



**ATENÇÃO A HOMENS E MULHERES  
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA  
POR PARCEIROS ÍNTIMOS**

# **ATENÇÃO A HOMENS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

**CARMEM REGINA DELZIOVO  
CAROLINE SCHWEITZER DE OLIVEIRA  
CARMEN LUCIA LUIZ**

**FLORIANÓPOLIS | SC  
UFSC  
2014**



**GOVERNO FEDERAL**  
**Presidente da República**  
**Ministro da Saúde**  
**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educa-  
ção na Saúde (SGTES)**  
**Diretora do Departamento de Gestão da Educa-  
ção na Saúde (DEGES)**  
**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em  
Educação na Saúde**  
**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Reitora Roselane Neckel**  
**Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco**  
**Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro**  
**Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho**  
**Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas**  
**Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano**



**DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**Chefe do Departamento** Antônio Fernando Boing  
**Subchefe do Departamento** Lúcio José Botelho  
**Coordenadora do Curso de Capacitação** Elza Berger Salema Coelho

**EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**AREA TÉCNICA SAÚDE DO HOMEM**

Eduardo S. Chakora  
Daniel Cardoso da Costa e Lima

**AREA TÉCNICA SAÚDE DA MULHER**

Cláudia Araújo de Lima

**GRUPO GESTOR**

**Coordenadora do Projeto** Elza Berger Salema Coelho  
**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner  
**Coordenadora de Ensino** Carolina Carvalho Bolsoni  
**Coordenadora Executiva** Rosangela Leonor Goulart  
**Coordenadora de Tutoria** Thays Berger Conceição

**AUTORIA DO MÓDULO**

Carmem Regina Delziovo  
Caroline Schweitzer de Oliveira  
Carmen Lucia Luiz

**REVISÃO DE CONTEÚDO**

Claudia Araújo de Lima  
Rodrigo Otavio Moretti

**COORDENAÇÃO DE ENSINO**

Carolina Carvalho Bolsoni  
Thays Berger Conceição

**ASSESSORIA PEDAGÓGICA**

Márcia Regina Luz

**GESTÃO DE MÍDIAS**

Marcelo Capillé

**DESIGN GRÁFICO, IDENTIDADE VISUAL E ILUSTRAÇÕES**

Pedro Paulo Delpino

**DESIGN INSTRUCIONAL**

Agnes Sanfelici

**REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA**

Adriano Sachweh  
Flávia Goulart



---

© 2014 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte. ISBN - 978-85-61682-39-2

Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900 Trindade  
Florianópolis - SC

---

**EQUIPE DE PRODUÇÃO**  
**Coordenação Geral de Equipe de Produção**  
Eleonora Vieira Falcão  
**Coordenação de Produção** Giovana Schuelter  
**Diagramação** Fabrício Sawczen e Thiago Vieira



**ATENÇÃO A HOMENS E MULHERES  
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA  
POR PARCEIROS ÍNTIMOS**

# **ATENÇÃO A HOMENS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**



### Catálogo elaborado na Fonte

U588a

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Modalidade a Distância.

Atenção a homens e mulheres em situação de violência [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; organização, Carmem Regina Delziovo, Caroline Schweitzer de Oliveira. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.  
52 p.

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Unidade 1: Compreensão da violência entre homens e mulheres. - Unidade 2: Identificação de sinais e sintomas de violência. Unidade 3: Atenção a homens e mulheres em situação de violência.

ISBN: 978-85-8267-034-7

1. Violência familiar. 2. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. I. UFSC. II. Delziovo, Carmem Regina. III. Oliveira, Caroline Schweitzer de. IV. Luiz, Carmem Lúcia. V. Título.

CDU: 362.55

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez - CRB 14/074



Palavra dos autores	8
Objetivo do módulo	10
Apresentação do módulo	11
Unidade 1 - Compreensão da violência entre homens e mulheres	13
1.1 Fatores de risco para a violência	13
Resumo da unidade	21
Referências	22
Unidade 2 - Identificação de sinais e sintomas de violência	23
2.1 Sinais e sintomas de violência	23
Resumo da unidade	31
Referências	32
Unidade 3 - Atenção a homens e mulheres em situação de violência	34
3.1 Atitudes positivas do profissional de saúde e condições importantes nos serviços	34
3.2 A identificação de situações de violência	37
3.3 O cuidado com homens e mulheres em situação de violência	40
3.4 Elaboração de plano de segurança	42
3.5 Revelando o problema	46
Resumo da unidade	48
Referências	49



Caro aluno,

O conteúdo deste módulo visa oportunizar a identificação e a compreensão da violência entre parceiros íntimos no processo de trabalho dos profissionais na Atenção Básica.

Convidamos você a refletir sobre a sua prática e as possibilidades de atuar frente a esta problemática ainda pouco visível, no contexto de atuação dos profissionais da Atenção Básica, mesmo estando estes profissionais em condição privilegiada para identificar sinais e sintomas de violências.

O atendimento na rede de saúde pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência vivenciada por homens e mulheres. No entanto, observa-se que algumas demandas de atenção resultantes de situações de violência, tendem a ser recusadas pelos profissionais da Atenção Básica sob o argumento de que deve ser competência de serviços especializados, ou de que a violência é assunto de competência da esfera da segurança pública e da justiça.

Outro ponto importante a ser ressaltado é que os profissionais de saúde têm, de modo geral, pouco conhecimento sobre o que fazer na atenção à pessoa em situação de violência, uma vez que a sua





formação normalmente não inclui conhecimento técnico específico acerca da atenção nessa área. Nossa visão de sociedade também é extremamente importante para o resultado da atenção que prestamos. Precisamos pensar que vivemos num mundo cheio de preconceitos e que estamos sujeitos às influências sociais que, na nossa sociedade, são ainda fortemente heteronormativas. No contexto da Saúde do Homem, quando pensamos em homens precisamos pensar para além dos homens heterossexuais. Nossa atenção deve também contemplar homens gays e homens transexuais. E, quando pensamos em família, não podemos esquecer das famílias compostas por dois homens em situação de parceria íntima, muitas vezes com filhos biológicos de um ou de outro ou adotados. É preciso que fiquemos atentos para não praticarmos violência institucional, que é também ter uma atitude preconceituosa no local de trabalho. Todas as pessoas merecem atendimento digno e respeitoso, independente de sua identidade de gênero, orientação sexual, classe, etnia, idade.

É importante lembrar que a atenção à pessoa em situação de violência não é uma ação restrita e específica da área da saúde, mas está ligada a ela

na medida em violência faz parte das relações e do cotidiano da sociedade, trazendo sofrimentos e adoecimentos às pessoas, alterando com isso a sua saúde. A violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, produz enfermidades e provoca a morte, como realidade ou como possibilidade próxima.

Lançamos então o desafio de você reconhecer a violência como questão de saúde e de sua competência, partindo do acolhimento, escuta, identificação, atendimento e possíveis encaminhamentos de acordo com cada situação.

Para prestar atenção integral é necessário atendimento integrado. Lembre-se, portanto, que a atenção a pessoas em situação de violência exige atuação interdisciplinar e intersetorial. Desta forma, aproveite o ambiente virtual para discutir com seus colegas de curso e compartilhe os conteúdos aqui trazidos. Assim, você construirá novas possibilidades de atuação frente à prevenção e ao enfrentamento no âmbito da Atenção Básica da violência a que estão expostos homens e mulheres.

Bons estudos!



## ATENÇÃO A HOMENS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

### OBJETIVO DO MÓDULO

10

### CARGA HORÁRIA

Este módulo tem por objetivo instrumentalizar os profissionais de saúde para atuar na atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, a partir do reconhecimento dessas situações, além de oportunizar a incorporação desta atenção em seus processos de trabalho.

**Carga horária recomendada para este módulo:  
15 horas**



Este módulo traz conteúdos importantes para o reconhecimento das situações de violência vivenciadas por homens e por mulheres, procurando instrumentalizar o profissional de saúde para propiciar a reflexão e o apoio às decisões dos usuários nessa condição, em busca de uma vida mais saudável.

Parte-se do pressuposto de que a atenção a pessoas em situação de violência deva fazer parte do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica por ser um problema de saúde pública, tendo estes profissionais de saúde condições privilegiadas para o desenvolvimento de ações nesse sentido, sobretudo pela proximidade com o território adscrito.

