

SUMÁRIO

PROPÓSITOS DESSA PUBLICAÇÃO	3
INTRODUÇÃO	4
OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES	6
O COMPROMISSO DO ESTADO	9
MAGNITUDE E CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	10
BARREIRAS PARA A DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	13
QUEM SÃO AS VÍTIMAS E OS AGRESSORES NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA?	15
REPERCUSSÕES NA SAÚDE ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	16
CONVERSANDO COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	18
ACOLHENDO OS CASOS: PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA CONFLITOS FAMILIARES DIFÍCEIS (CONFAD)	24
ALGUMAS PALAVRAS FINAIS	31
BIBLIOGRAFIA	32
SITES ÚTEIS	34

Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões
para o Campo da Saúde
Website: www.mulheres.org.br
Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP

Texto dessa cartilha
Lilia Blima Schraiber
Ana Flávia P. L. d'Oliveira

Participantes do projeto
Ana Flávia P. L. d'Oliveira
Ana Fátima M. dos Santos Galati
Andréia Felicíssimo Ferreira
Carmen Simone G. Diniz
Heloisa Hanada
Lenira da Silveira Mazoni
Lilia Blima Schraiber
Liz Andréia Lima Mirim
Márcia Thereza Couto
Maria José O. Araújo
Maria Jucinete de Souza
Rosa de Lourdes A. dos Santos

Secretaria
Marta Carvalho
Ricardo Góes

Revisão
João E. Magalhães

Arte
Paulo Batista

1ª Edição: 2002
2ª Edição: 2003

Essa publicação foi feita com o apoio da Fundação Ford e do CREMESP

PROPÓSITOS DESSA PUBLICAÇÃO

1. Familiarizar o pessoal de saúde com:
 - Os direitos humanos das mulheres e a violência doméstica como transgressão dos Direitos.
 - A magnitude e as características da violência doméstica contra mulheres no mundo, no Brasil e em São Paulo.
 - O adoecimento associado à violência doméstica e suas repercussões para os serviços de saúde.
 - A importância do setor saúde como espaço apropriado de acolhimento de mulheres em situação de violência.
2. Oferecer alguns critérios básicos para a orientação e aconselhamento de mulheres em situações de violência:
 - Apresentar princípios éticos básicos do trabalho: sigilo, respeito e decisão assistencial compartilhada.
 - Descrever alguns exemplos de como ouvir e perguntar sobre violência doméstica.
 - Discutir alternativas assistenciais de acolhimento e resposta aos casos detectados, internas aos serviços de saúde de atenção primária.
 - Oferecer informações que facilitem a identificação do risco envolvido, a proposição de medidas de segurança e o registro de casos.
 - Oferecer sugestão de forma de registro e discutir a vigilância dos casos.
 - Informar sobre algumas características básicas da rede intersetorial de serviços com a qual os profissionais de saúde podem integrar-se para prestar uma assistência integral ao problema.
 - Discutir a importância da supervisão de dupla natureza: qualidade assistencial prestada e dificuldades psicoemocionais emergentes.
 - Discutir a importância da avaliação sistemática da assistência como forma de conhecer suas dificuldades e, via supervisão do trabalho, como educação permanente dos profissionais.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica é um tema que vem sendo a cada dia mais abordado como uma questão de saúde. Entretanto muitos profissionais desta área têm sérias dúvidas sobre a oportunidade de se trabalhar um problema desta natureza em uma rede de serviços de saúde, geralmente pública, para a qual são referidas a maioria das propostas, e bastante sobrecarregada.

Realmente, os profissionais têm muito pouco conhecimento acerca do que fazer nestes casos, já que a sua formação raramente inclui algum conhecimento técnico específico sobre o tema.

Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial, psicosocial, *mas é também da área de saúde*, pois há sofrimentos e adoecimentos que acometem as vítimas de violência, alterando sua saúde. Além disso, em razão do papel feminino, ainda hoje quase que exclusivo, na educação e cuidado das crianças e dos idosos no âmbito doméstico, a mulher ocupa posição também central para lidar com a saúde deles e mulheres vítimas de violência tendem a ser, como mostra a literatura, mais negligentes no cuidado de si e dos demais sob sua responsabilidade.

Há diversas propostas em andamento, no plano internacional e no Brasil, para estabelecer protocolos de atenção específica para violência contra a mulher e/ou intrafamiliar, já que esta forma de violência é uma situação muito freqüente e tem importantes repercussões para os direitos humanos e o processo de saúde adoecimento das pessoas. Existem várias ações simples que os profissionais podem tomar para apoiar os direitos humanos das pessoas e colocar-se contra a violência.

Esta cartilha tem como objetivo ajudar a preencher as lacunas de conhecimento que impedem os profissionais de praticarem uma melhor assistência para as vítimas de violência nos serviços de saúde.

A violência doméstica é uma triste realidade que atinge homens, mulheres e crianças, e que necessita uma abordagem global. Teremos como foco nesta cartilha as mulheres que sofrem violência doméstica. Esta é a forma mais freqüente de violência sofrida pelas mulheres, ao contrário dos homens, cuja principal forma é aquela cometida no espaço público por conhecidos ou estranhos. As mulheres são também as principais usuárias de serviços de saúde, especialmente aqueles de atenção primária.

Acerca da violência contra a criança, existem já diversas outras publicações que cumprem a função de informar os profissionais de saúde. Em relação aos homens, o conhecimento recentemente começa a ser acumulado e ações assistenciais na saúde ainda são poucas e iniciais.

Estaremos, portanto, tratando aqui apenas de uma parte do problema violência doméstica (a que diz respeito às mulheres) e uma parte da violência contra as mulheres (a doméstica).

Atender a essas mulheres que sofrem violência é zelar pelos Direitos Humanos e valorizar, no espaço da Saúde, a realização desses Direitos. Promover os Direitos Humanos é, neste caso, a melhor forma de garantir a saúde e os profissionais de saúde estão em uma posição privilegiada para esta tarefa.

OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

Diversas Conferências Internacionais, ao longo do Século XX, enunciaram e definiram um conjunto de direitos humanos mínimos para todos os habitantes do planeta.. A seguir um sumário das Convenções e Cartas ratificadas pelo Brasil:

	Ano de aprovação pela ONU	Ano de ratificação pelo Brasil
Carta das Nações Unidas	1945	1945
Convenção contra o Genocídio	1948	1948
Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos	1966	1992
Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	1966	1992
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	1965	1968
Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher	1979	1994
Convenção Contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	1984	1989
Convenção Sobre os Direitos da Criança	1989	1990
Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)	1994	1995

Fonte: Pimentel 1999

Estas convenções são importantes porque estabelecem marcos legais dentro dos quais pode avançar a proteção dos direitos humanos. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, realizada em Belém do Pará, tem importância especial porque tem força de lei interna na Constituição Federal vigente (Barsted, Hermann, 1999). A seguir, listamos a definição de violência desta Conferência, os direitos protegidos por ela e algumas das ações que os Estados signatários se propõem a cumprir:

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher

Violência contra a mulher está definida nesta Conferência como:

“ qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Entende-se que violência, contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

- a) que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outras, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
- b) que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho. ”

Os direitos protegidos

“Toda mulher tem direito ao reconhecimento, gozo, exercício e proteção de todos os direitos humanos e às liberdades consagradas pelos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Esses direitos compreendem, entre outros:

- a) o direito a que se respeite sua vida;
- b) o direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral;
- c) o direito à liberdade e segurança pessoais;
- d) o direito de não ser submetida a torturas;
- e) o direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e que se proteja sua família;
- f) o direito à igualdade de proteção perante a lei e da lei;
- g) o direito a um recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes, que a ampare contra atos que violem seus direitos;
- h) o direito à liberdade de associação;
- i) o direito à liberdade de professar a religião e as próprias crenças, de acordo com a lei;
- j) o direito de ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar dos assuntos públicos, incluindo a tomada de decisões.”

