prestados pelo poder público.

- de articulação da representação do poder público e da sociedade: criação e/ou fortalecimento de fóruns, conselhos etc, em que procedem as negociações de demandas, definem prioridades e acompanha a implementação das políticas negociadas. Alguns espaços já existem, formalmente, pois são garantidos por lei, como os conselhos de saúde, municipal e por equipamentos, mas os mesmos estão completamente esvaziados de poder. Superar a formalidade é uma demanda social e política. Reconhecer que há na sociedade diversos interesses, nem sempre convergentes no âmbito da sociedade, e desta com os interesses daqueles que ocupam o poder público em dado momento, é um reconhecimento político importante no exercício (político) do poder. Cabe ao poder público apresentar suas propostas e defendê-las, mas se propõe democrático, reconhecer a divergência é fundamental, ou seja, abrir espaço para a alteridade garantindo o exercício da democracia.

Em todos esses espaços se processa a negociação - forma de se buscar o consenso entre diversas propostas, por um lado, e de outro, saber conviver com a(s)

diferença(s), ou seja, realizar negociação. Na negociação democrática não há prevalência de um lado e, aos outros, apenas a aderência. Trabalhar com o poder, ou poderes - os micropoderes - é uma aprendizagem que permeia todas as relações sociais, inclusive as relações familiares.

Quis-se nestas considerações finais indicar algumas propostas, que não sendo inovadoras, trata-se então de uma recuperação, uma vez que estão esquecidas na trama do exercício "dos poderes" em âmbito local. De forma resumida falamos em políticas públicas, da intersectorialidade (atuação transdisciplinar), da (re) organização dos serviços, de rede de serviços públicos e de recursos sociais comunitários e de gestão compartilhada, elementos entendidos como fundamentais na promoção da saúde e sua relação com a violência doméstica.

Finalmente, como profissionais queremos dizer que a experiência vivenciada nesse trabalho nos proporcionou conhecimentos e nos empoderou para que nossos passos sejam firmes na construção de uma visão profissional ampliada e crítica.

7 - RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

Neste trabalho, discutimos as ações/práticas de promoção de saúde relacionadas à violência doméstica. Com base nos achados de pesquisa, observamos que, por ser a violência doméstica uma questão social complexa, faz-se necessário políticas públicas voltadas para a atenção às pessoas vitimizadas, bem como ao seu entorno, no sentido de torná-lo mais saudável e seguro.

Sendo assim, algumas ações/ procedimentos se fazem necessários com vistas a:

(1) (re)orientar os serviços de saúde, recomenda-se:

- a) criar nos serviços de atenção básica uma rede de acolhimento às vítimas de violência e seus familiares com equipe multiprofissional atuando transdisciplinariamente;
- b) qualificar os profissionais de saúde de diversas especialidades para o atendimento às pessoas vítimas de violência na atenção básica;
- c) a partir do acolhimento, ter serviços de atenção integrados com outras secretarias como a de segurança pública, assistência social, educação, cultura e desportos, dentre outras, para garantir o direito à igualdade, à universalidade, à saúde e à vida;
- d) efetiva integração dos serviços do Estado e da sociedade civil, para criação/expansão de casas de apoio às vítimas de violência, garantindo a quantidade e a qualidade do serviço, voltados ao atendimento das vítimas de violência. Sejam estas, crianças, adolescentes, adultos, mulheres, ou outras minorias;

- (2) promover a criação de ambientes saudáveis nas áreas adjacentes ou circunvizinhas às UBS, tais como:
- a) áreas verdes, como praças e parques com estruturas adequadas proporcionando lazer para a população;
 - b) espaço para música, danças e ações culturais para discussão de temas diversos, inclusive o uso de álcool e drogas, bem como a violência geral e doméstica;
 - c) garantir condições adequadas de moradia para a população residente habitações precárias, a exemplo de favelas e cortiços, eliminando os riscos proporcionados por falta de iluminação pública e residencial, saneamento básico, coleta de lixo, dentre outros direitos assegurados pela Constituição Federal;
- (3) garantir o acesso e a participação mais efetiva da comunidade nas ações de saúde local/regional, através do:
- a) reconhecimento e/ou fortalecimento das iniciativas de participação da população nos processos de tomada de decisão loco-regionais;
 - b) fortalecimento dos conselhos de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), criando condições para que os representantes da população possam se apropriar dos conceitos, das questões e temas de saúde, inclusive os relativos à violência doméstica.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Actual, 1979.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Brasília (DF): 1988. (Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 11/04/08)

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): 1990.

(Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 11/04/08)

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília (DF): 1990.

(Disponível em:

<http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Legisla%C3%A7%C3%A3o/lei%20n%C2%BA%208142.pdf>.

Acesso em: Acesso em: 11/04/08)

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-

SUS 96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997. (Disponível em:

<http://www.saude.rj.gov.br/Ces/Legisl/NOB96.pdf>. Acesso em: 11/04/08)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf. Acesso em: 11/04/08)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): 2004. (Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0923_FL.pdf. Acesso em: 11/04/08)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. Coordenação de Vigilância, Prevenção e Controle de Violências e Acidentes. NOTA TÉCNICA Nº CDDANT/DASIS/SVS/MS. Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA (Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências; e Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência). Brasília (DF): MS, 2006. (Disponível em: http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Projeto%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20acidentes%20e%20viol%C3%A2ncias%20em%20servi%C3%A7os%20sentinela_Outubro_2006.doc. Acesso em: 11/04/08)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 40,

n. 1, 2006 . (Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Apr 2008. doi: 10.1590/S0034-89102006000100006.)

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência internacional sobre. Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. (Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 11/04/08)

FACHIN, O. Fundamentos de Metodologia. Porto Alegre: Saraiva, 2001.

GOUVEIA, R; PALMA, JLL da. O SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. In: Saúde Pública, Suprema Lei - A nova lei para a conquista da saúde. B;l. São Paulo, Edições Mandacaru, 2000, p.21.

GROSSI, P. K.; WERBA, G.C. (Org.). Violências de gênero: Coisas que a gente não gostaria de saber. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. Caderno de Saúde Pública 1994; 10(1): 135-145.

JACOBI, P. Movimentos Sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde. São Paulo: Cortez, 1989.

MENEZES, T.C.; AMORIM, M.M.R.; SANTOS, L.C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, jun; 25(5): 309-316, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. “É possível prevenir a violência?” *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 4, n.1: 7-22, 1999.

MINAYO, M.C. de S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NAÇÕES UNIDAS. Carta Internacional dos Direitos Humanos. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Assembléia Geral na sua Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948. (Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.html>. Acesso em: 11/04/08)

OMS (Organização Mundial de Saúde). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: Canadá, 17-21 Novembro de 1986. (Disponível em: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>. Acesso em: 10/04/08)

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Resolución XIX: Violencia y salud. Washington, 1993.(mimeo.)

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SADER, E. Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores na Grande São Paulo. Rio: Paz e Terra; 1988.

SAFFIOTI, H.I.B.; ALMEIDA, S.S. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SCHRAIBER, L *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, fev; 6(10): 41-54, 2003.

SOUZA, E. R. de (Org.). Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde - Modulo I - Unidade I. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

WALDMAN, E.A.; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumentos para estratégias de prevenção e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1):71-79, 1999. (Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7131.pdf>. Acesso em: 11/04/08)

WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6:197-205, 1992.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Revisão das ações de promoção e prevenção primária das doenças não transmissíveis no Brasil: estudo 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2004.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R.; LIMA, C.W.V.; MARTINS, C.A.. Evidências da efetividade e custos das intervenções de prevenção das doenças não transmissíveis no Brasil: estudo 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2004.

WHO. World Health Organization. The world health report: 2000 (monograph on the Internet). (Disponível em: <http://www.who.int/whn/2000/en/>. Acesso em: 11/04/08)

WHO (World Health Organization). World report on violence and health. Edited by Etienne G. Krug et al. Geneve: WHO, 2002.

9 - BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- . Bydlowski, CR; Westphal, MF; Pereira, IMTB. Promoção de saúde. Porque sim e porque não! Rev. Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde. V.13, n.1, p.15/24, jan/abr de 2004
- . Carlini-Cotrin, B. Potencialidades da técnica qualitativa Grupo Focal em investigação sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Pública, 30 (3): 285/93, 1994
- . Freitas, CM. A vigilância da saúde para a promoção de Saúde
- . Iervolino, AS; Pelicioni, MCF. A utilização do Grupo Focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. Ver. Esc.Enf. USP, v.35, n.2, p.115/21, jun.2001
- .Marcondes, WB. A convergência de referências na Promoção de Saúde. Rev. Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública. V. 13 n.1, p. 5-13, jan-abril de 2004
- . Paulilo, MAS. A pesquisa qualitativa e a história de vida. http://ssrevista.uel.br/c_v2n1_pesquisa.htm
- . Porto, MSG. A violência entre a inclusão e a exclusão social. Tempo Social; Revista Sociol.USP, S.Paulo, 12(1): 187/200, maio de 2000.