Desta forma, apresentamos a seguir informações que possibilitam a compreensão do processo vivenciado por homens e mulheres em situação de violência, incluindo os fatores de risco familiares e individuais que podem servir de alerta para o desenvolvimento de ações de prevenção primária. Neste sentido, este módulo traz inicialmente uma questão importante: a necessidade de identificar situações de risco para a violência intrafamiliar e entre parceiros íntimos, procurando instrumentalizar para a compreensão dos ciclos da violência e entendendo que é de responsabilidade do



profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sofrendo violência, mesmo que não haja, à primeira vista, indicações para suspeitas (BRASIL, 2001).

Na segunda unidade deste módulo são elencados sinais e sintomas da violência para mulheres e homens, em que se procura instrumentalizar os profissionais da saúde para a identificação desses sintomas e sinais em seu processo de trabalho diário. Na terceira unidade, o conteúdo apresentado busca instrumentalizar para a efetivação da atenção a homens e mulheres em situação de violência com base na escuta qualificada e na construção de um plano de cuidados.



Ao final desta unidade você será capaz de reconhecer os fatores de risco para violência entre parceiros íntimos, e compreender o ciclo da violência que se repete em muitos relacionamentos, ampliando assim as possibilidades de intervenções e ações de prevenção a essa forma de violência.

### **1.1 FATORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA**

A violência é um fenômeno complexo e assim, não é possível compreendê-la através de uma abordagem simplista. Nesse viés, a Organização Mundial de Saúde propôs o “Modelo Ecológico”, que apresenta quatro níveis inter-relacionados que procura mostrar como as pessoas podem se tornar mais ou menos propensas a se envolverem em situações de violência.

Estes níveis são:

- o individual;
- o relacional;
- o comunitário;
- o social.





Estratégias de intervenção podem ser propostas nos quatro níveis, com ações que vão desde a prevenção até a reabilitação e a reintegração, não só com as pessoas que sofrem violência, mas com os perpetradores dela (KRUG et al, 2002).

Neste sentido, destacaremos alguns pontos do Modelo Ecológico que consideramos importantes de serem observados pelos profissionais da Atenção Básica, por representarem fatores de risco para a violência por parceiros íntimos.

Tomamos como base informações do Manual de Atenção a Violência Intrafamiliar, do Ministério da Saúde (2001):

1. famílias com distribuição muito desigual de autoridade e poder, conforme papéis de gênero, sociais ou sexuais, idade, etc., atribuídos a seus membros;
2. famílias em que não há nenhuma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre seus membros;
3. famílias com estrutura de funcionamento fechada, em que não há abertura para contatos externos, levando a padrões repetitivos de

conduta;

4. famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, migração e outros). Estudos indicam que um dos momentos de maior risco para uma mulher em situação de violência por parceiro íntimo é quando ela decide se separar;
5. baixo nível de desenvolvimento da autonomia dos membros da família;
6. presença de um modelo familiar violento na história de origem das pessoas envolvidas (maus-tratos, abuso na infância e abandono);
7. incidência de abuso de álcool e outras drogas;
8. histórico de antecedentes criminais e uso ou posse de armas;
9. comprometimento psicológico/psiquiátrico dos indivíduos sem o devido acompanhamento médico ou terapêutico;
10. dependência econômica/emocional e baixa autoestima da parte de algum(ns) de seus membros, levando à impotência e (ou) ao fracasso em lidar com a situação de violência.



É importante que o profissional de saúde fique atento a estes fatores de risco e envolva as famílias, reconhecendo e estimulando o seu papel de protagonismo no enfrentamento a essas situações de violência.

Identificar situações de risco para a violência nas famílias faz parte do diagnóstico situacional a ser construído pela equipe da Atenção Básica. Este diagnóstico possibilitará o planejamento de ações em todos os níveis de atuação, ressaltando a importância de incluir neste planejamento ações de promoção de ambientes de paz e da prevenção das violências. A comunidade precisa estar envolvida nestas construções porque a violência também resulta da interação de fatores dos níveis comunitário e social como, por exemplo, alto índice de desemprego, tráfico de drogas, áreas de pobreza e questões mais amplas, como normas culturais que estimulam a violência e mantém a desigualdade entre homens e mulheres (MINAYO, 2006).

Ainda abordando o nível relacional do Modelo Ecológico, os profissionais de saúde também podem identificar fatores de risco que se manifes-

tem nos casais (namoros, casamentos ou uniões estáveis). Tomando como base informações do Manual de Atenção à violência Intrafamiliar, do Ministério da Saúde (2001), podemos observar alguns destes fatores de risco:

- indicativos de violência em relacionamentos anteriores, de pelo menos um dos parceiros;
- contexto e características do início da relação como indicativos de violência, por exemplo, ciúmes, controle e discussões frequentes;
- dinâmica agressiva, isolamento e fechamento da relação, distanciamento de familiares e amigos;
- elevado tempo de convivência em situação de violência e desgaste acumulado;
- baixa capacidade do casal para solucionar conflitos através do diálogo;
- curva ascendente de grau, intensidade e frequência dos episódios de violência;
- elevado nível de dependência econômica e (ou) emocional dos parceiros;
- baixa autoestima e pouca autonomia dos parceiros;
- sentimento de posse exagerado por parte dos parceiros (ciúmes exacerbados);
- alcoolismo e (ou) drogadição de um dos membros do casal ou de ambos.



Pode-se considerar que as interações violentas entre parceiros íntimos - seja em casais homossexuais ou heterossexuais -, estão muitas vezes vinculadas ao aumento de tensão nas relações de dominação e subordinação estabelecidas entre estes.

Reconhecer a área de abrangência da equipe de Atenção Básica, identificando as diversas situações de risco para a violência é o primeiro passo a ser desenvolvido pela equipe para incluir essa temática em seu processo de trabalho. Para se atuar especificamente com o tema da violência por parceiros íntimos, é preciso reconhecer a complexidade que envolve a temática e a partir disso buscar identificar homens e mulheres que podem estar nessa situação. Com isso, ações mais adequadas podem ser pensadas para cada caso. Além da identificação dessas áreas e situações de risco, a equipe precisa ser preparada para reconhecer sinais de violência na assistência aos usuários, acolhendo-os por meio de escuta atenta e qualificada. Precisa também estar preparada para fazer a avaliação dos determinantes sociais e econômicos de cada caso e ter conhecimento

de todos os encaminhamentos disponíveis em sua região.

É preciso lembrar que a violência entre homens e mulheres muitas vezes reflete a ruptura dos padrões culturais de base patriarcal e machista que correspondem, grosso modo, ao domínio do homem sobre a mulher a partir do poder que a sociedade confere a este (SCHRAIBER et al, 2005). Tendo em vista uma melhor compreensão das situações de violência por parceiros íntimos, trazemos a contribuição da psicóloga norte-americana Lenore Walker (1979), que elaborou o “ciclo da violência” para explicar padrões comportamentais existentes em relacionamentos abusivos e/ou violentos. Conhecer essa dinâmica é importante para trabalhar na prevenção e interrupção da violência nesse âmbito. No entanto, é importante ter em mente que essas três fases variam de intensidade e tempo de duração e não aparecem em todos os relacionamentos.