Artigo 5º – Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção destes direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados parte reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos.

Artigo 6º – O direito de toda a mulher a uma vida livre de violência inclui, entre outros:

- a) o direito da mulher de ser livre de toda a forma de discriminação, e
- b) o direito da mulher ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamentos e práticas sociais e culturais baseadas em conceitos de inferioridade ou subordinação.

O compromisso do Estado

Os Estados signatários se comprometem a proteger e garantir estes direitos e agir efetivamente contra a violência contra a mulher. Destacamos a seguir os itens relacionados à assistência:

- aplicar os serviços especializados apropriados para o atendimento necessário à mulher objeto de violência, por meio de entidades dos setores público e privado, inclusive abrigos, serviços de orientação para toda a família, quando for o caso, e cuidado e custódia dos menores afetados;
- oferecer à mulher, objeto de violência, acesso a programas eficazes de reabilitação e capacitação que lhe permitam participar plenamente da vida pública, privada e social;
- garantir a investigação e recompilação de estatísticas e demais informações pertinentes sobre as causas, conseqüências e freqüência da violência contra a mulher, com o objetivo de avaliar a eficácia das medidas para prevenir, punir e eliminar a violência contra a mulher e de formular e aplicar as mudanças que sejam necessárias.

No caso de não cumprimento deste dever, qualquer pessoa, grupo de pessoas ou organização da sociedade civil pode apresentar petição com denúncia ou queixa à Comissão Interparlamentar de Direitos Humanos. Portanto, é dever do Estado Brasileiro assistir as mulheres vítimas de violência e garantir o livre exercício de seus direitos humanos. E existem instrumentos legais para nos organizarmos para que isto se torne realidade, e não apenas palavras no papel. Agora depende também de nós, profissionais de saúde, cumprirmos nossa função.

A MAGNITUDE E AS CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES NO BRASIL E EM SÃO PAULO

O que é violência doméstica contra a mulher?

É a forma mais freqüente de violência sofrida pelas mulheres. São atos e comportamentos dirigidos contra a mulher que correspondem a agressões físicas ou sua ameaça, maus tratos psicológicos e abusos ou assédios sexuais, e desrespeito aos seus direitos na esfera da vida reprodutiva ou da cidadania social. Consistem em agressão verbal, física e psicológica cometidas por um membro da família ou pessoa que habite ou tenha habitado o mesmo domicílio. As mulheres podem estar envolvidas nas situações de violência doméstica como agredidas ou como agressora. Algumas são mesmo a um só tempo envolvidas em ambas as situações, quando, por exemplo, sofrem violência do marido e batem nas crianças. Trataremos aqui da abordagem das mulheres no sentido de apoiar sua emancipação e conseqüente superação das situações de violência.

A seguir, discriminamos os atos que podem ser considerados violência física, sexual e psicológica.

Violência física:

- *Tapas*
- *Empurrões*
- *Chutes*
- *Bofetadas*
- *Puxões de cabelo*
- *Beliscões*
- *Mordidas*
- *Queimaduras*
- *Tentativa de asfixia*
- *Ameaça com faca*
- *Tentativas de homicídios*

Violência psicológica:

- *Humilhações*
- *Ameaças de agressão*
- *Privação da liberdade*
- *Impedimento ao trabalho ou estudo*
- *Danos propositais a objetos queridos*
- *Danos a animais de estimação*
- *Danos ou ameaças a pessoas queridas*
- *Impedimento de contato com a família e amigos*

Violência sexual:

- *Expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa*
- *Toques e carícias não desejados*
- *Exibicionismo e voyerismo*
- *Prostituição forçada*
- *Participação forçada em pornografia*

Freqüência da violência doméstica contra a mulher

Uma parcela considerável da população feminina já sofreu agressão física ou sexual por um parceiro íntimo na vida, como se pode ver nos dados a seguir. O Brasil ocupa uma posição semelhante a de grandes cidades do mundo desenvolvido, o que não é motivo de orgulho, já que as taxas são ainda bastante altas.

Freqüência de violência física e sexual cometida por parceiros sexuais contra as mulheres

Ano	País - Cidade	Amostra	Idade	Violência Física na vida	Violência Sexual na vida
1991/92	Canadá -Toronto ¹	420	18-64 anos	27,0%	15,2%
1995	Nicarágua - León ²	360	15-49 anos	52,0%	21,7%
1993	Reino Unido - Norte de Londres ¹	430	16 anos	30,0%	23,0%
2000/01	Brasil - São Paulo ²	940	15-49 anos	25,8%	9,6%
2000/01	Brasil - Zona da Mata PE ²	1188	15-49 anos	32,0%	14,5%

1. entrevistas com todas as mulheres

2. entrevistas com mulheres que tiveram companheiros pelo menos uma vez na vida

Fonte: Heise et al, 1999, Schraiber et al, 2002a

Prevalência da violência doméstica nos serviços de saúde

Nos serviços de saúde os números são ainda maiores, já que mulheres em situação de violência tendem a usar os serviços com maior freqüência. Podemos imaginar, portanto, que uma parte considerável de nossas pacientes (de um quarto a metade) podem sofrer ou ter sofrido violência física ou sexual pelo parceiro na vida.

Visibilidade/invisibilidade da violência doméstica

Apesar da alta magnitude, é raro a violência tornar-se visível. Quando mulheres que estão sofrendo violência procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam espontaneamente esta situação. Mesmo quando perguntamos, corremos o risco de não ser revelado este sofrimento. Isso ocorre porque é bastante difícil a mulher falar sobre a violência, bem como não tem sido experiência das mulheres o crédito e o acolhimento diante dessa revelação. Também devemos lembrar que a palavra violência pode não corresponder à experiência vivida por algumas mulheres, que não reconhecem os atos agressivos cometidos pelo marido como violência, mas sim como “ignorância”, “estupidez” e outros termos parecidos. Assim sendo, seja por dificuldades das mulheres, seja porque não podem ainda confiar nos serviços de saúde, as mulheres geralmente não contam que vivem em situação de violência.

BARREIRAS PARA A DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

(traduzido e adaptado de Ellsberg, 1998)

Por que a mulher não conta o que está acontecendo?

Existem diversas explicações pelas quais uma mulher não conta os episódios de violência. Eis alguns exemplos:

- 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.

Por que o pessoal de saúde não pergunta?

Muitas vezes o problema é que o pessoal de saúde tem pouco conhecimento sobre a violência doméstica, ou dá pouca importância ao tema. Muitas crenças e mitos ainda persistem e dificultam falar de violência com as usuárias, como acreditar que:

- As mulheres merecem ou pedem o abuso, e que gostam de ser agredidas, senão não ficariam com 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 e por isto tem medo de perguntar.
- A violência é um problema pessoal e privado, e os profissionais não tem o direito de intrometer-se neste tipo de assunto.