.Teixeira, CF. Formulação e implementação de políticas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. Rev. Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Publica da USP e Associação Paulista de Saúde. V.13, n.1, p.37/46, jan/abr de 2004

. Telles, VS. Direitos sociais: afinal do quê se trata? Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

ANEXOS

Anexo 1

Roteiro de perguntas

1. Na sua opinião, a violência doméstica deve ser atendida nos serviços de saúde?
2. No seu cotidiano como profissional de saúde, você tem percebido a presença de casos de violência doméstica nos usuários?
3. Você desenvolve atividades de atendimento à violência doméstica. Se sim, de que tipo? Se não, por quê?
4. Violência e Promoção da Saúde dos usuários vítimas de violência, como trabalhar com isso?
5. Na sua opinião, que práticas de Promoção da Saúde as Unidades de Saúde poderiam estar desenvolvendo junto a essa clientela?
6. Hoje, o serviço de saúde no qual você trabalha está voltado para a promoção de saúde das vítimas de violência doméstica? Por quê?
7. Comente sobre o perfil dos usuários/população vítima de violência doméstica na sua experiência como profissional de saúde.
8. Fale um pouco das práticas de promoção de saúde que você desenvolve junto a essa clientela.
9. Você tem alguma sugestão que possa contribuir para reorganização do serviço e melhoria do atendimento às vítimas de violência doméstica.
10. Você tem alguma expectativa (para o futuro) com relação ao trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde relacionado às práticas de promoção da saúde junto às vítimas de violência doméstica no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde).

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar como voluntária de uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis. Em caso de sua recusa ou desistência em qualquer fase da pesquisa, você não sofrerá nenhum prejuízo na sua vida profissional em seu local de trabalho. Em caso de dúvidas, esclarecimentos, qualquer questão ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 9º andar - Telefone 33972464 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Nome do projeto: Identificação das práticas de promoção da saúde relacionadas às vítimas de violência doméstica na atenção básica na região de Vila Prudente e Sapopemba na cidade de São Paulo - um estudo de caso. Este projeto está sendo promovido pelo CAEPS-DANT (COVISA).

Pesquisadores responsáveis/participantes: Francisco Donizetti Ventura – f. 2704.0833, Raquel Ap. Góis de Campos – f. 2272.0462 e Silvia Elisa Pecoroni Landi – f. 6161.7836.

Esta pesquisa visa contribuir com o aprimoramento das práticas profissionais voltadas ao atendimento de violência doméstica na atenção básica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista em dia e horário agendado, bem como em local reservado, em comum acordo, a partir de um roteiro de perguntas, sendo as respostas gravadas para garantir o registro dos dados que serão analisados.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados, preservando as informações confidenciais do (a) participante da pesquisa.

Concordo em participar da pesquisa nos termos citados acima.

Nome/assinatura: _____

Pesquisadores: _____

Data: ____/____/____

Anexo 3

Entrevista com Informante chave

Dia

1- NA SUA OPINIÃO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (VD) DEVE SER ATENDIDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Em relação à vd é um problema que realmente se liga, né, diretamente aos problemas de saúde, e se é um problema de saúde, as unidades que tem os cuidados da saúde tem a obrigação de estar fazendo esse tipo de atendimento.

Nós como profissionais devemos saber reconhecer este tipo de atendimento.

2- NO SEU COTIDIANO COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE, VOCE TEM PERCEBIDO A PRESENÇA DE CASOS DE VD NOS USUÁRIOS?

Nos usuários atendendo na faixa etária de crianças e adolescentes, a gente acaba atendendo as mães dessas crianças e adolescentes, muitas delas realmente nos contam espontaneamente que são agredidas, muitas vezes pelos parceiros, pelo companheiro, e eventualmente elas acabam atribuindo também algumas das violências em relação aos próprios filhos, geralmente é o companheiro que tem alguma parcela de culpa na situação, e a gente acaba é o saber enxergar, né, as vezes, eventualmente no corredor, na sala de espera você identifica uma paciente com uma marca de agressão no rosto, você pergunta né sutilmente e elas acabam relatando, algumas disfarçam, outras eventualmente relatam espontaneamente o que se ocorre. Muitas vezes, eventualmente, é no olhar que a gente acaba percebendo que há uma situação de

violência, às vezes física, às vezes eventualmente, né, psicológica né, porque muitas são agredidas psicologicamente e outros tipos de violência que a gente acaba detectando, mas é saber olhar este tipo de problema.