Ciclos da violência e os comportamentos do homem e da mulher em situação de violência

<b>FASE 1 - O AUMENTO DA TENSÃO</b>	<b>FASE 2 - O INCIDENTE AGUDO DA VIOLÊNCIA</b>	<b>FASE 3 - APAZIGUAMENTO/ESPERANÇA DE MUDANÇA</b>
<p>Pequenos incidentes de violência frequentemente.</p>	<p>Fase mais breve. Caracteriza-se pela incontrolável descarga de tensão acumulada na fase 1 e pela falta de previsibilidade e controle.</p>	<p>O agressor sabe que seu comportamento foi inadequado e tenta fazer as pazes. É o período de calma incomum. Há predominância da imagem idealizada da relação de acordo com os modelos convencionais de gênero. O casal torna-se dependente um do outro: quando um tenta separar-se o outro se torna drasticamente afetado.</p>
<p><b>MULHER</b></p> <p>Atribui os incidentes à situação externa; acredita que tem controle sobre o comportamento do agressor. A mulher não consegue restaurar o equilíbrio da relação, ficando cada vez menos capaz de se defender.</p>	<p><b>MULHER</b></p> <p>Ocasionalmente provoca incidentes, antecipação do que possa acontecer. Provoca estresse com ansiedade, depressão e queixas de sintomas psicossomáticos. Seus sentimentos nesta fase são de terror, raiva, ansiedade, sensação de que é inútil tentar escapar.</p>	<p><b>MULHER</b></p> <p>Agredida, precisa acreditar que não sofrerá mais violência.</p>
<p><b>HOMEM</b></p> <p>A aparente aceitação por parte da mulher do comportamento violento estimula-o a não controlar a si mesmo. As tentativas de humilhação tornam-se mais fortes, e as ofensas verbais, mais longas e hostis. Aumenta a opressão, o ciúme e a possessividade quando observa a tentativa de afastamento da mulher. Vigia os passos da mulher.</p>	<p><b>HOMEM</b></p> <p>A raiva é tão grande que o impede de controlar seu comportamento. Inicialmente tenta dar uma “lição” na mulher e termina quando crê que ela “aprendeu” a lição. O motivo de início das agressões geralmente está relacionado a um acontecimento externo.</p>	<p><b>HOMEM</b></p> <p>Trata carinhosamente a mulher, pede perdão e promete controlar a si mesmo. Ele acredita que não agredirá mais e pensa que a mulher “aprendeu” a “lição”.</p>

Fonte: Adaptado de: L. Walker The battered woman. Ed New York-Harper and How, 1979. In: GROSSI, K. P. Violência contra a mulher na esfera doméstica: mantendo o silêncio. POA, RS. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. PUC-RS. Mar. 1994.



Tradicionalmente, este ciclo é utilizado para situações em que a mulher é a principal vítima e o homem o principal autor, no entanto, é possível utilizá-lo também para compreender as dinâmicas de violência entre casais homossexuais ou quando um homem sofre as violências. Com a compreensão deste ciclo, profissionais de saúde, familiares e amigos podem entender melhor o motivo da manutenção da relação violenta e qual a melhor forma e momento para intervir.



É preciso ter em mente que apesar do apoio de familiares, amigos e profissionais de saúde ser fundamental, a decisão do rompimento deste ciclo deve ser da pessoa que está vivenciando a situação de violência. Deve-se respeitar a decisão das pessoas envolvidas considerando a complexidade da situação e as múltiplas escolhas possíveis de acordo com cada realidade (SCHRAIBER et al, 2005).

A violência por parceiros íntimos ocorre, sobretudo, pela necessidade do autor da agressão em exercer poder e controle sobre a outra pessoa e sobre a relação.

Existem alguns modelos desenvolvidos com o intuito de explicar as dificuldades que as pessoas em situação de violência encontram para deixar a relação, bem como os padrões de ações que o autor da violência costuma utilizar a fim de manter o domínio sobre o outro. Observe a seguir o modelo da roda do poder e do controle:





Mesmo sabendo que as mulheres são as maiores vítimas da violência por parceiros íntimos, cristalizá-las como “vítimas” e os homens como “agressores” não irá contribuir para que o profissional da saúde consiga estabelecer canais de diálogo com estes. Conhecer o “ciclo da violência” é de grande utilidade para a compreensão da dinâmica que se estabelece nessas relações e, conseqüentemente, para que o profissional de saúde faça uma abordagem mais adequada, sem vitimizar a mulher e culpabilizar o homem.

#### **SAIBA MAIS**



Conheça mais sobre o ciclo da violência através da leitura do artigo de Carlos Zuma “A visão sistêmica e a metáfora de rede social no trabalho de prevenção de violência intrafamiliar em comunidades”. Este artigo traz algumas reflexões sobre a violência intrafamiliar, vista a partir da ótica sistêmica e utilizando a metáfora de rede social. Também enumera algumas ações que surgem como necessárias, em decorrência dessas reflexões, no caminho da prevenção desse tipo de violência. Disponível em: <http://www.noos.org.br/acervo/A-visao-sistematica-e-a-metafora-de-rede-social.pdf>



Nesta unidade foi destacado que os profissionais de saúde precisam identificar e fazer um diagnóstico situacional de famílias e parceiros íntimos em situação de risco para a violência. É fundamental também o conhecimento do ciclo de violência nas relações entre parceiros, que envolvem o aumento da tensão no relacionamento, o incidente de violência, o apaziguamento e a esperança de mudança. A compreensão dessa dinâmica possibilita que o profissional de saúde possa oferecer apoio e propiciar a reflexão e o empoderamento para a mudança de comportamentos.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

KRUG, E. G. et al, eds (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.

MINAYO, Maria Cecília da Souza. Violência e Saúde. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

SHRAIBER, et al Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e dos direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

WALKER, L. The battered woman. Ed New York -Harper and How, 1979. In: GROSSI, K. P. Violência contra a mulher na esfera doméstica: mantendo o silêncio. POA, RS, dissert. Mestrado em Serviço Social. PUC-RS. Mar. 1994.



Nesta unidade você é convidado a refletir sobre as crenças que dificultam a abordagem da temática da violência, bem como a identificar na sua prática diária os sinais e sintomas dela em homens e mulheres.

### 2.1 SINAIS E SINTOMAS DE VIOLÊNCIA

Inicialmente, é importante ressaltar que algumas crenças dos profissionais de saúde podem dificultar a abordagem da temática da violência entre parceiros íntimos durante os atendimentos realizados. A seguir listamos algumas destas crenças, tendo como base um trabalho de Ellsberb (1998. In Schraiber e d'Oliveira, 2003). A seguir listamos algumas dessas crenças, tendo como base um trabalho de Ellsberb (1998. In SCHRAIBER e d'OLIVEIRA, 2003).

- Pensam que as mulheres merecem ou provocam o abuso, e gostam de ser agredidas, caso contrário, deixariam o agressor.
- Acreditam que a violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública.
- Não saberiam o que fazer se uma mulher lhes contasse sobre suas experiências de violência, por isso têm receio de perguntar.





- Entendem que a violência é um problema pessoal e privado, e os profissionais não têm o direito de intrometer-se nesse tipo de assunto (“em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”).
- Acreditam que as mulheres podem sentir-se ofendidas se perguntarem diretamente se estão passando por alguma situação de violência.
- Pensam que violência doméstica não acontece entre pessoas com situação estável de emprego ou famílias com maior poder aquisitivo.
- A pressão para atender muitas pessoas por turno não lhes permite questionar sobre possíveis violências, já que o atendimento pode vir a se tornar muito demorado.
- Os próprios profissionais podem ter experiências pessoais de violência doméstica e familiar, e acreditam que não terão estrutura emocional para fazer um atendimento com este direcionamento.
- Podem conhecer pessoalmente o agressor ou membros de sua família, e assim se sentirem constrangidos ou com medo de abordar o tema.
- Têm medo sofrer algum tipo de represália por parte do agressor (SCHRAIBER, d’OLIVEIRA, 2003).

A violência está presente nas relações entre homens e mulheres muitas vezes como forma de comunicação e de relação interpessoal (MINAYO, 2006). Reconhecer os sinais e sintomas desta nos processos de atenção desenvolvidos na Atenção Básica é um desafio, tendo em vista o contexto múltiplo da violência, que gera dificuldade muitas vezes de busca de ajuda pela própria pessoa em situação de violência.



Como profissional de saúde você está convidado a refletir sobre as suas crenças com relação à violência e a como estas influenciam a sua prática. Estas reflexões precisam ser realizadas por todos os profissionais da equipe da Atenção Básica, a fim de que esta esteja preparada para acolher as pessoas em situação de violências. Também é importante salientar que na violência entre parceiros íntimos as mulheres têm dificuldade de relatar os atos de violência sofridos. Elenca-se adiante algumas explicações de Schraiber e d’Oliveira (2003) a partir de tradução e adaptação de Ellsberg (1998) para este fato que precisa ser reconhecido pelos profissionais de saúde em seus atendimentos:





- Ela sente-se envergonhada ou humilhada.
  - Ela sente-se culpada pela violência.
  - Tem medo de ser culpada pela violência.
  - Teme pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus filhos e filhas.
  - Teve más experiências no passado quando contou sua situação.
  - Sente que não tem controle sobre o que acontece na sua vida.
  - Espera que o agressor mude como ele prometeu.
  - Crê que suas lesões e problemas não são importantes.
  - Quer proteger seu companheiro por razões de dependência econômica ou afetiva.
  - Tem medo de perder seus filhos e filhas.
  - O agressor a acompanha ao serviço e não a deixa só com os profissionais.
- (SCHRAIBER, d' OLIVEIRA 2003).