- As mulheres podem sentir-se ofendidas se perguntarem diretamente sobre violência.
- A violência doméstica não acontece entre mulheres profissionais ou famílias com maior poder aquisitivo.
- A pressão para atender muitas pessoas por turno não lhes permite mencionar a violência.
- Os próprios profissionais sofrem /sofreram ou cometem /cometeram violência doméstica, ou conhecem casos com seus familiares e esta proximidade dificulta a ação.
- Podem conhecer pessoalmente o agressor ou membros de sua família e assim sentirem-se constrangidos em abordar o tema.
- Têm medo de represálias por parte do agressor.

QUEM SÃO AS VÍTIMAS E OS AGRESSORES NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA?

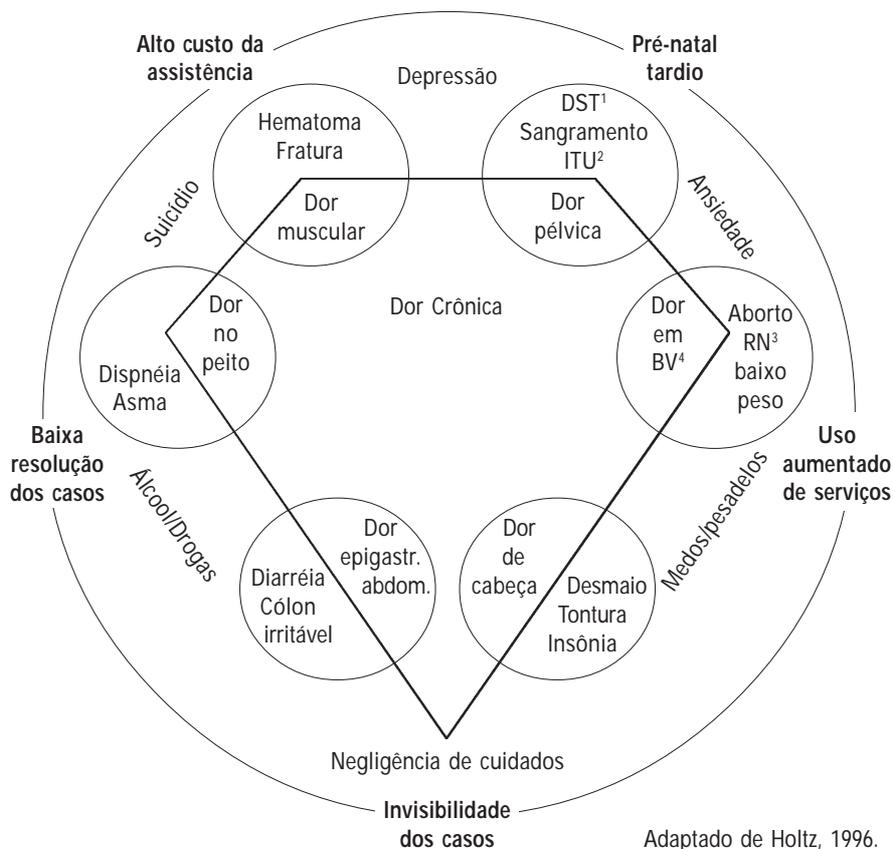
Os agressores podem ser os parceiros, ex-parceiros, tios, filhos, ou qualquer parente. Apesar dos parceiros serem os agressores mais comuns, não são os únicos. Mulheres também podem agredir mulheres, e muitas vezes o fazem. Depois do parceiro, familiares do sexo feminino foram as maiores agressoras de mulheres de 15 a 49 anos em estudo recente na cidade de São Paulo e na zona da mata de Pernambuco (Schraiber et al, 2002a), secundadas por pai e depois outros parentes do sexo masculino.

Depois de muitos estudos com homens e mulheres em situação de violência doméstica, sabe-se que o único fator que consistentemente aumenta o risco da violência é o fato de a pessoa haver sido testemunha de violência doméstica na infância. Apesar do álcool e a pobreza poderem favorecer a violência, não são considerados causas diretas do problema.

Portanto, o que se sabe até hoje sobre o problema permite deduzir que:

- a violência doméstica é extremamente freqüente mas raramente enunciada;
- a violência doméstica pode afetar a qualquer um e promover os direitos das mulheres é também preveni-la, por buscar reduzir a exposição das crianças, diminuindo seu risco, no futuro, de envolvimento nestas relações;
- qualquer pessoa no serviço, seja ela profissional, usuária ou usuário, pode ter passado ou estar passando por eventos desta natureza e não há critérios simples ou aparentes para identificá-los.

REPERCUSSÕES NA SAÚDE ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES



Adaptado de Holtz, 1996.

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

As situações de violência doméstica e sexual repercutem nos serviços de saúde de forma paradoxal. Ao mesmo tempo em que há um uso aumentado dos serviços, esta assistência tem um baixo poder resolutivo e as mulheres em

situação de violência doméstica e sexual avaliam pior sua saúde e tem mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações.

Portanto, com uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo.

Isto se dá, a nosso ver, por diversos motivos:

- a situação de violência leva a um sofrimento crônico que parece debilitar as possibilidades de a mulher de cuidar de si mesma e dos outros. A negligência de cuidados é reconhecida nos estudos, através da medida de comportamentos e uso de serviços, mostrando que estas mulheres são mais propensas a: abuso de álcool, tabaco e drogas, possibilidade de sexo inseguro, entrada tardia no pré-natal, e pior adesão ao exame de prevenção de câncer cérvico-uterino (Schraiber et al, 2002a);
- a situação de violência afeta a possibilidade de a mulher combinar as decisões reprodutivas com seu parceiro, impondo a opinião de apenas um, levando a um maior número de complicações sexuais e reprodutivas;
- os agravos físicos que são percebidos como necessitando atendimento médico ou de enfermagem acabam por não procurar atenção em uma parcela dos casos e, entre os que procuram, apenas uma parte relata o acontecido aos profissionais;
- a invisibilidade, do lado do serviço, só piora a situação. Estas mulheres acabam por ser rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras, portadoras de distúrbios neuro-vegetativos, etc... Os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se trata de patologias mais simples e bem conhecidas. Esses casos estão sujeitos a iatrogenias e tornam-se frustrantes para os profissionais.

A abordagem do problema violência doméstica e sexual nos serviços, no entanto, requer uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento das referências existentes (jurídico, policial, serviço social, psicologia, ONGs, organizações religiosas, esportivas, culturais) para que o profissional possa apoiar a mulher a tomar a decisão sobre a melhor alternativa no seu caso. É o que tentaremos detalhar a seguir. Os princípios abordados aqui são úteis a qualquer profissional para uma abordagem inicial do assunto. Mas dependem de um conhecimento da rede local de apoio e de uma decisão institucional para abordar o tema, com fluxos e instrumentos de registro pré-definidos. Não será discutido aqui o conteúdo das atividades especializadas, mas tão somente o conteúdo de uma primeira abordagem do tema e referenciamento.