3 - VOCE DESENVOLVE ATIVIDADE DE ATENDIMENTO À VD? SE SIM, DE QUE TIPO? SE NÃO, POR QUE?

Realmente é assim, no dia-a-dia, no cotidiano a gente acaba não fazendo este tipo de atendimento, só que assim, quando a gente recebe este tipo de paciente, no fim você acaba né fazendo todo um atendimento em prol deste tipo de problema. E acaba desempenhando né, a questão do diagnóstico, identificar que é o principal; eventualmente a notificação que é importante você estar notificando nesses casos de agressão, de violência, e saber conduzir né, você tem um aparato aí de uma equipe multiprofissional, envolvendo o psicólogo, a educadora, o médico em si, né, e até eventualmente outras entidades que possam ajudar no desenrolar do processo, né.

4 - VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS USUÁRIOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA. COMO TRABALHAR ISSO?

O importante, eu acho é conscientizarmos do problema, sabermos né identificar este tipo de situação e prevenção, eu acho que melhor maneira de acabar com este tipo de processo é talvez a prevenção né, e saber conduzir o caso; só que a gente acaba tendo também né, se deparando com algumas dificuldades e treinamento constante, eu acho que tem que fazer treinamento persistente e constante pra a gente poder se preparar para este problema e conduzir da melhor forma possível. Eu acho assim, conscientização do programa e treinamento específico, uma equipe multiprofissional

ligada ao trabalho e uma equipe de apoio exterior, né, e informação. Informar é a principal arma de combate à violência.

5 - NA SUA OPINIÃO QUE PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE AS UNIDADES DE SAÚDE PODERIAM ESTAR DESENVOLVENDO JUNTO A ESSA CLIENTELA?

Primeiramente saber detectar o problema, orientar né essa pessoa né que foi agredida, às vezes temos que trabalhar em cima do agressor também e, não é só a agredida, que tem que ser né, ou o agredido, o agressor também tem que ser ouvido para poder contar e ajudá-lo, tá. E aí eventualmente fazer a notificação, todos temos um certo receio em atender e em notificar este tipo de problema, a gente tem que notificar; o atendimento médico especializado junto com uma equipe multiprofissional né, e eventualmente também as entidades legais que também possam estar orientando nesses casos, né.

6 - HOJE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO QUAL VOCE TRABALHA ESTÁ VOLTADO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS VÍTIMAS DE VD? POR QUE?

Eventualmente a promoção já discutiu muito esse problema de vd, foi feito uma conscientização, um treinamento para todos os profissionais desde a recepção até, eventualmente, a faxina, é que todos soubessem perceber esse tipo de problema. Só que assim, aquela coisa, né, você discute num momento, naquele momento, depois passa um tempo acaba esquecendo, e aí as pessoas acabam saindo desse tipo de problema, muitos não querem atender, são colegas mesmo que não querem atender este tipo de paciente porque acha que vai envolvê-lo, né, com a situação, com a dinâmica familiar, com o problema legal, a questão da denúncia, da notificação; muitas

não querem saber deste tipo de atendimento, mas a gente como profissional, no dia--a-dia a gente se depara com este tipo de problema, não tem como fugir. Eu acho que seria muita discrepância em não atender, você tem que estar ciente disso.

7 - COMENTE SOBRE O PERFIL DOS USUÁRIOS, POPULAÇÃO VÍTIMA DE VD NA SUA EXPERIÊNCIA COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

O que eu posso perceber é que a maioria das pessoas que são, né, vítimas da violência, a maioria são mulheres, são mulheres de baixa renda, baixa escolaridade e, eventualmente, muitas, responsáveis por manter a família, e, aí no caso o agressor, o companheiro ou o pai biológico acaba sendo o agressor e eventualmente elas são vítimas mesmo, deste tipo de agressão. Depois, em segundo lugar, vêm as crianças e adolescentes.