Entre os homens gays e seus parceiros íntimos também está presente a vergonha de um dos polos do casal relatar que sofre violência. Dizem os ditados populares que homem tem que ser duro e que homem que é homem não chora. Se um homem foge destas características, sua masculinidade logo é posta em questão.

Compreender os obstáculos que se colocam para a superação da violência amplia as possibilidades de cuidado. As pessoas em situação de violência precisam reconhecer, na equipe de saúde, uma porta aberta para o acolhimento e a atenção aos seus agravos.

Na violência sofrida, as mulheres trazem alguns sinais e sintomas de natureza física e mental recorrentes, que acabam muitas vezes não identificados nos serviços de saúde como alerta para investigação de violências.

D' Oliveira et al (2009) apontam alguns destes sintomas e sinais que podem ser observados pelos profissionais de saúde, no intuito de identificar possíveis situações de violências não declaradas em um primeiro momento.

#### **INDICADORES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER**

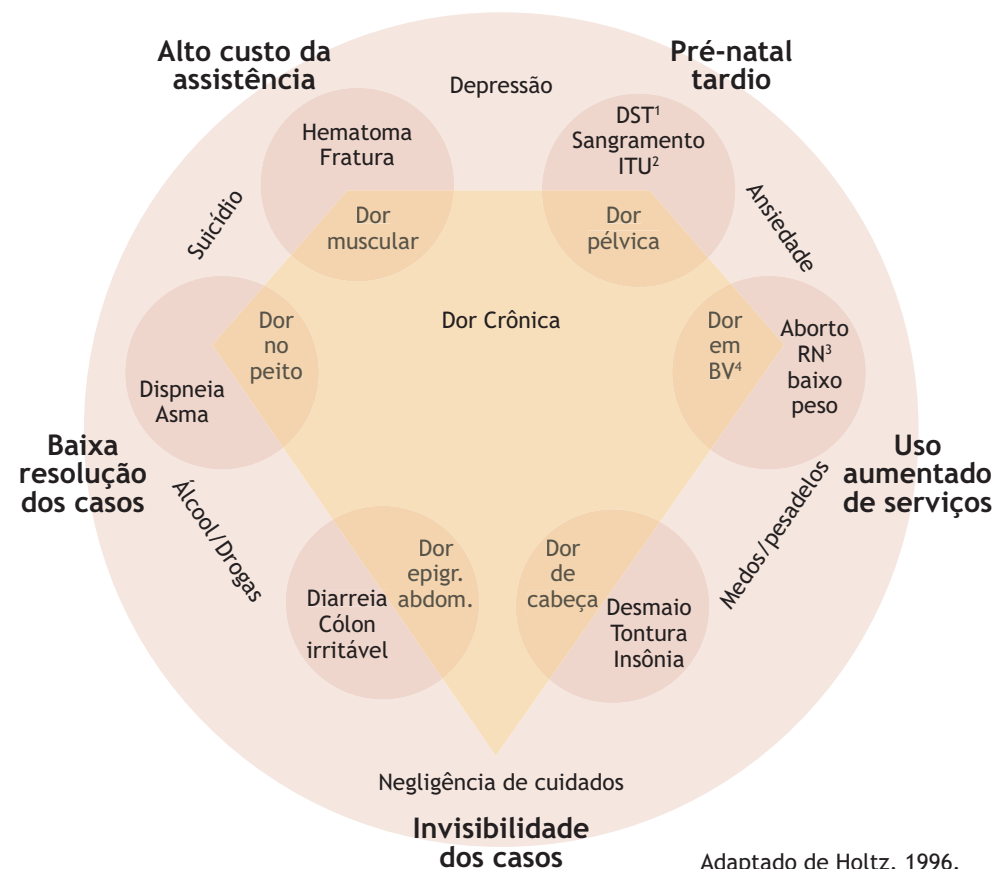
- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos.
- Entrada tardia no pré-natal.
- Companheiro muito controlador; reage quando separado da mulher.
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária).
- Dor pélvica crônica.



- Síndrome do intestino irritável.
- Transtornos na sexualidade.
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição.
- Depressão.
- Ansiedade.
- Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa.
- Dor que não tem nome ou lugar.
- História de tentativa de suicídio.
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada.
- Fibromialgia.

Fonte: Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) - Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

Ressalta-se que estas situações de violência repercutem na saúde da mulher e no sistema de saúde, levando ao aumento da procura dos serviços e à baixa resolutividade, por estarem mascarados por outros quadros físicos e psicológicos. Observe na figura a seguir adaptada de Holtz (1996) por Schraiber e d'Oliveira (2003) a associação dos sintomas de violência contra a mulher e a repercussão disso nos serviços de saúde.



Adaptado de Holtz, 1996.

1. Doenças sexualmente transmissíveis.
2. Infecção do trato urinário.
3. Recém-nascido.
4. Baixo ventre.

Fonte: SCHRAIBER, Lilia Blima. D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas Questões para o Campo da Saúde, 2003.



A queixa mais apresentada pelas mulheres que sofrem violência é a dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa (BRASIL, 2001).

É a dor que não tem nome ou lugar!

Krug et al (2002) investigaram as consequências da violência na saúde e concluíram que os efeitos da violência podem persistir muito tempo após esta ter cessado, sendo que quanto mais severa a violência, maior o impacto sobre a saúde física e mental da mulher. Também afirmam que o impacto de diferentes tipos de violência e de vários episódios parecem ter efeito cumulativo. Roberts et al (2006) concordam afirmando que a violência entre parceiros íntimos será mais bem compreendida se a visualizarmos como uma síndrome crônica, tamanho é o impacto sobre a saúde de quem as sofre.

O quadro a seguir mostra as consequências negativas à saúde da mulher associadas à exposição dessas situações de violência.

### Consequências da violência sobre a saúde da mulher

#### FÍSICAS

Lesões abdominais e torácicas; Contusões e edemas; Síndrome de dor crônica; Invalidez; Fibromialgia; Fraturas; Distúrbios gastrointestinais; Síndrome do cólon irritável; Lacerações e abrasões; Lesões oculares; Limitações físicas.

#### PSICOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS

Alcoolismo; Consumo de drogas; Depressão e ansiedade; Distúrbios alimentares e do sono; Sentimentos de vergonha e de culpa; Fobias; Perturbação de pânico; Inatividade física; Baixa autoestima; Perturbação de stress pós-traumático; Perturbações psicossomáticas; Tabagismo; Comportamento suicida e de autoagressão; Comportamento sexual de risco.

#### SEXUAIS E REPRODUTIVAS

Perturbações de foro ginecológico; Esterilidade; Doença inflamatória pélvica; Complicações na gravidez, aborto espontâneo; Disfunção sexual; Doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/SIDA; Aborto realizado em condições de risco; Gravidez indesejada.

#### CONSEQUÊNCIAS MORTAIS

Mortalidade relacionada com a SIDA; Mortalidade materna; Homicídios; Suicídio.

Fonte: Adaptado de Krug et al, 2002, p. 101



Como foi possível observar, as informações apresentadas até o momento trouxeram as mulheres como foco. Isto se dá por um motivo lógico: como as mulheres historicamente são as maiores vítimas desse tipo de violência, a quase totalidade das pesquisas e esforços voltados ao enfrentamento e prevenção desse fenômeno têm se debruçado sobre a população feminina. No entanto, de forma alguma isso significa que os homens devam ser negligenciados.

É fundamental o entendimento da relação que se estabelece entre o fato das mulheres serem as maiores vítimas de violência por parceiro íntimo e a construção social da identidade de gênero do homem.

Kaufman (1999) procura mostrar em “Os sete ‘Ps’ da violência dos homens” como é construída a violência de homens contra mulheres e contra outros homens. Os sete Ps são:

- **Poder patriarcal:** sociedades dominadas por homens são estruturadas na hierarquia e violência de homens sobre mulheres e também sobre outros homens e na ‘autoviolaência’, constituindo um ambiente que tem como principal função a manutenção do poder da população masculina.
- **Privilégios:** as violências cometidas pelos ho-

mens não acontecem apenas devido às desigualdades de poder, mas também, a uma crença de merecimento de privilégios que devem ser concedidos pelas mulheres.