CONVERSANDO COM MULHERES VIVENDO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA – A DETECÇÃO DOS CASOS

Revelando o problema

Para que relatos das situações de violência possam emergir, algumas *condições institucionais* são importantes. A falta destas condições não significa que não há nada a fazer, pelo contrário: a construção destas condições institucionais é em si um trabalho contra a violência e a favor de uma melhor qualidade de serviços de saúde.

- O serviço tenha uma cultura institucional de respeito aos usuários, propiciando aos profissionais tempo e condições de escutar a mulher e estabelecer um diálogo com ela;
- Existam indicações claras no serviço de que este é um lugar aberto e preocupado com estas questões (cartazes, folders, bottons, recepção informada sobre o problema podem ajudar nisto);
- Existam espaços grupais, educativos, e atenção a dimensões psicossociais nos atendimentos, onde a emergência de temas como esses podem ser facilitadas;
- Exista compromisso institucional, especialmente da gerência, em implantar o trabalho com o tema;
- Os profissionais conheçam a relação da violência com a saúde, saibam detectar o problema e tenham alternativas assistenciais disponíveis para oferecer às mulheres;
- As pessoas sejam acolhidas e respeitadas quando têm vergonha do problema;
- As pessoas saibam que os profissionais do serviço se importam com situações deste tipo, podem oferecer recursos e não desvalorizarão o seu relato ou farão julgamentos sobre suas escolhas e situação de vida;
- A privacidade e a confidencialidade sejam garantidas.
- Exista informação sobre a rede intersetorial (serviços jurídicos, policiais, de orientação psicológica e social) que aborda o problema na região.

LEMBRE-SE:

o conhecimento de serviços voltados especificamente para o problema em sua região, como Delegacias de Defesa da Mulher, psicólogos, advogados, ONGs e outros, o respeito às escolhas das mulheres e o compromisso institucional são fundamentais para o trabalho com esta questão pelos profissionais de saúde. Não inicie o trabalho sem estas condições. Se elas não existem em sua instituição, a primeira tarefa é construí-las

Alguns exemplos de como ouvir e perguntar sobre violência doméstica contra mulheres

Para que possamos identificar as mulheres em situação de violência existem diversas propostas:

a) Acolhendo o relato espontâneo

Não apenas mulheres com o corpo cheio de hematomas podem nos lembrar situações de violência. Existem falas não tão claras que podem significar um pedido de ajuda e devem chamar nossa atenção, como relatos de:

- 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.

Estes relatos são mais comuns em alguns espaços da rede assistencial, menos presentes em outros. Ainda assim são relativamente restritos em comparação com o universo de casos existentes, de acordo com a literatura. Muitas pessoas têm vergonha ou medo de abordar o problema, ou não acreditam que poderão encontrar alguma resposta sobre o assunto em serviços de saúde.

de. Mas isto não significa que não podemos ajudá-las, ao contrário, podemos abrir canais de comunicação que facilitem este relato e seu acolhimento.

b) Perguntando quando há suspeitas:

A melhor estratégia para lidar com esta recusa é a pergunta direta, que facilita as pessoas que querem discutir o problema a iniciar a abordagem do assunto. A disponibilidade do profissional para ouvir os problemas da pessoa em atendimento e sua preocupação com as raízes de seu sofrimento também são importantes para a detecção do problema.

Perguntando indiretamente

Sabe-se que mulheres que apresentam estas queixas muitas vezes têm problemas em casa. Por isto temos abordado este assunto no serviço através de qualquer destas perguntas.

- *Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?*
- *Você está com problemas no relacionamento familiar?*
- *Você se sente humilhada ou agredida?*
- *Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?*
- *Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?*
- *Quando vocês discutem, ele fica agressivo?*

Perguntando diretamente

- *Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você?*
ou
- *Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você?*
ou
- *Alguém lhe bate?*
ou
- *Você já foi forçada a ter relações com alguém?*

Suspeitando do problema

Alguns sintomas mostram-se consistentemente associados com violência contra a mulher, e podem servir de critério para selecionar para quem perguntar. São eles:

- 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 encontrada);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;
- Ansiedade;
- História de tentativa de suicídio;
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada

Quando houver algum destes sintomas, deve-se suspeitar do problema e introduzir ativamente o assunto. As perguntas acima podem ser feitas também a outras pessoas que por um motivo ou outro nos pareçam poder estar ou ter estado em situação de violência, já que o problema é freqüente e o conjunto de sintomas aqui colocado não é definitivo. Quando há a suspeita, diversos estudos sustentam que a pergunta, direta ou indireta, é a melhor estratégia. Se a pessoa não estiver nesta situação, ela responderá com tranquilidade e perceberá a importância da pergunta para o coletivo de mulheres, desde que suficientemente esclarecida. Se a mulher negar e você estiver convencido de que não é verdade, respeite! É bom que ela saiba que estamos dispostos a ajudá-la.

LEMBRE-SE:

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

É a dor que não tem nome ou lugar!

c) Perguntando para todas as mulheres em locais selecionados: Serviços - sentinela

É possível realizar a pergunta de rotina para o universo de uma parcela específica da clientela onde se avalie ser o melhor custo/benefício, como, por exemplo, clínicas pré-natal ou serviços de saúde mental

d) Screening de rotina:

Significa perguntar de rotina diretamente a todas as usuárias sobre o problema. Sem dúvida é o método com maior poder de detecção de casos em

termos de vigilância epidemiológica, mas tem seus custos e riscos. É difícil fazer os profissionais aderirem a regras deste tipo, e esta estratégia demanda constante e rigorosa supervisão e avaliação. Além disto, profissionais desmotivados podem fazer a regra cair em desuso e descaso, ou sentir-se obrigados a uma prática para a qual não se sentem preparados e acabar por causar dano à mulher, fazendo julgamentos desnecessários ou violando a confidencialidade, por exemplo. Só profissionais devidamente motivados devem participar destas atividades.

LEMBRE-SE:

Escutar é tão importante quanto perguntar diretamente. Uma atitude de respeito, interesse e não-julgamento e a 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

Mapeando serviços complementares à Saúde na região: operando em rede intersetorial

É fato que muitos serviços, até mesmo do setor Saúde, podem estar já atuando no acolhimento a mulheres ou crianças ou idosos em situação de violência. Outros serviços podem estar trabalhando com atenção a homens que são agressores, ou homens que gostariam de evitar também a violência. Outros serviços, ainda, podem ser de advogados, delegacias de defesa da mulher, ou delegacias comuns, ONGs feministas ou serviços de clínicas psicológicas, assim como serviços que oferecem assistência a dependentes de álcool e drogas. É relevante conhecê-los e ter um cadastro atualizado dos mesmos, para encaminhar casos e trocar experiências.

Nós elaboramos para a Grande São Paulo um Guia de Serviços com dois formatos: um para uso dos profissionais e outro, de tamanho mínimo, para as mulheres. Voltaremos a eles mais adiante.

Acolhimento e resposta: alternativas assistenciais aos casos detectados no serviço de saúde

Existem diversas formas institucionais de organizar a resposta ao problema. Algumas ações devem ser realizadas imediatamente. Outras podem acontecer em uma seqüência de encaminhamentos a serem definidos com a mu-

lher. Oferecemos a seguir um esquema mínimo de trabalho a ser realizado no ato da detecção e a seguir uma seqüência possível no serviço, no setor saúde e em outras áreas da assistência.