8 - FALE UM POUCO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE QUE VOCÊ DESENVOLVE JUNTO A ESSA CLIENTELA.

A gente identificando, né, saber identificar o problema, identificação do problema, orientações à estes pacientes, a notificação que já eventualmente comentei anteriormente, o tratamento, a proteção à esses pacientes, a gente tem que dar uma certa proteção, um amparo. A questão legal também, outras entidades que possam trabalhar conosco, também para orientar né; e ter um desfecho, desse caso, um pouquinho satisfatório né, que possa eventualmente, resolver o processo. Eu acho que eventualmente é isso. E a prevenção que seria o meio eficaz de prevenção deste tipo de problema.

9 - VOCÊ TEM ALGUMA SUGESTÃO QUE POSSA CONTRIBUIR PARA A REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E MELHORIA DO ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VD?

Acredito que a gente deveria fazer uma sensibilização permanente, todo tempo né estar discutindo a questão da violência; hoje em dia a gente tem né, casos até agora tá na mídia, o caso da menina Isabela Nardoni, que realmente é o caso típico de violência e a gente tem que estar sempre discutindo essas questões, tentando aprimorar melhor a questão do atendimento, não ficar com receio de atender esses pacientes. Que às vezes em casa mesmo quantos são vítimas em casa, não é só pessoas de baixa renda, o pessoal de média, até alta classe social, tem esses riscos; hoje psicologicamente estão sendo agredidos, ou até mesmo violência física, sexual, todos são passíveis de problemas deste tipo. No trabalho, quantas vezes a gente é violentada no trabalho também. Não é só violência doméstica.

NÃO É SÓ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA?

Não é só violência doméstica. É no trabalho, é no trânsito, todas são as questões que realmente se ligam.

CONTE UM POUCO É ASSIM, QUE A GENTE PASSOU POR TREINAMENTO E TAL;AQUI A UBS, QUE A GENTE FEZ NA ÉPOCA, A GENTE ERA DO AMBULATÓRIO.

A UBS, ELA FAZ ESSE TRABALHO NAS REUNIÕES DE VOCÊS, AQUI?

A gente acaba discutindo, dá uma brecha, já discutiu sobre a violência, já pediu para que as pessoas ficassem mais atentas a essa questão, que se identificasse algum problema chamasse esses pacientes de lado, tentasse conversar para poder orientar,

porque muitos pacientes que vêm aqui não sabiam da questão da notificação, que ela tem direito à procurar a delegacia da mulher.

ENTÃO, E AÍ, FICA MAIS VOLTADO A ALGUNS PROFISSIONAIS OU A DISCUSSÃO GERAL, ... NO DIA-A-DIA?

Na reunião a discussão é geral, no dia-a-dia quem acaba sendo a referência acaba atendendo, mas no dia-a-dia o que a gente pediu lá e que eventualmente a gerência pediu é que todos se conscientizassem do problema e, que atendesse este tipo de problema.

TIVESSE ESSE OLHAR PRA ESTE TIPO DE PACIENTE

Tivesse esse olhar pra este tipo de paciente e, logicamente, numa dúvida, saber que tem uma equipe de referência e, poder pedir ajuda, mas todo mundo teria condição de atender este tipo de paciente, o problema é saber olhar né esse tipo de problema, identificar né.

EU ACHO ASSIM, É UM ATENDIMENTO QUE VOCE NÃO TEM QUE ATENDER SOZINHA. ACHO, VOCE TEM QUE ATENDER, QUE SOZINHO NÃO DÁ CONTA MESMO E TER ESTA REDE DE ATENDIMENTO

Depois que você orienta, você notifica, você dá um aporte todinho né, você trabalha aqui, você tem que ter uma rede de apoio, para você eventualmente casas de abrigo para acolher as famílias vítimas, se for o caso; tem a questão legal também, junto né, para poder dar um aporte melhor, tem todo um trabalho. Tem que ter mesmo um apoio.

10 - VOCÊ TEM ALGUMA EXPECTATIVA PARA O FUTURO COM RELAÇÃO AO TRABALHO DESENVOLVIDO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE RELACIONADAS ÀS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE JUNTO AS VÍTIMAS DE VD NO ÂMBITO DO SUS, QUE É O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?

