

A RESPONSABILIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Aline de Paiva Pinto Sabbadin

Graduanda em Medicina na Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail:
alinesabbadin@hotmail.com

Davi de Rezende Teixeira Monteiro

Graduando em Medicina na Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail:
davirtm@gmail.com

Tauã Lima Verdan Rangel

Professor do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) E-mail:
taua_verdan2@hotmail.com

RESUMO

Este artigo revela aspectos acerca da saúde da mulher no contexto da atenção primária no que diz respeito à violência doméstica, uma vez que esta se apresenta crescente nos dias atuais; além disso, mostra-se preocupante, posto que se insere em um contexto psicossocial. Desta forma, tem-se como objetivo central analisar se os profissionais que atuam na área da saúde, tais como médicos e enfermeiros, possuem conhecimento em relação aos protocolos exercidos com aquelas que se enquadram no caso. A percepção destes será explicitada a partir de uma revisão de literatura, na qual os profissionais, da área analisada, serão criticamente avaliados com o intuito de levantar dados e questões deficitárias na área médica. Por fim, admitiu-se a conclusão de que, apesar da maioria ter conhecimento a cerca de um protocolo a ser seguido, muitos não têm envolvimento com o tal, não o utilizando corretamente na prática e complicando ainda mais o acolhimento da mulher violentada. Foi empregada metodologia qualitativa baseada em revisão de literatura para obtenção de informações

Palavras-chave: Mulher; Violência Doméstica; Atenção Primária; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

This document reveals aspects about women's health in the context of primary care in relation to domestic violence, since it is increasing in the present day, and it is worrisome since it is

inserted in the psychosocial context. Thus, the central objective of this study is to analyze whether health professionals, such as physicians and nurses, are aware of the protocols used with those that fit the case. The perception of these will be shown considering data available in the literature. Based on that, the professionals, from the analyzed area, are going to be criticized with the intention of make explicit some issues in the medical area. Finally, it was concluded that, although the majority is aware of a protocol to be followed, many are not involved with this, not making the correct use of it and turning the reception of violated women into something even worse. Analysis of literature has been used for the development of this article, as well as qualitative methodology.

Key- Words: Woman; Domestic violence; Primary attention; Health professionals.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui como objetivo promover o levantamento de informações, em conjunto com a revisão de literatura, acerca da atuação da atenção primária de saúde no que tange à violência doméstica, bem como a apresentação e reiteração do quadro consequente dos elevados índices de violência contra a mulher na sociedade brasileira. Para tanto, buscou-se promover uma análise da problemática maior – o comportamento ocioso da atenção básica de saúde tanto no acolhimento de mulheres vítimas de violência quanto na prevenção da ocorrência desta nos territórios de responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde (UBS).

No que diz respeito à conjectura principal na qual o artigo se baseou, tem-se a hipótese de que a saúde possui potencial resolutivo e amenizador nos casos de violência, desempenhando papel fundamental no tratamento de vítimas e na redução das taxas de ocorrência. Na intenção de alcançar resultados em prol de tal tese, seguiu-se um objetivo geral, que se constituiu na análise das atitudes e protocolos seguidos ou não pelos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) em unidades de saúde nas mais diversas localidades nacionais.

De modo mais específico, foi realizada um levantamento qualitativo acerca da visão de tais profissionais em se tratando da importância da obediência à protocolos corretos, bem como uma análise quanto ao conhecimento de profissionais que entendem a responsabilidade da saúde enquanto agente fundamental no combate ao problema da violência doméstica. Todas as informações foram adquiridas por meio de revisão de literatura existente.

O trabalho apresenta, ainda, uma breve contextualização da herança histórico-cultural que é causa maior da manutenção da prática da violência contra a mulher no contexto

brasileiro. Ademais, são evidenciadas algumas políticas públicas para redução da violência e a importância do conhecimento destas para a aplicação prática realizada pelas instituições de saúde.