Se houver detecção de conflito importante com sofrimento associado, deverá ser realizada a orientação e informação básica para que a mulher possa conhecer as alternativas assistenciais disponíveis para seu caso. Isto pode ser feito no momento da detecção pelo mesmo profissional, por outro profissional dedicado a este fim ou em outro momento em atividade específica para esta orientação. Se houver um profissional específico para esta tarefa, pode-se oferecer a atividade da seguinte forma:

Sabemos que problemas como o seu são freqüentes e afetam a saúde das pessoas e por isso estamos oferecendo uma atividade de orientação na qual você poderá falar com um profissional de saúde sobre estas questões e ter orientação sobre os serviços especializados no assunto que existem na cidade. Você está interessada em participar?

Deve-se reassegurar à mulher que haverá sigilo em seu atendimento. Deve-se declarar que ninguém merece sofrer violência, que existem diversos caminhos para a saída de situações deste tipo e que estamos dispostos a auxiliá-la. Deve-se também avaliar risco iminente (perguntando se ela tem medo de voltar para casa e avaliando se há menores envolvidos). Em caso positivo, contatar alguma referencia no momento, dentro ou fora do serviço.

LEMBRE-SE:

Se a mulher sofreu violência sexual nas últimas 72 horas deve ser encaminhada imediatamente para um serviço especializado em atendimento de violência sexual para profilaxia de DST e gravidez indesejada. Existe um protocolo bem estabelecido para estes casos publicado pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1999).

A seguir apresentamos o conteúdo mínimo de uma primeira orientação para casos de violência doméstica ou sexual para mulheres. Esta abordagem pode ser breve, resolutiva e vantajosa para a melhor condução do caso. Pode ser realizada no momento da detecção do caso ou agendada. Pode ser realizada por qualquer profissional de saúde treinado e visa a uma primeira orientação e acolhimento para as mulheres, podendo se valer de encaminhamentos a serviços mais especializados.

ACOLHENDO OS CASOS: PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO PARA CONFLITOS FAMILIARES DIFÍCEIS (CONFAD)

O nome

Conflitos familiares foi o nome escolhido para esta atividade por expressar antes a idéia do conflito do que a própria violência, sendo esta a forma mais cruel de lidar com o conflito. Ao mesmo tempo oferece a atividade para contextos de ameaças ou violência iminente, antes mesmo que uma agressão física se instale, o que corresponde a situações de violência psicológica. O nome evita também a estigmatização da situação de violência e acolhe situações de grave dificuldade de relacionamentos mas que são comuns na vida doméstica.

Os profissionais

Qualquer profissional de saúde bem treinado pode operar esta atividade, seja ele médica, enfermeira, psicóloga, assistente social ou educadora. É preferível que seja uma mulher, pois em nossa experiência isto torna mais fácil o estabelecimento da empatia e um menor constrangimento da usuária.

Competência resolutiva

Essa tecnologia de primeiro acolhimento em saúde não significa a introdução em todos os serviços de assistências psico-terapêuticas ou outras assistências, social, jurídica, médica especializada – todas de caráter mais conclusivo da intervenção e mais especializados do que de atendimento primeiro na assistência a ser prestada.

O reconhecimento do problema, seu acolhimento e orientação são uma tradução não usual das “queixas” das pacientes. Ao invés dos profissionais ficarem inconformados com pacientes que não tem “doença de verdade”, ou que não se cuidam/curam, podem oferecer lentes diversas para abordar o problema, redefinindo as rotas de vida e saúde possíveis. Trata-se de criar um espaço de *escuta/expressão* que também representa momento de *orientação*. Um espaço onde a mulher possa compartilhar suas dúvidas, ansios, temores, expectativas e incertezas; possa contar com apoio respeitoso a ela como ser humano digno de direitos e deveres. Um lugar

onde ela pode obter informações sobre os serviços disponíveis na cidade para problemas de seu tipo, refletir sobre suas opções de vida passada e futura e redirecionar caminhos.

A profissional atua no sentido de:

- Escutar a história da mulher e suas expectativas em relação à assistência.
- Buscar entender seu problema, a origem de seu sofrimento.
- Evitar julgar a mulher.
- Mapear conjuntamente a rede de suporte social que ela já tem ou pode acionar: seu trabalho, amigos, família, recursos materiais. Apontar as possibilidades e reforçar pontos positivos.
- Mapear potenciais riscos que ela pode correr: presença de armas, ameaças e a avaliação da mulher sobre elas, tentativas anteriores, medo.
- Tentar, partindo das questões que são trazidas pelas mulheres em atendimento e que lhes são específicas, deixar bem claro que a violência é situação de alta ocorrência, tem caráter social e está associada às desigualdades nas relações de gênero.
- Discutir os projetos da mulher para sua vida, buscando encontrar alternativas à situação atual.
- Respeitar as opiniões e limites a essas buscas expressas pelas mulheres em atendimento.
- A partir destes elementos, as “rotas” possíveis são discutidas e o Guia de Serviços é consultado para fornecer referências cabíveis.
- Se houver situação de risco, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.

Plano de segurança

- Identifique um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) você pode contar sobre a violência, e peça para eles ajudarem se ouvirem brigas em sua casa.
- Se a briga for inevitável, certifique-se de estar em um lugar onde possa fugir e que não haja armas no local.
- Planeje como fugir de casa em segurança, e o lugar para onde você poderia ir neste caso.
- Deixe em um lugar seguro um pacote com cópias de seus documentos e de seus filhos, dinheiro, roupas e cópia da chave de casa para o caso de ter de fugir rapidamente.
- “Faça um acordo com alguma vizinha (o) em quem possa confiar e combine um código de comunicação para situações de emergência, como: Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda”.
- Nunca brigue na cozinha ou em local em que haja armas ou facas.

O aconselhamento procura, então, ao ouvir a história da mulher e suas expectativas, redefinir com ela os problemas e a potencial rota de soluções, auxiliando no uso do guia de serviços e da rede de suporte social, relatada pela mulher, para viabilizar esta rota.

O atendimento é individual e dura cerca de 1 hora. O conjunto da assistência assume caráter breve, de 1 a 4 encontros, pois a intervenção consiste em primeiro acolhimento e seu reconhecimento como questão que transcende o individual, buscando tornar público seu caráter relacional e de gênero. Em nossa experiência, a maior parte dos casos necessitou 1 ou 2 sessões de atendimento de uma hora, mas alguns casos necessitaram até 5 períodos. À rota de saída das situações de violência manifesta pela mulher em atendimento, deve a profissional oferecer as demais assistências complementares, tendo antes realizado o diagnóstico em conjunto com a usuária da gama de necessidades diversas que deverá compor sua assistência como um todo. Deve-se também deixar aberta à mulher a opção de procurar novamente a atividade de orientação, se necessário, no futuro. Em nossa experiência, algumas mulheres podem voltar meses ou anos depois com novas questões e problemas que elas identificam como passíveis de ajuda por esta modalidade de atividade.