---- Eventualmente né, como né, o profissional de saúde a gente tem que ter sempre o olhar da prevenção porque devemos fazer uma prevenção. ----- o paciente, ou seja, evitar que novas agressões sejam feitas e novos agressores possam se formar, então acho que se conseguir fazer esse tipo de atendimento acho que melhora um pouquinho, é difícil, mas, eu acho tem a prática que tem dentro do Sistema Único de Saúde dá para se fazer, não há dificuldade nenhuma. É saber, você se atualizar constantemente, e vê que o trabalho a gente não para aí, a gente tem que estar sempre se capacitando, tendo que ter treinamento, ter aporte de uma equipe um pouquinho mais especializada e colocar as práticas de saúde na unidade, por isso tem que estar sempre em constante treinamento também. Eu acho que dá para se fazer um trabalho bom no serviço de saúde.

QUE ACHO O TEMA VIOLÊNCIA MUITA COMPLICADO, COMO VOCÊ COLOCOU, QUE AS PESSOAS TEM MEDO DE ATENDER, O MEDO DA REPRESÁLIA MESMO. VOCÊ VAI MEXER

Você vai mexer com toda uma dinâmica familiar, uma questão né que você vai se introduzir na família, que e eventualmente vai conhecer que está sendo ameaçado, muitos já sofreram ameaça dos próprios agressores, então, por isso, acho você que dar aporte para a pessoa que foi agredida e a esse agressor, porque ele tem que ter uma orientação, tem que ser ouvido.

Chiado, barulho

Agredido, já passa a bola para frente, e não quer saber não. Como profissional de saúde você não pode fugir dessa questão.

HÁ A DENÚNCIA COMPULSÓRIA, TEM UMA LEI, MAS VOCE SE VOCÊ NÃO QUIZER

Você tem que estar sendo conivente com essa situação.

SABER DO RISCO

MAIS ALGUMA COISA? QUE VOCÊ QUERIA COLOCAR

É um trabalho difícil de ser feito, tem que ter realmente uma conscientização, uma sensibilização; envolver, cada vez mais profissionais, por que se não você acaba ficando sozinha nessa luta. Então realmente é assim, eu acabo sendo a pessoa de referência, e todos os problemas acabam voltando à minha pessoa; só que assim, o dia que eu não estiver na unidade, como é que fica este tipo de atendimento?

CADÊ A PARTE DE PSICOLOGIA NAS UNIDADES?

Pois é. Não, é assim, a equipe tem que estar montada, por que tem que ter a assistente social, então, eventualmente aposentou-se, então desfalca em assistência social; a psicologia não está voltada às necessidades da Ubs, está voltada mais a parte né, de tratamento de psicoterapeuta, né, que faz atendimento as deficientes mentais, quer dizer, você precisa desse tipo de profissional aqui, para você poder trabalhar em equipe, fica difícil esse tipo de atendimento, é desgastante, então eu acho assim, você tem que ter todo um apoio, porque sozinha eu posso me responsabilizar pela parte médica no atendimento, agora, e as outras questões? Como fica a parte psicológica, como fica a parte social, como ficam os encaminhamentos posteriores, então é difícil, você que está trabalhando em equipe, e aí é o que falta, né? Eu acho que é o trabalho em equipe, é um assunto muito complexo para você trabalhar sozinha. Vamos ver, de repente né, com essa questão da mídia que está tão voltada para o problema da

violência né; em relação ao caso da menina, se futuramente as pessoas se conscientizem mais e procure fazer um atendimento muito melhor nessa questão; no mais não é só a questão violência, a negligência também né, colocaram o disque 100, né, a denúncia, o que eles têm de avaliação é que a negligência supera até os casos de violência, o descaso em relação aos cuidados também, então tem se trabalhar também em cima dessa questão, não só a violência.

É ASSIM, SERIA UMA FORMA DE VIOLÊNCIA TAMBÉM?

É uma forma de violência também, negligência também é uma forma de violência que supera até os próprios índices de violência doméstica que agente tem. É um problema social importante que a gente tem que intervir mesmo, só que assim, você tem que estar sempre treinado, estar em treinamento, e eu como profissional requer também treinamento porque é difícil você lidar com este tipo de paciente, é tudo uma questão complexa né, não é fácil.

AGRADECIMENTO / ENCERRAMENTO

Entrevistadoras – a gente pode encerrar, né. Nós, o grupo, agradecemos a sua colaboração.

Espero ter colaborado e também faça parte aí dessa rede aí e que se amplie que cada vez mais e consiga fazer um bom trabalho.

Obrigado.

Obrigado.