Quanto à importância da saúde no contexto da violência doméstica, adquiriu-se como base o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aborda, além de outros inúmeros tipos de violência, a violência contra a mulher e seus números em todo o planeta. Tal documento traz uma estimativa de que, no mundo, uma em cada três mulheres é, já foi, ou será vítima de violência doméstica (KRUG *et al*, 2002). Algumas pesquisas relatam, ainda, que o problema é ainda mais comum nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (GARCIA-MORENO *et al*, 2006). Nesse sentido, adotou-se tais informações como motivo para realizar o presente trabalho, o qual possui como anseio fornecer informações para profissionais de saúde para que os mesmos possam, com eficiência e a longo prazo, colocar em prática os comportamentos corretos para atendimento de vítimas de violência, além de ter ciência das estatísticas alarmantes e crescentes para a violência.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente pauta-se na utilização do método dedutivo para o desenvolvimento de pesquisa. Como recorte da abordagem do objeto, empregou-se a pesquisa na modalidade quali-quantitativa. No viés qualitativo, recortou-se a temática proposta a partir de artigos científicos selecionados nas bases de pesquisa do “SciELO” e do “Pubmed”, depurando-se o resultado a partir dos seguintes termos de busca nos sítios eletrônicos de hospedagem: “violência doméstica”, “atenção primária” e “mulheres”.

Como critério para a escolha do material, empregou-se a “relevância” da abordagem do tema. Em um segundo momento, sob o viés quantitativo da pesquisa empreendida, valeu-se de dados secundários obtidos também em publicações presentes nas mesmas plataformas, uma vez que o projeto visa a colher dados existentes na literatura para reiterar a questão deficitária na área da saúde.

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO HERANÇA CULTURAL BRASILEIRA

Em uma análise histórica do contexto brasileiro, no que diz respeito à relação hierarquizada homem-mulher, é de prevalência a percepção social do masculino enquanto

superior ao feminino. Trata-se de uma institucionalização que se mantém até a contemporaneidade, tendo como consequência majoritária a manutenção do patriarcalismo historicamente herdado na sociedade brasileira. Baseando-se, inicialmente, nos anos pré-século XX, observa-se um constante rebaixamento da mulher ao contexto doméstico. A figura era associada direta e mesmo involuntariamente ao lar; suas funções políticas eram basicamente nulas e seu papel na construção social era fracamente discutido (CHAGAS; CHAGAS, 2017).

Em se tratando especificamente dos direitos das mulheres no mesmo período em questão, estes diferiam drasticamente dos masculinos, não possuindo, a mulher, a aceitação social de seu direito ao estudo – sobretudo superior –, o direito ao voto, o direito de ter recursos financeiros em seu nome (apenas de seu marido), o direito de trabalhar sem a permissão do marido, dentre outros (PRIORE, 2006). A questão do machismo – também denominado de androcentrismo –, pois, é fundamentada em uma herança historicamente enraizada em uma sociedade que, até os dias atuais, possui caráter conservador e de polarização entre os gêneros masculino e feminino.

Um estudo profundo acerca das relações de poder entre homens e mulheres é feito por Bourdieu em seu livro “A Dominação Masculina”. Em um trecho da obra, observa-se o enraizamento que a questão da dominação masculina possui em um campo social, sendo o modo pelo qual o Estado ou uma instituição atua em prol ou não do feminino um fator formador do caráter individual e, portanto, determinante na manutenção e propagação do machismo, cuja consequência é de amplo espectro social.

Se é verdade que o princípio de perpetuação dessa relação de dominação não reside verdadeiramente, ou pelo menos principalmente, em um dos lugares mais visíveis de seu exercício, isto é, dentro da unidade doméstica, [...], mas em instâncias como a Escola ou o Estado, lugares de elaboração e de imposição de princípios de dominação que se exercem dentro mesmo do universo mais privado, é um campo de ação imensa que se encontra aberto às lutas feministas, chamadas então a assumir um papel original, e bem definido, no seio mesmo das lutas políticas contra todas as formas de dominação. (BOURDIEU, 2002, p. 7-8).

Nesse sentido, enaltece-se o papel do Estado enquanto entidade responsável pela formação de um indivíduo cujos posicionamentos e pensamentos terão impacto significativo em um determinado campo social. O Estado se torna, pois, uma máquina de reprodução de dado pensamento patriarcal e tradicional, os quais, posteriormente, terão implicação direta na manutenção de princípios contrários aos direitos da mulher (DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000). Ademais, entende-se que tal formação tem seu início e consolidação majoritários não no âmbito familiar, mas no contexto educacional e nas políticas públicas de determinado Estado. Isto, por sua vez, se torna problemática ainda mais grave e institucionalizada, posto

que possui maior abrangência populacional e que torna, simplesmente pelo fato de ter seu início na educação básica, a percepção tradicionalista e machista algo natural.