Registro

O registro detalhado dos casos encontrados é necessário para a avaliação do programa e também para servir como documento se eventualmente for necessário para a justiça. Deve-se registrar todas as informações prestadas pela mulher e aquelas encontradas no exame físico, pois podem ter valor no futuro, inclusive em processos judiciais. Alguns itens devem ser registrados de rotina. Cada serviço pode estabelecer um instrumento próprio. A seguir, oferecemos como exemplo alguns itens que podem constar de um registro sistemático:

- Dados socio-demográficos (idade, profissão, escolaridade, número de filhos, moradia, cor da pele, etc).
- Serviços a que já recorreu (DDM, justiça, etc...) e avaliação.
- Tipo e histórico da violência sofrida, incluindo tempo de duração e implicação de menores.
- Presença de lesões no exame físico.
- Rede de apoio social existente.
- Risco e presença de arma em casa.
- Expectativas quanto ao atendimento.
- Expectativas e planos de vida expressos pela mulher.
- Plano assistencial traçado e instituições para onde houve referência pós-atendimento.
- Avaliação da mulher e do profissional sobre o processo.

Vigilância

Todos os registros de violência doméstica e sexual devem poder ser recuperados e o serviço pode montar um sistema de vigilância a estes casos, incorporando-o, se possível, ao sistema de vigilância à saúde existente na Unidade. A possibilidade de recuperar os casos pode ser obtida tanto com um fichário onde sejam anotados prontuários e datas de retorno pelos profissionais da assistência como através de sistemas informatizados de leitura de prontuários que podem “marcar” os casos. O importante é saber o número de casos atendidos no mês, permitir a recuperação dos registros para supervisão e avaliação e permitir decisão em caso de faltas.

Em caso de falta, a equipe deve decidir se é oportuno e seguro convocar a usuária, e de que forma, a depender das possibilidades de cada usuária. Esta possibilidade deve ser discutida com ela no primeiro atendimento, para que o serviço tenha condições de avaliar se é possível e seguro convocar para novo atendimento por telefone (e em que horário), carta ou mesmo visita domiciliar.

Inserindo o CONFAD no Serviço e o Serviço em Rede Intersetorial

Algumas características básicas da rede de serviços com a qual os profissionais de saúde podem integrar-se para prestar uma assistência integral ao problema e o trabalho em equipe em sua Unidade

Relembrando o que já dissemos, a rede de serviços pode ser mais ou menos ampla a depender do local onde você trabalha. Geralmente podemos contar com assistência policial, judiciária, psicossocial e médica. Além destes serviços, podem ser acionados também outros recursos locais, institucionais e não institucionais, como ONGs, grupos de suporte comunitário, grupos religiosos, culturais e educativos.

Na cidade de São Paulo os serviços existentes estão listados no Guia de Serviços em sua versão para profissionais (com informações mais detalhadas para o encaminhamento, como tipo de trabalho e profissional existente, além de endereços, horários e condições para o atendimento) e para os usuários (pequeno, para orientação rápida, endereços e telefones), divididos nas seguintes modalidades: assistência policial, judiciária, psicossocial básica e especializada e assistência médica. O Guia encontra-se também disponível na Internet, no site www.mulheres.org.br.

Rio de Janeiro, Recife, Olinda e Cabo, em Pernambuco, Salvador e outras cidades no Brasil já têm ou estão elaborando também Guias reunindo informações relevantes sobre a rede. Onde as informações não estão disponíveis, e mesmo onde existem guias, é importante que cada região faça um acervo

local e mantenha atualizadas as referências e detalhes que mudam permanentemente, como telefones e horários.

O uso de uma ampla rede intersetorial enriquece as opções da saúde e reforça a qualidade potencial de suas ações, além de estimular a melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços disponíveis.

Abaixo algumas dicas e características básicas dos espaços assistenciais existentes:

- **Assistência psicológica:** Pode ajudar bastante em casos de violência, mas precisa ser bem compreendida como parte de um plano de ações que deve fazer sentido para a usuária. Nos casos de patologia psiquiátrica, o encaminhamento é obrigatório. Mas, em casos de assistência psicológica, muitas vezes a assistência é oferecida como uma forma de redirecionar e “se livrar” de uma demanda percebida como menos grave e incômoda. Quando utilizado desta forma, o encaminhamento para a área psicológica tende a ter pouca aderência e baixa eficácia. O encaminhamento pode, entretanto, ser uma ótima opção para as mulheres que entendem os limites e possibilidades da psicoterapia ou outras técnicas psicológicas disponíveis para o seu caso e desejam submeter-se à experiência do tratamento. Se a assistência fizer sentido no plano de rota traçado, a aderência e o resultado da atenção podem ser mais bem sucedidos.

- **Assistência policial:** Os crimes cometidos (lesão corporal, injúria, calúnia, ameaça, etc...) na esfera doméstica podem e devem ser denunciados à polícia. Mas é importante que a mulher entenda o processo que vai acontecer e esteja certa de sua posição e das conseqüências que ela poderá trazer. As queixas de lesão corporal leve, que perfazem a maioria das queixas, são registradas em um termo circunstanciado e a mulher e o agressor serão chamados para uma audiência conciliatória. A mulher pode não aceitar a conciliação e seguir o processo adiante, mas para isto ela precisará de um advogado para representar o processo para ela. Ela tem direito a advogado gratuito do Estado, mas muitas vezes não sabe disto. As Delegacias de Defesa da Mulher costumam ser o melhor lugar para estas denúncias, mas em sua maioria não ficam abertas 24 horas (em São Paulo, apenas a 1ª DDM fica aberta 24 horas). Nos casos em que for necessário, as Delegacias Comuns também podem e devem ser utilizadas.

- **Assistência jurídica:** As mulheres necessitam de dois tipos básicos de ações nesta área:

- 1) Acessar informações sobre lei e direitos. Diversas ONGs têm serviços de

Assessoria jurídica e as promotoras legais populares, quando existentes, podem ser de grande valia.

2) Contactar um advogado (a) que leve adiante o processo para a mulher. Existem Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ) e COJEs que cumprem estas funções. Os Centros Acadêmicos de Escolas de Direito muitas vezes têm serviços voltados para a população carente que podem ser acionados. Algumas ONGs também prestam este tipo de assistência.

Além do trabalho em rede, que pode dar suporte a cada serviço de saúde que atende mulheres em situação de violência, dentro de seu serviço é importante integrar o seu trabalho com os demais profissionais que têm colaborações efetivas a dar para o plano de assistência global de cada mulher, como por exemplo, as psicólogas, as assistentes sociais, as enfermeiras, educadoras, pessoal auxiliar, etc... A especificidade do trabalho de cada qual não é anulada pelo trabalho cooperativo e complementar. Antes, é reforçada. Por isso é importante mudarmos a cultura institucional do isolamento dos especialistas para a noção da competência especializada potencializada na busca do cuidado integral. O trabalho de uns completa o trabalho de outros.

Avaliação e supervisão voltada para os profissionais:

O trabalho com a violência doméstica pode ser bastante pesado e afetar os profissionais que prestam assistência quando não há supervisão adequada dos casos atendidos. Esta supervisão não precisa ser, necessariamente, feita por profissional da área psicológica, ainda que este profissional seja pertinente neste tipo de atividade. O importante é que o profissional que atende não fique isolado: É necessário que, a intervalos regulares (que pode ser semanal, mensal ou bimensal, a depender da disponibilidade e tamanho da demanda) os casos possam ser discutidos por uma equipe maior e de preferência multiprofissional, para que as condutas e acontecimentos do período possam ser objeto de reflexão de todos. A possibilidade de chamar profissionais externos ao serviço para esta reunião é bem vinda, e é interessante alternar profissionais de áreas diversas (jurídica, policial, psicossocial, etc...), que têm experiência com o problema e trabalham na mesma região.