- **Permissão:** a violência contra a mulher é abertamente permitida e até estimulada pelos costumes sociais, códigos penais e por algumas religiões. Do mesmo modo, a violência de homens contra outros homens é não apenas permitida, como também celebrada e banalizada em filmes, esportes e na literatura.
- **Paradoxo do poder masculino:** para desenvolver seus poderes individuais e sociais, os homens constroem armaduras que os isolam do contato afetivo com o próximo e da arena do cuidado e da saúde, seja para outros ou para ele mesmo.
- **Armadura psicológica da masculinidade:** constituída a partir da negação e rejeição de qualquer aspecto que possa parecer feminino.
- **Pressão psíquica:** os homens são educados desde a infância a não experienciar ou expressar emoções e sentimentos como medo, dor e carinho. A raiva, por outro lado, é uma das poucas emoções permitidas e, assim, outras emoções são canalizadas por esse canal.



- **Experiências passadas:** o fato de muitos homens crescerem observando atos de violência realizados por outros homens - muitas vezes seus pais - pode caracterizar tais situações como a norma a ser seguida.



Nas palavras de Bronz (2005, p. 13) “[...] é impossível compreender toda a complexidade da problemática da violência contra a mulher se pensarmos nos homens somente como indivíduos abusivos em seu poder e violentos.”

Nos casos de violências sofridas pelos homens, a identificação pelos profissionais de saúde é mais difícil do que nos casos das sofridas pelas mulheres, por existir a dificuldade adicional de estes não serem considerados como potenciais sofredores de agressão, em função das concepções de gênero presentes na sociedade, que conferem uma situação de subordinação e dominação das mulheres pelos homens.

O código de virilidade imposto pela cultura faz do homem o principal agressor em nossa sociedade em mais de 80% dos casos, seja na violência contra a mulher (93,4%), seja na violência contra outros homens (85,9%), (SCHRAIBER, 2012).



Os processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em situações de violência. A agressividade está associada ao sexo masculino e, em grande parte, ao uso abusivo de álcool, drogas ilícitas, e ao acesso a armas de fogo. No Brasil o Instituto Promundo, uma organização não governamental, que tem objetivo de promover a equidade de gêneros e o fim da violência através de discussões concomitantes sobre masculinidades e feminilidades, construiu um mapeamento das políticas públicas que visam promover a equidade de gênero, analisando de que modo essas políticas incluem os homens e as discussões sobre masculinidades. Você pode conhecer este material acessando o link a seguir:



Conheça o material do Promundo, intitulado “Homens, masculinidades e Políticas Públicas”. Acesse: <http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/03/HomensMasculinidades1.pdf>

Na perspectiva de gênero, os homens, para manterem o papel de dominação, submetem-se a exigências como meio de sustentarem o seu papel de masculinidade definido hoje pela sociedade. Em algumas situações, os homens têm na violência a afirmação e demonstração do seu poder. No entanto, sabe-se que pessoas violentas carecem de autoestima e segurança (BRASIL, 2009).



Acesse a pesquisa “Percepção dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher” do instituto AVON/ Data Popular e entenda como os homens, em geral, entendem o conceito de violência doméstica. Disponível em: <http://www.institutoavon.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Pesquisa-Avon-Instituto-Ipsos-2013.pdf>

Para a equipe de saúde é importante saber que trabalhar a violência do ponto de vista da masculinidade implica a discussão e produção de conhecimento a respeito dos papéis sociais do homem na família e na sociedade, revisando os conceitos culturais estabelecidos, buscando sensibilizar para modelos mais flexíveis de masculinidade, construindo relações afetivas e familiares mais saudáveis (BRASIL, 2009).

#### SAIBA MAIS

Conheça a proposta de atendimento voltada aos conflitos familiares difíceis denominada CONFAD, uma “técnica de conversa, cuja base é a detecção, escuta e orientação qualificadas para o trabalho com violência contra as mulheres na atenção primária à saúde. Acesse o artigo: Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - uma alternativa para a atenção primária em saúde, elaborado por Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira; Lilian Blima Schraiber; Heloisa Hanada; Julia Durand em 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&nrm=iso)





Esta unidade iniciou apresentando as crenças que dificultam a abordagem da temática da violência junto aos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, com o objetivo de chamar a atenção para a prática diária e as oportunidades de atuar nesta temática. Em seguida, expusemos as dificuldades que as mulheres têm de relatar os atos de violência sofridos, os sinais e sintomas de possíveis atos violentos e as consequências para a sua saúde.

Ressaltamos que trabalhar a violência do ponto de vista da masculinidade implica a discussão e produção de conhecimento a respeito dos papéis sociais do homem na família e na sociedade, revisando os conceitos culturais estabelecidos.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRONZ, A. Redundância, reflexão e violência. Monografia (Especialização) - Instituto de Terapia da Família, Rio de Janeiro, 2005.





ELLSBERG M. (coord) Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia domestica? Nicaragua, Red de Mujeres contra la Violencia/ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica de la Facultad de Medicina UNAN-Leon, 1998.

KRUG, E. G. et al, eds (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006.

ROBERTS, G. et al, eds (2006). Intimate Partner Abuse and Health Professionals: New Approaches to Domestic Violence. Churchill Livingstone, Elsevier: Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto (2006).

SCHRAIBER, Lilia Blima. D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas Questões para o Campo da Saúde. Coletivo Feminista

Sexualidade e Saúde. Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina USP. São Paulo, 2003. Website: [www.mulheres.org.br](http://www.mulheres.org.br)

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 02 fev. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência nas relações afetivas: a violência contra a mulher. Disponível em: [http://www.segurancaecidadania.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26:violencia-nas-relacoes-afetivas-a-violencia-contra-a-mulher&catid=43:artigo-lilia-schraiber-violencia-contra-a-mulher&Itemid=40](http://www.segurancaecidadania.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26:violencia-nas-relacoes-afetivas-a-violencia-contra-a-mulher&catid=43:artigo-lilia-schraiber-violencia-contra-a-mulher&Itemid=40). Acesso em: 19.08.2012.

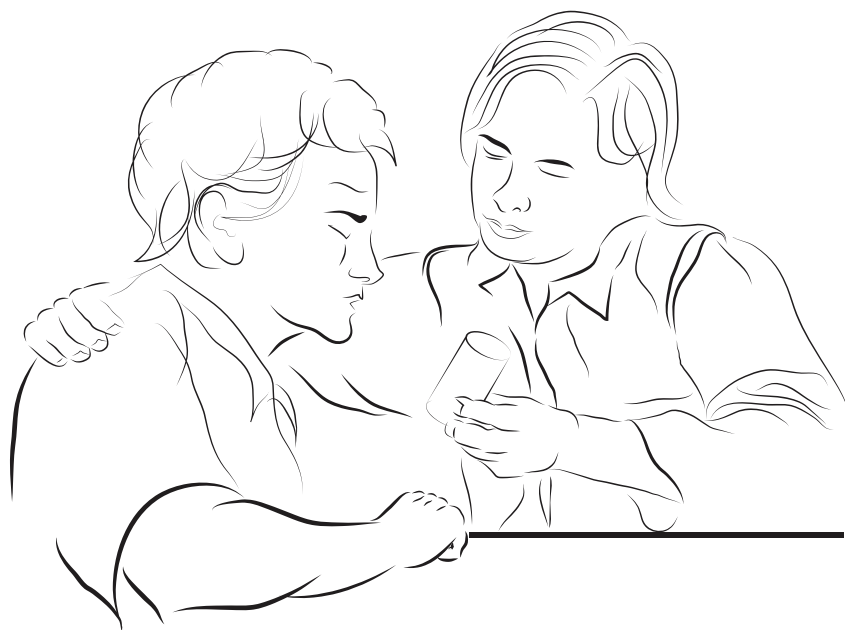


Ao final desta unidade você conhecerá as atitudes necessárias por parte da equipe de Atenção Básica, as condições dos serviços e os passos indispensáveis para dar visibilidade e para o cuidado de homens e mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo.

### **3.1 ATITUDES POSITIVAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E CONDIÇÕES IMPORTANTES NOS SERVIÇOS**

A prevenção da violência pode ser uma das estratégias de vida mais saudável. Estas estratégias podem ser organizadas em três níveis: a prevenção primária - tem o objetivo de evitar que a violência aconteça, com ações de orientação sobre uma vida sem violência em campanhas educativas sobre direitos; na prevenção secundária —, estão as ações relacionadas à atenção quando a violência já aconteceu e estão pautadas no diagnóstico da violência, no tratamento dos agravos decorrentes, na prevenção de sequelas e nos encaminhamentos necessários; a prevenção terciária — corresponde às ações para evitar o agravamento de sequelas e traumas decorrentes da violência.