A violência doméstica é um fenômeno consequente da institucionalização histórica e firme da superioridade masculina, assim como da fragilidade feminina. Esta última é justificada por argumentos que, por essência, são puramente derivados de percepções cujas construções são unicamente sociais, mas que são empregados como biológicos. A mulher, pois, passa a ser vista, socialmente, como naturalmente – e, portanto, biologicamente – incapaz de se proteger, necessitando da força também natural do homem, que passa a ser o mais forte (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Abordando mais especificamente o cenário brasileiro, é notável uma atuação verdadeiramente benéfica do Estado, muito embora decorrente de uma pressão internacional e não de uma tendência nacional, no que tange à evolução dos conceitos legais acerca da violência contra a mulher, o que é materializado sobretudo na Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06). Esta dispõe:

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. (BRASIL, 2006).

Diante disso, há um comprometimento estatal para com a integridade da mulher na sociedade brasileira, sendo-lhe garantidos, judicialmente, mecanismos para assegurar sua saúde e segurança (BRASIL, 2006). Não obstante, muito embora a atuação judicial no que diz respeito à criação de uma legislação voltada para o tema da violência doméstica tenha sido indiscutivelmente de grande valia, o pensamento enraizado machista e tradicionalista não sofre alteração se não há intervenção direta na área educacional. Ainda que inúmeros esforços, por exemplo na área da saúde, sejam realizados para alterar o padrão de pensamento hereditário intersexual, a problemática tem origens muito mais enraizadas no histórico educacional tradicionalista nacional, as quais não podem ser desfeitas por atuação apenas na consequência do problema. Há de se convir que grandes alterações e mesmo reformas são o mínimo para tornar a educação pública brasileira algo digno de admiração ou, ao menos, algo funcional.

Portanto, tal lei exerce papel crucial na punição dos agentes da violência em questão, bem como no comportamento e responsabilidade das autoridades e instituições quando em situações de violência, mas não é suficiente para promover uma mudança na produção do pensamento em si. Como consequência, tem-se um índice ainda elevado de ocorrência de

violência contra a mulher, uma vez que esta é consequência não da falta de legislação específica, mas principalmente da manutenção de um pensamento retrógrado típico de uma sociedade tradicional (DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000).

Em outro sentido, tem-se também uma necessidade de que os profissionais da Saúde tenham conhecimento histórico da propagação de tal pensamento posto que uma atitude de violência, a qual é oriunda de um sentimento de superioridade e detenção de poder sobre a mulher, não se manifesta apenas sobre o corpo feminino, a saber, como violência física, mas também de inúmeras outras formas de menor visibilidade (FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009).

Em verdade, a Lei Maria da Penha enumera os seguintes tipos de violência doméstica: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Art. 7, Lei 11.340/06). Entretanto, grande parte dos profissionais de saúde descrevem violência doméstica garantindo enfoque apenas nos tipos física e sexual, evidenciando uma negligência generalizada, bem como uma dificuldade dos sistemas de saúde em identificar casos menos evidentes de violência (FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009).

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA MULHERES

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, identificou o termo cuidados primários da saúde como recursos fundamentais para reduzir a desigualdade nesta área, para que, assim, alcancem o objetivo principal de saúde para todos, formulado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (UNICEF, s.d., s.p.). Define-se, assim, cuidados primários como elementos que são configurados como essenciais à saúde. Portanto, o acesso aos cuidados primários deve ser universal com um custo viável; e, além disso, inclui 8 componentes:

Educação em saúde, nutrição adequada, cuidados de saúde para a mãe e a criança, saneamento básico e água limpa, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais. (UNICEF, s.d., s.p.)

Sendo assim, estes abrangem a sociedade como um todo, incluindo políticas públicas relacionadas às famílias, mulheres e cidadãos gerais, envolvendo o estado saúde-doença daqueles essenciais para o contexto público. Depreende-se, pois, que, independente da raça,

cor, religião ou classe social, aquele incumbido de exercer a profissão, qualquer que seja ela, na área da saúde, deve, deste modo, atender o paciente, levando em conta o estado psíquico e físico do mesmo. (FIOCRUZ, s.d., s.p.)