A supervisão dos profissionais, portanto, é complexa. Deve ser de natureza assistencial (condutas de casos), psico-emocional e relativa à segurança pessoal. É importante lembrar que os prestadores diretos de serviços para pessoas em situação de violência podem desenvolver sentimentos e percepções negativos e que repercutem nas condutas assistenciais que serão adotadas. Sentimentos negativos como, entre outros, impotência de cuidados ou a banalização da violência são relatos comuns da literatura e também da nossa

experiência. Estes sentimentos serão trabalhados na supervisão, para que o profissional possa acolher, lidar com o problema, emocionar-se, sem que isto paralise sua ação ou propicie ações indesejadas.

Uma supervisão com estes mesmos cuidados mas com natureza assistencial complementar aos cuidadores diretos das mulheres em situação de violência deve ser prestada para os profissionais de todo o serviço em intervalos regulares.

A avaliação também é fundamental, embora seja um item bastante difícil no trabalho. Difícil, em primeiro lugar, porque nossos serviços não têm cultura institucional de avaliação. Em segundo lugar, é complexo definir o sucesso deste tipo de trabalho, que visa apoiar o processo de emancipação individual/social e portanto, não é pré-definido de saída. Mas seria importante saber alguns indicadores básicos, que podem servir para a gerência repensar o programa e levar de volta aos profissionais do serviço, como, por exemplo:

- Número de casos de violência identificados.
- Número de pessoas encaminhadas para o CONFAD.
- Número de pessoas atendidas no CONFAD.
- Retornos no CONFAD por usuária atendida.
- Tipo de violência encaminhados (agressor, padrão de agressão).
- Características socio-demograficas mínimas das mulheres encaminhadas.
- Referências anteriores utilizadas pelas mulheres.
- Encaminhamentos realizados.
- Encaminhamentos que realmente chegaram ao serviço de referencia utilizado (este indicador necessita de um bom entrosamento da rede de serviços).
- Avaliação da mulher e dos profissionais sobre o processo e os resultados alcançados.

Para os *gerentes* salientamos que é importante usar a avaliação periodicamente e fornecer um retorno aos profissionais que atendem, bem como usar o material da avaliação para manter o serviço sensibilizado.

Também é importante através da avaliação identificar quais temas e/ou habilidades devem ser reciclados, incentivando os profissionais em seu aprimoramento técnico-científico e assistencial. Uma boa medicina baseada em evidências pode ser útil e deve ser incentivada.



ALGUMAS PALAVRAS FINAIS

Trocando experiências com outros profissionais que já atendem casos de violência doméstica, constatamos algumas questões importantes que queremos compartilhar com você.

Sentir medo de agressão, sentir-se por vezes impotente para lidar com o caso, ou sentir vontade de revanche contra o agressor, são vivências reais. Mas, em contrapartida, apoiar-se na equipe e aprender a compartilhar decisões, dúvidas e temores com os outros, nos quais incluímos a própria mulher atendida, é também experiência possível e muito alentadora. Através dela você aprenderá a lidar com os sentimentos negativos e também se perceberá parte de um movimento muito importante: a comunidade dos que defendem os direitos humanos e que sabe valorizar a si próprio porque respeita a dignidade de todos os demais.

Bibliografia

Protocolos e guias nacionais*:

- AGUIAR C. *Guia de Serviços de Atenção a pessoas em situação de violência*. Salvador, Grupo de trabalho Rede de Atenção/ Fórum Comunitário de combate à violência, 2002
- ALMEIDA M. G., Costa N. F. P. *Atitude contra a violência. Protocolo de Assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva para mulheres em situação de Violência de Gênero*. Rio de Janeiro, BEMFAM, 2001.
- CASA DE CULTURA DA MULHER NEGRA. *Violência contra a Mulher: Um novo olhar*. Santos, Casa de Cultura da Mulher Negra, 2001: 156-9.
- D'OLIVEIRA A. F. P. L., DREZZET J., SCHRAIBER L. B. *Protocolo de Atenção à Violência Sexual e Doméstica*. Rede de Atenção Integral à Violência Sexual e Doméstica no Distrito de Saúde Escola do Butantã. Prefeitura Municipal de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde Co-autoria, 2002. no prelo
- GUIA DE SERVIÇOS - *Municípios de Pernambuco (Cabo, Camaragibe, Jaboatão, Olinda e Recife) - Saúde da Mulher e Direitos Humanos*. Faculdade de Medicina/USP - Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo, 2000
- GUIA DE SERVIÇOS. *Município de São Paulo. Mulheres em Situação de Violência - 1999*, 2a. edição, Faculdade de Medicina da USP/ Depto. de Medicina Preventiva / CSE Samuel B. Pessoa e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde / Apoio Fundação FORD, São Paulo (1. ed. 1996).
- HERMANN J., BARSTED L. L. *Violência contra a Mulher. Um Guia de defesa, orientação e apoio*. CEPIA/CEDIM, 2000 (1ª edição 1996)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica*. Ministério da Saúde, 1ª Edição, Brasília, 1999.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS *Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência. Encarte JORNAL DA REDESAÚDE - Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*, n. 19, nov. 1999.
- THEMIS. *Manual de Violência Sexual - Não seja vítima duas vezes*. Porto Alegre, Themis, 2001

* Os protocolos e guias de referência não costumam ser indexados em bases bibliográficas. Apresentamos aqui documentos aos quais tivemos acesso por intercâmbio com grupos de intervenção.

Bibliografia básica sobre o tema:

- BARSTED L. L., HERMANN J. (eds) *Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro, CEPIA, 1999
- D'OLIVEIRA A. F. P. L., SCHRAIBER L. B. Violence against women: a physician's concern? In: *Ottensen B, Tabor A (eds) New Insights in Gynecology & Obstetrics - research and practice*. New York/London, Parthenon Publishing, 1998.
- 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.
- HEISE L., ELLSBERG M., GOTTEMOELLER M. *Ending Violence Against Women*. Population Reports 1999; 27(4): 1-43
- SCHRAIBER L.B., D'OLIVEIRA A. F. P. L. *Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services*. International Journal of Gynecology & Obstetrics (no prelo)
- SCHRAIBER L. B., D'OLIVEIRA A. F. P. L., FRANÇA-JÚNIOR I., PINHO A. A. *Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde* Revista de Saúde Pública, no prelo, 2002b.
- SCHRAIBER L B., D'OLIVEIRA A. F. P. L., FRANÇA-JÚNIOR I., STRAKE, S. S., OLIVEIRA, E. A. *A Violência contra a mulher: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde*. Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública. V. 9/1-2. 3-16. Jan/Dez 2000.
- SCHRAIBER L. B., D'OLIVEIRA A. F. P. L., FRANÇA-JÚNIOR I., DINIZ C. S. G., PORTELLA A. P., LUDERMIR A. B., VALENÇA, O. *Who Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence – Preliminary Report*, São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva – FMUSP, 2002a.