O profissional de saúde deve estar preparado para atender pessoas em situação de violência. Para





tanto, algumas atitudes devem ser discutidas na equipe e fomentadas por todos os envolvidos nesses atendimentos:

- Respeitar o direito à individualidade e à singularidade de cada pessoa em situação de violência e de sua família.
  - Realizar o atendimento específico da saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa.
  - Estimular a pessoa em situação de violência e sua família a adotarem estratégias de proteção para enfrentarem as dificuldades geradas a partir da publicização da situação de violência.
  - - Oferecer orientações e suporte para a pessoa em situação de violência compreender o processo vivenciado.
  - Demonstrar segurança durante o processo de atendimento.
  - Evitar curiosidade, sem perguntar diretamente detalhes da situação de violência vivida nem pressionar para obter informações.
  - Permitir que a pessoa se expresse com suas próprias palavras, no seu ritmo, evitando interrupções.
- Utilizar linguagem clara, que permita o entendimento e a confirmação de tal entendimento.
  - Explicar os procedimentos da equipe.
  - Analisar em equipe os procedimentos possíveis para a situação de violência. As medidas de proteção devem ser tomadas com base em evidências, após serem prestados o acolhimento e o atendimento.
  - Refletir durante o processo de atendimento a respeito de qual será o melhor momento de encaminhar o caso para os demais serviços da rede de atenção, informando ao usuário e (ou) à família dele sobre o que será realizado (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde e os seus profissionais precisam estar preparados para que as situações de violência possam ser identificadas e trabalhadas. No entanto, a falta dessas condições reflete na necessidade de adequações e não na motivação para que não se atue nessa área.





Listamos a seguir algumas condições importantes para que os serviços de saúde trabalhem com as situações de violência:

1. Que exista uma cultura de respeito aos usuários, propiciando aos profissionais tempo e condições para realizarem uma escuta com qualidade e estabelecer um diálogo.
2. O serviço precisa mostrar que está aberto e preocupado com a atenção às pessoas em situação de violência, preparando a sua recepção para que possa ajudar, colocando cartazes, *banners*, divulgando pelos meios de comunicação e por meio das visitas dos agentes comunitários de saúde.
3. Criar espaços de grupos e atenção a dimensões psicossociais para que o tema da violência possa emergir e, assim, ser trabalhado.
4. A instituição e as gerências desta precisam estar comprometidas com a implantação de trabalhos relacionados ao tema de violência.
5. Os profissionais precisam estar preparados, conhecendo a relação da violência com a saúde e sabendo detectar problemas nessa área, dispondo de alternativas para as pessoas em situação de violência.
6. As pessoas em situação de violência precisam

ser acolhidas e respeitadas na instituição.

7. As pessoas em situação de violência precisam saber que os profissionais podem oferecer recursos e que não desvalorizarão seu relato ou farão julgamentos sobre sua situação ou suas escolhas.
8. A privacidade e a confidencialidade precisam ser mantidas e garantidas.
9. Que exista uma rede intersetorial de atenção às pessoas em situação de violência e esta seja de conhecimento dos profissionais e da comunidade (SCHRAIBER e d'OLIVEIRA, 2003).

Trabalhar com a violência preconiza a articulação e a contribuição de campos profissionais em uma abordagem intersetorial, lembrando que o contrário da violência não é a não violência, mas a cidadania e a valorização da vida.



As condições elencadas anteriormente são importantes para que os profissionais e a equipe estejam preparados para a atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. O serviço precisa mostrar que está aber-



to e preparado para o acolhimento de homens e mulheres que vivenciam esta situação, isto pode ser feito através de banners ou cartazes colocados na Unidade Básica de Saúde. Esta divulgação também pode ser realizada pelos meios de comunicação disponíveis na região e durante as visitas dos agentes comunitários de saúde. Estes últimos são potenciais mobilizadores da comunidade para a promoção de ambientes de paz e prevenção de violências, como também são importantes no diagnóstico das situações de violência entre parceiros íntimos, através das visitas domiciliares. Outro aspecto importante na atenção a pessoas em situação de violência é o apoio interinstitucional, a partir de uma rede intersetorial de atenção às pessoas em situação de violência que exista e seja de conhecimento dos profissionais e da comunidade (SCHRAIBER e d'OLIVEIRA, 2003).

### **3.2 A IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

É importante que o profissional de saúde busque investigar, nos seus atendimentos, as situações de violência a que podem estar sujeitos homens e mulheres em suas relações entre parceiros ín-

timos. Para realizar esta busca existem algumas sugestões como as citadas por Schraiber e d'Oliveira (2003) a seguir:

#### **a) Acolhendo o relato espontâneo com escuta qualificada**

As falas sobre a violência podem emergir nos atendimentos realizados de maneira espontânea, ou identificando nesses atendimentos sinais — como hematomas — que dão a ideia de violência. Também existem algumas falas que podem significar um pedido de ajuda e devem chamar a atenção, como por exemplo:

- “ataques a entes queridos, objetos pessoais ou a animais de estimação;
- restrição de liberdades individuais (impedimento de trabalhar fora, estudar ou sair de casa, mesmo para visitas a familiares);
- práticas que resultam em restrições de liberdades, como não disponibilizar dinheiro; ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas;
- humilhação (maus-tratos, desqualificações públicas ou privadas), xingamentos e ofensas por conhecidos e (ou) familiares;
- discussões e brigas verbais frequentes;



- ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão física;
- relações sexuais forçadas;
- submissão a práticas sexuais indesejadas;
- agressão física de qualquer espécie” (SCHRAIBER e d’OLIVEIRA, 2003).

#### **b) Perguntando sobre violência**

Alguns profissionais de saúde podem encontrar dificuldade para abordar o tema da violência quando este não aparece espontaneamente durante a consulta. Uma das maiores barreiras para uma abordagem adequada a este tema remete à formação dos profissionais de saúde, que raramente contempla em seus currículos o tema das violências. Como apontado por pesquisa de Rosa e al (2010), a percepção de alunos do último ano de cursos da área da saúde sobre as violências tende a ter caráter eminentemente tecnicista, priorizando os danos sofridos pelas agressões. Com isso, as violências psicológicas ou aquelas que não causam lesões têm grande probabilidade de não serem identificadas e abordadas pelos profissionais.

Além disso, como toda a população, profissionais

de saúde de ambos os sexos também estão expostos a situações de violência por parceiro íntimo, o que pode dificultar ainda mais a abordagem nestes casos.

Ao nos basear em informações dadas por d’Oliveira et al (2009), elencamos a seguir exemplos de perguntas indiretas e diretas que podem ser feitas pelos profissionais para introduzir esta questão em seus atendimentos.

Exemplos de perguntas indiretas:

- Algumas mulheres que apresentam problemas ou queixas de saúde como os que você relata, vivenciam dificuldades em casa ou na família. Isso tem acontecido com você?
- Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro(a) e a sua família?
- Você está passando por algum problema familiar?
- Você acha que algum problema em casa pode estar afetando sua saúde?
- Você e seu marido/namorado (ou esposa/namorada) discutem e brigam muito?
- Quando vocês discutem, ele(a) fica agressivo(a)?
- Você se sente humilhada(o), oprimida (o) ou desprezada(o) frequentemente?



Exemplos de perguntas diretas:

- Como você deve saber, a violência dentro dos relacionamentos, seja por palavras ou por agressão física, é algo extremamente comum. Nós hoje sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você?
- Já vi problemas como o seu em pessoas que sofrem algum tipo de violência, seja por palavras ou por agressão física. Isto acontece ou já aconteceu com você?
- Você sofre ou já sofreu algum tipo de violência psicológica, como ameaças ou humilhações ou foi agredida fisicamente por alguém de sua família?
- Você já foi forçada a ter relações sexuais quando você não queria, ou de um jeito que você não queria?



Seja fazendo uma pergunta direta ou indireta, é importante que o profissional a faça de modo calmo e tranquilo, como faria em qualquer outro atendimento e que esteja, sobretudo, disponível para escutar e lidar com as respostas das pessoas.

O profissional de saúde precisa estar preparado para questionar e para ouvir as respostas sem julgamento ou estigmatização, procurando abrir um canal de comunicação e construir um vínculo de confiança com a pessoa em situação de violência.

### c) Screening de rotina

Trata-se de outra forma de investigar as situações de violência durante os atendimentos. Composto por perguntas de rotina direcionadas diretamente ao tema da violência, o “screening de rotina” é um método que pode ter grande sucesso na detecção dessas situações, no entanto, para alguns, de uso difícil. Para que seja utilizado e tenha os efeitos esperados, é importante que o profissional reconheça a importância e esteja motivado para atuar na identificação e atenção às violências.

Na maioria das situações de violência por parceiros íntimos, o autor da agressão é do sexo masculino. Na prática, este nem sempre se autoavalia como violento, adotando discursos de negação e justificção associados à minimização da agressão e à culpabilização do outro pelo que aconteceu. (KRUG et al, 2002).

Neste aspecto, perguntas podem ser úteis nos serviços de saúde como screening para violência



para descobrir potenciais agressores:

- Quando se sente irritado, agride verbalmente ou fisicamente a(o) sua (seu) parceira (o)?
- Alguma vez você chegou a machucar a (o) sua (o) parceira (o) durante uma briga?
- Você tem medo de perder o controle e chegar a machuca-la um dia?
- Alguma vez forçou a sua companheira a ter relações sexuais quando ela não queria?

É importante ressaltar que quando o profissional de saúde suspeita ou identifica uma situação de violência por parceiros íntimos, deve fazer uma escuta individualizada das pessoas. Isto porque, considerando a suspeita ou confirmação da violência, a exposição de situação pela mulher ou homem será prejudicada caso o autor(a) da violência esteja presente (BRASIL, 2001).



Escutar é tão importante quanto perguntar diretamente. Uma atitude de respeito, interesse e não julgamento, além da manutenção explícita do sigilo, são fundamentais. É necessário também respeitar o tempo do usuário (e o nosso, profissionais com pouco tempo) para revelar o problema e oferecer as orientações cabíveis (BRASIL, 2001).

### **3.3 O CUIDADO COM HOMENS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Inicialmente, é importante ressaltar os aspectos éticos na atenção a pessoas em situação de violência, em que os profissionais devem preservar o sigilo e garantir a segurança das informações, desenvolvendo atitudes compreensivas, evitando o julgamento e a crítica. Outro aspecto a ser salientado é a necessidade de respeitar a decisão da pessoa no entendimento de que cada um tem o seu tempo e de que a decisão deverá ser dela. Toda a equipe precisa estar sensível e capacitada para acolher e dar suporte às pessoas em situação de violência, evitando a interrupção dos atendimentos, estabelecendo um processo de cuidado com vínculo, solidariedade e respeito.

De modo geral, o profissional que realiza o acolhimento e a escuta da pessoa em situação de violência, primeiramente avalia a história relatada e o grau de risco ao qual ela está exposta. Além disso, observa o nível de motivação da pessoa para buscar ajuda, as suas limitações e possibilidades pessoais e recursos sociais e familiares para lidar com a situação (CURITIBA, 2008).





O ambiente para essa escuta deve garantir a privacidade, e a relação precisa ser norteada por princípios éticos de confiança e respeito. As informações devem ser dadas com segurança, orientando sobre todas as possibilidades que a situação permite, respeitando a opinião e a possível recusa em relação a alguma possibilidade. A atenção à pessoa em situação de violência pressupõe atendimento interdisciplinar. Aspectos físicos, psicológicos e sociais precisam ser abordados. Estas ações envolvem áreas de atuação como a enfermagem, a medicina, a psicologia, o serviço social. Dentro da realidade de cada equipe de atenção básica, profissionais destas áreas deverão ser envolvidos no cuidado da pessoa vítima de violência.

Os registros, no prontuário, contendo tipos de lesões, autor(a) da agressão, quando, onde e como aconteceu, bem como outros dados significativos, são aspectos do atendimento que não podem ser esquecidos. Estes registros deverão ser feitos por meio de ficha de notificação de violência e, se possível, um registro fotográfico das lesões físicas deve ser feito.

---

A notificação não é uma denúncia policial, mas uma informação de casos de violência suspeita ou confirmada que acontecem no território. Atenção! Qualquer caso de violência intrafamiliar ou por parceiro íntimo deve ser notificado, sendo a pessoa que está em situação de violência homem ou mulher.

---



As referências para os serviços hospitalares também são de sua responsabilidade. Em casos de vítimas que sofreram violência sexual nas últimas 72 horas, os profissionais de saúde devem encaminhá-las conforme a Norma Técnica do Ministério da Saúde: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

É importante lembrar da anticoncepção de emergência, que está hoje normatizada pelo Ministério da Saúde para uso também nas Unidades Básicas de Saúde, como uma forma de evitar a gravidez indesejada e o abortamento inseguro, do qual muitas mulheres tem sido ainda vítimas no Brasil (BRASIL, 2011b).



### **ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: O QUE FAZER**

Oferecer atendimento humanizado escuta qualificada.

Disponibilizar tempo para uma conversa tranquila.

Manter sigilo das informações.

Proporcionar privacidade.

Notificar o caso atendido.

Evitar revitimização.

Não emitir juízo de valor.

Afastar culpas.

Ter conduta profissional frente à vítima de violência.

Reconhecer e não menosprezar o sofrimento.

Fonte: Distrito Federal, 2008



O profissional precisa atuar escutando e buscando entender o problema, a origem do sofrimento, para evitar a medicalização desnecessária. Deve-se também mapear junto à pessoa em situação de violência a rede de suporte social que pode ser acionada, como trabalho, amigos, família e recursos materiais, apontando possibilidades e pontos positivos.

É importante que o profissional converse com a pessoa em situação de violência sobre os planos que ela tem para a vida, buscando encontrar alternativas para a situação. É fundamental identificar a rede de proteção desta pessoa e apresentá-la a outras redes de apoio, assim como estimular a constituição de grupos de autoajuda, onde elas possam recuperar, por meio de sua própria história, sua autoestima e confiança, sendo capazes de reconhecer seus próprios recursos para superar o problema. Isso significa introduzir uma cultura de autocuidado (BRASIL, 2001). Significa, também, tirar esta pessoa do lugar de vítima e empoderá-la para realocar-se num lugar de sujeito de sua própria vida, de construtora de seu destino.

### **3.4 ELABORAÇÃO DE PLANO DE SEGURANÇA**

Em casos de violência com risco de morte é fundamental que sejam adotadas medidas de segurança. A denúncia deve ser sempre realizada como forma de proteção importante (SCHRAIBER et al, 2005). Outro ponto importante é identificar pessoas que possam dar apoio nos casos de situação de violência. Especialmente quando existe



um convívio diário ou moradia conjunta, o profissional deve elaborar com a pessoa em situação de violência um plano de segurança para ela e seus filhos (se os tiver). Observe como informar e construir um plano de cuidado e segurança junto com a pessoa em situação de violência.

### **CONSTRUINDO UM PLANO DE SEGURANÇA**

- Identifique um ou mais vizinhos para os quais você pode contar sobre a violência. Peça para eles ajudarem se ouvirem brigas em sua casa (chamando a polícia, tocando a campainha, gritando ou batendo panelas para chamar a atenção etc).
- Se a briga for inevitável, tente se posicionar em um lugar onde possa fugir (perto de portas e janelas).
- Caso tenha um celular, procure gravar na discagem rápida números de emergência, como 190 - da polícia, ou o telefone de um amigo ou familiar de confiança.
- Planeje como fugir de casa em segurança, converse com alguém da sua rede de apoio e se informe se poderá ficar hospedada com eles, caso necessário.

- Para o caso de ter de fugir rapidamente, deixe em um lugar seguro uma bolsa com cópias de seus documentos e dos documentos de seus filhos (caso os tenha), dinheiro, umas mudas de roupa e cópias da chave de casa.
- Faça um acordo com algum (a) vizinha(o) ou com quem possa confiar, e combine um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar um pano de prato para fora da janela, chame ajuda.” ou “Quando eu falar uma palavra específica no celular, busque ajuda imediata.”

Fonte: SCHRAIBER, Lilia Blima. D´OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas Questões, 2003.

O empoderamento da pessoa em situação de violência, assumindo a condução de sua existência, é fator primordial para que a realidade de uma existência submetida à violência seja modificada.