Bibliografia complementar utilizada:

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Diagnostic and guidelines on domestic violence*. AMA, Chicago, 1992.
- EISENSTAT, A. S. ; BANCROFT, B. A. *Domestic Violence* . New England Journal of Medicine. 16, september, 1999 886-892
- GAZMARARIAN, J. A.; LAZORICK S.; ALISON M. SPITZ; BALLARD, T. J.; SALTZMAN, L. E.; MARKS, J. S. *Prevalence of Violence Against Pregnant Women* JAMA, (June) vol. 275, nº24, 1996 pp. 1915-1920.
- HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violence against women. The hidden health burden*. The international Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, 1994.

- HOLTZ, H. *A Domestic Violence: the new standard of care*, NJMed 93(8): 33-36, 1996.
- MAIURO, R. D.; VITALIANO, P. P.; SUGG, N. R.; THOMPSON, D. C.; RIVARA, F. P.; THOMPSON, R. S. *Development of a health care provider survey for domestic violence*, Am. J. Prev Med 19(4):245-252, 2000.
- MCCAULEY ET ALL. *The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices*. Annals of Internal Medicine, 123(10):737-746, November, 1995.
- MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K.; BULLOCK, L. *Assessing for Abuse During Pregnancy - Severity and Frequency of Injuries and Associated Entry Into Prenatal Care*. JAMA, June 17, vol.267, nº23 pp.3176-3178, 1992.
- PIMENTEL S, SCACCHETTI D. M., MUCCI I., MACHADO N. G. *Violência de gênero no Brasil – Considerações preliminares sobre o tema sob uma abordagem sócio-jurídica*. CLADEM, Novembro, 1999 Disponível na Internet: <http://www.cladem.org/Portugues/brasivio.doc>

Site úteis

Nacionais

Biblioteca Virtual de Saúde Reprodutiva

http://www.prossiga.br/fsp_usp/saudereprodutiva/

A Biblioteca Virtual de Saúde Reprodutiva (BVSR) é um projeto desenvolvido pela Biblioteca Centro de Informação e Referência em Saúde Pública e pelo Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) em parceria com o Programa de Informação e Comunicação para Pesquisa (CNPq / Prossiga).

É uma base de dados que reúne informações sobre saúde reprodutiva, com um mecanismo de busca. Para facilitar a consulta, as informações estão agrupadas em brasileiras, estrangeiras ou internacionais e segundo as seguintes categorias: Bibliotecas, Serviços de Informação e Centros de Documentação; Estatísticas; Instituições de Ensino e Pesquisa; Organizações da Sociedade Civil; Órgãos de política, Coordenação e Fomento; Programas de Pós-graduação; Projetos e Programas; Eventos; Especialistas e Pesquisadores; Bases de dados e Bibliografias; Iconografia; Legislação e Normas; Livros, Artigos e Outros textos e Periódicos e Outras publicações seriadas.

Possui também um boletim on-line que pode ser recebido pelo correio eletrônico com novidades no campo.

Cepia

<http://www.cepia.org.br>

Site da ONG CEPIA (Cidadania, Pesquisa, Informação e Ação).

Reúne publicações, campanhas e links sobre direitos sexuais e reprodutivos, legislação e formação em relação à violência contra as mulheres.

Cladem

<http://www.cladem.org/portugues/index.htm>

Site do comitê Latino-americano e do Caribe para a defesa dos direitos das mulheres.

Reúne os diversos sites do CLADEM na América Latina e contém campanhas e publicações sobre o tema, além de links interessantes.

Fundação Perseu Abramo - Núcleo de Opinião Pública

<http://www.fpabramo.org.br/nop/mulheres/resultados.htm>

Reúne os resultados da pesquisa “ A mulher brasileira nos espaços público e privado” Pode ser feito o download de todas as tabelas com resultados.

Gênero, direitos humanos e saúde

www.mulheres.org.br

Site que reúne o trabalho realizado pelo projeto gênero, direitos humanos e saúde, realizado em parceria entre o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Reúne publicações científicas e educativas, programas de cursos e resultados de pesquisas e intervenção na área de violência contra a mulher. Várias publicações podem ser “baixadas” em seu computador a partir deste site.

Programa Papai

<http://www.ufpe.br/papai/>

Site do programa papai, que trabalha com homens, masculinidade e saúde. Programa sediado no Recife. O site possui textos para download e outros links interessantes.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

<http://www.redesaude.org.br/>

Produzido pelo movimento de mulheres. Reúne boletins e publicações sobre saúde reprodutiva e violência contra a mulher e as principais conferências internacionais sobre mulher e direitos humanos. Atualizado com os principais eventos do momento e o Informativo Rede Fax , o Jornal da Rede e o boletim saúde reprodutiva na imprensa.

Internacionais:

Center for Disease Control – National Center for Injury Prevention and Control
<http://www.cdc.gov/ncipc/default.htm>

Setor do Center for Disease Control, organismo do Governo norte-americano que trabalha a prevenção de violência e lesões relacionadas (intencional e não intencional) com informações sobre estatísticas, fontes financiadoras de pesquisas e intervenções relacionadas.

Family Violence Prevention Fund
<http://endabuse.org/>

Site muito completo com recursos de pesquisa e muita coisa sobre treinamento e intervenção sobre violência intrafamiliar. Abrange todas as áreas (saúde, legislação, educação, etc...)

Injuries and violence prevention
http://www5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?s=0010

Site da Organização Mundial de Saúde sobre violência em geral, com diversos links e bancos de dados.

MINCAVA - Minnesota Center against violence and abuse
<http://www.mincava.umn.edu/index.asp>

Central de recursos bibliográficos para pesquisadores e programas de intervenção, bem completo, acerca de todas as formas de violência, legislação, recursos didáticos, etc...

Reproductive Health Outlook
http://rho.org/html/gsh_bibliography.htm

Bibliografia anotada, publicada pelo Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Possui bibliografia sobre gênero, direitos reprodutivos e violência contra a mulher.

Agradecimentos

Agradecemos às profissionais que colaboraram na construção da proposta do CONFAD no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa e o operaram durante os últimos 3 anos:

Elaine Oliveira

Gisele Lanferini

Heloisa Hanada

Milena Dayan

Silvia Salvan Stracke

Agradecemos também aos pesquisadores que colaboraram nas investigações aqui citadas:

Adriana Pinho

Andrea Felicissimo

Ivan França Junior

Marcia Thereza Couto

Simone Grilo Diniz

Sobre as autoras

Lília e Ana Flávia trabalham há 8 anos com a violência contra a mulher como uma questão de saúde, na investigação do problema, na capacitação dos profissionais e no desenvolvimento e implantação de atividades assistenciais voltadas à questão. Lília Schraiber é médica e professora do Departamento de Medicina Preventiva da USP. Coordena o Grupo de Pesquisa e Intervenção em Violência e Gênero nas Práticas de Saúde. Ana Flávia d'Oliveira é médica sanitária, doutora em Medicina Preventiva e pesquisadora do referido grupo. É responsável pelo Programa de Atenção à Saúde da Mulher do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa.

Endereço para contato

Faculdade de Medicina da USP
Departamento de Medicina Preventiva
Av. Dr. Arnaldo, 455
São Paulo-SP
Fone: 30887444 R. 35 ou 42
E-mail: vawbr@edu.usp.br