A equipe de saúde pode contribuir para isso, fomentando ações intersetoriais de geração de renda, oportunidades de formação escolar e profissional e espaços coletivos de discussão da condição da mulher e do homem na sociedade. Desta forma, estará contribuindo para que as pessoas da comunidade possam ter autonomia e oportunidade de mudança de vida.

As estatísticas mostram que, na maioria dos casos de violência, o homem é o autor da agressão. No entanto, o homem, tanto na condição de autor da agressão como na condição de agredido, demanda assistência do setor de saúde, tendo em vista que sua vivência nos dois casos pode ser carregada de sofrimento. É importante que a equipe de saúde conheça os fatores associados aos comportamentos violentos para evitar condutas culpabilizadoras e vitimistas. Apesar da indignação diante do suposto autor da violência, é preciso acolher e trabalhar com ele para que o quadro de violência se modifique.

---

É fundamental lembrar que, nos casos de violência por parceiros íntimos, homens e mulheres têm uma parcela de envolvimento por diferentes formas de atuação ou omissão, sendo que ambos precisam ser assistidos pela equipe de saúde na intenção de potencializar uma mudança de comportamento.

---



As ações punitivas são importantes medidas de segurança, ainda mais em um país que durante muitos anos negligenciou o tema da violência contra a mulher. A Lei Maria da Penha, de grande aceitação popular, comprova a necessidade de ações de proteção das mulheres e de maior rigor de punição. No entanto, como a própria Lei aponta, ações de reabilitação e reeducação devem ser dirigidas aos homens autores de violência em conjunto com medidas restritivas.

A seguir, estão listados alguns objetivos a serem buscados no contato e atenção a homens autores de violência:

- Ajudá-los a identificar as situações que desencadeiam os comportamentos violentos e a desenvolver formas positivas e não-violentas para expressar a sua raiva.



- Identificar relações de violência anteriores na família e compreender como estas podem estar relacionadas ao comportamento atual.
- Avaliar o quanto estão motivados para receber ajuda para alterar o comportamento violento e buscar encaminhamentos disponíveis na região (psicólogos, assistente social, CAPS/AD, grupos com homens autores de violência, etc (BRASIL,2001).



O mito de que a mulher é a única prejudicada pela cultura machista da nossa sociedade precisa ser revisito. Homens e mulheres sofrem impactos negativos dos estereótipos de gênero atrelados ao masculino e ao feminino.

Questões emocionais como sentimentos de desamparo, abandono, desamor e baixa autoestima, precisam ser consideradas para o grupo masculino, que utilizam a agressão, às vezes, como única forma de resolução de conflitos.

Buscando resolver essa questão, movimentos têm sido criados para envolver os homens no enfrentamento à violência contra a mulher, sendo a

Campanha do Laço Branco o de maior destaque. Presente em mais de 60 países ao redor do mundo e desenvolvido no Brasil desde 1999, esta campanha tem por objetivo sensibilizar, envolver e mobilizar os homens em ações pelo fim de todas as formas de violência contra a mulher. Acesse o link a seguir indicado para conhecer mais sobre esta iniciativa.

Conheça a Campanha do Laço Branco, que é coordenada pela Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG), constituída por um conjunto de organizações não-governamentais e núcleos acadêmicos. Disponível em: <http://lacobrancobrasil.blogspot.com.br/>



É importante o trabalho com homens na reflexão e discussão sobre esse assunto, de modo que novas formas de expressão do ser homem possam emergir (BRASIL, 2001).

Estes trabalhos podem ser desenvolvidos nas comunidades, nos espaços já existentes, incorporando as discussões relacionadas às questões de gênero e aos papéis de homens e mulheres nas relações entre parceiros íntimos e na sociedade.



Costa Lima e Büchele (2011) indicam que apesar dos serviços de atendimento a homens autores de violência representarem um desafio adicional para um campo de ação já complexo, eles podem contribuir para diminuir a violência e promover a equidade de gênero, quando realizados em consonância com as demais ações de prevenção já existentes.

#### SAIBA MAIS



Para mais informações sobre intervenções com homens autores de violência, veja artigo de Costa Lima e Büchele (2011), “Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres”. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200020)

Não deixe de visitar o site e conhecer as publicações da ONG Instituto NOOS, organização pioneira no Brasil no atendimento a homens autores de violência, tendo como base teórica a abordagem sistêmica. Disponível em: <http://www.noos.org.br>

### 3.5 REVELANDO O PROBLEMA

Notificar os casos de violência que chegam aos serviços de saúde, como casos suspeitos ou confirmados, tem grande importância, porque é por meio dessas situações que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico desse problema e embasando a formulação de políticas públicas voltadas a ações de atenção às pessoas em situação de violência e prevenção de novos casos (SALIBA et al, 2007). A Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 estabelece como obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher.

De acordo com essa lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas ou privadas estão obrigadas a notificar tais casos — ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, etc) e os estabelecimentos que prestarem atendimento às pessoas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais). A penalidade para quem descumprir a referida norma está evidente no artigo:



“Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis (SALIBA, 2007).”

No entanto, a existência da Lei não determina por si só a notificação desse agravo à saúde. É fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e a formação e o preparo para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, ao serviço de competência, essa realidade que se apresenta de maneira tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação (GONÇALVES, FERREIRA, 2002). O Ministério da Saúde implantou em 2006 o sistema de notificação como um instrumento importante de proteção, e não de denúncia e punição. A partir de 2006, o Ministério da Saúde estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a notificação da violência está inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), existindo para a violência doméstica e sexual e outras violências uma ficha específica de notificação. O SINAN permite

a emissão de relatórios com informações detalhadas dos casos de violência por local de residência da pessoa em situação de violência ou por local de notificação. A sistematização dos dados permite ainda caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das pessoas em situação de violência e dos prováveis autores da agressão (BRASIL, 2010).

---

É importante que o profissional de saúde notifique todos os casos suspeitos ou confirmados de violência, que os detectem em seus atendimentos, uma vez que essas informações possibilitam ao poder público definir e estabelecer prioridades nas políticas públicas de prevenção de violências e de promoção da cultura de paz (BRASIL, 2010).

---





Esta unidade apresentou as atitudes necessárias por parte dos profissionais de saúde para a atenção a pessoas em situação de violência, bem como as condições dos serviços e os passos necessários para dar visibilidade a essas situações no processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica. Por fim, foram elencadas as ações necessárias para realizar a atenção a homens e mulheres em situação de violência.





ACOSTA, Fernando; ANDRADE FILHO, Antônio; BRONZ, Alan. Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero: metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. Ministério da Saúde, 2011.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

COSTA LIMA et al. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. *Physis* vol.21 no.2 Rio de Janeiro 2011.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) - Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(1):315-9.

KRUG, E. G. et al, eds (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ispere; DOSSI, Ana Paula. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(3):472-7 .

SCHRAIBER, Lilia Blima; D´OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde as mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas Questões para o Campo da Saúde. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina USP. São Paulo, 2003. Website: [www.mulheres.org.br](http://www.mulheres.org.br).

SHRAIBER, et al Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e dos direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.



### **CAROLINE SCHWEITZER DE OLIVEIRA**

Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Especialista em Educação Sexual pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2005). Especialista em Desenvolvimento Gerencial de UBS do SUS (2008). Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Professor Osvaldo de Oliveira Maciel (2010). Mestranda em Saúde Coletiva pela UFSC, estudando a temática da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Foi coordenadora da Rede de Atenção à Violência Sexual de Florianópolis e Coordenadora Municipal da Saúde da Mulher. Atualmente atua na Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

### **CARMEM REGINA DELZIOVO**

Graduada em enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985). Mestre em Ciências da Saúde Humana pela Universidade do Contestado (2003). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Experiência de atuação no âmbito municipal e regional na Atenção Bási-



ca e na gestão de serviços de saúde. Atualmente atua na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, na coordenação das Áreas Programáticas Estratégicas, na Gerência de Coordenação de Atenção Básica e na Coordenação Estadual da Rede Cegonha. Tem experiência nas áreas da gestão em saúde, saúde da família/Atenção Básica e vigilância em saúde. Estuda a temática das redes de atenção e a violência sexual.

#### **CARMEN LUCIA LUIZ**

Possui graduação em Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1972), especialização em Psiquiatria Social pela Escola Nacional de Saúde Pública (1985) e especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (1989). Atuou na implantação da rede de atenção a vítimas de violência sexual em Florianópolis SC. Atualmente é consultora para a área de atenção a pessoas em situação de violências.