No caso de mulheres, principalmente aquelas que sofrem com a violência doméstica, é essencial que haja um protocolo, de modo a auxiliar no acolhimento desta que, provavelmente, estará fragilizada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aquelas que sofrem qualquer tipo de violência, provinda ou não do lar, contará com apoios psicossociais, legais e de outras formas. No entanto, apesar do médico estar em uma posição privilegiada – o atendimento direto e sigiloso –, de contato com a mulher-vítima, este, muitas vezes, evidencia dificuldades para realiza-lo, especialmente quando se trata da indagação acerca do ocorrido, e grande número dessas mulheres relatam que se conversassem de modo eficaz com um atuante na área da saúde, poderiam criar forças para encarar a situação. (OMS, 2008, p.49)

Existem, no entanto, algumas políticas voltadas para as mulheres, dentre as quais uma delas é a do planejamento familiar. De acordo com a Constituição Federal e com a Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar consiste no agrupamento de ações que auxiliam a mulher no contexto familiar, envolvendo a decisão desta em ter ou não um filho no momento. (BRASIL, 2009, p.9). Diante de tal contexto, verifica-se que esta política tem auxiliado no aspecto social feminino, uma vez que se tem uma prevenção da gravidez indesejada e forçada, a qual muitas vezes leva ao aborto ou abandono do filho.

Controlar a fertilidade é o primeiro passo para planejar o momento mais adequado para ter filhos. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), feita em 2006, financiada pelo Ministério da Saúde, revelou que 46% das gravidezes não são planejadas. (BRASIL, 2009, p.9)

Além disso, com tal administração, o índice de fecundidade diminuiu em 1/3 (um terço) da população (BRASIL, 2009). Para que esse método ocorra com sucesso, o Ministério da Saúde distribuiu para as mulheres férteis – de 10 a 49 anos de idade – anticoncepcionais, disponíveis em postos de saúde. Contudo, em muitos casos, há necessidade de um acompanhamento médico. Ademais, acesso às cirurgias, como vasectomia e laqueadura, foram ampliadas. Com isso, a incidência de gravidez na adolescência diminuiu em quase 20% em 6 anos, contando também com o auxílio do Programa Saúde na Escola (PSE). (BRASIL, 2009, p.9)

No entanto, apesar do país apresentar políticas públicas relacionadas às mulheres, a violência contra estas é classificada como um problema da política pública, e, além disso, de acordo com Schraiber (2002 *apud* NUNES; OLIVEIRA, 2017), não só dela, mas também

reconhecida como uma questão social e de violação de direitos, se expressando de forma variada em diversos contextos. Nunes e Oliveira, ainda, aduzem que:

O Brasil adotou a estratégia de notificação universal dos casos de violência interpessoal, tornando-a objeto de políticas públicas com o propósito de garantir e promover os direitos sociais e de proteção às vítimas desse agravo. (NUNES; OLIVEIRA, 2017, s.p.)

A “Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência Contra a Mulher” analisa a situação atual da violência contra as mesmas e acaba por sugerir estratégias para que tal ato tenha um declínio e seja abolido. As linhas de estratégias são: fortalecer a disponibilidade e o uso das evidências sobre a violência contra a mulher, consolidar o compromisso político e financeiro para abordar a violência contra a mulher nos sistemas de saúde, reforçar a capacidade dos sistemas de saúde de proporcionar atendimento e apoio efetivos às mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual e reforçar o papel do sistema de saúde de prevenir a violência contra a mulher. (OPS; OMS, 2015, p.10-13). De acordo com Etienne (2015, p 2), “a violência contra as mulheres é um problema de enormes dimensões e que resulta em amplas consequências para a saúde. É um problema que o setor de saúde tem que abordar”.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Em se tratando de um tema diretamente associado à condição de saúde, é indiscutível a importância da atuação do sistema de saúde nos casos de violência doméstica. Muito mais do que isso, entende-se também a importância da saúde na reparação de uma herança histórica que provoca os altos índices de violência registrados no país. Em especial, a atenção primária – porta de entrada do SUS – desempenha papel essencial nesses casos. Isto porque a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui relação direta com seu território adscrito, tendo não apenas atuação em casos de necessidade direta populacional (quando a mesma se dirige a uma unidade), mas intervenção em condições de moradia, relações interpessoais, etc., de uma população (PIRES *et al*, 2016). Nesse sentido, o potencial de ação da saúde no que tange à violência doméstica se estende à raiz do problema, que é a qualidade da vivência em ambiente familiar.

Em uma análise de políticas governamentais, é de extrema valia a exaltação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Criada em 2007, ela estabelece conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Para a saúde, o conhecimento de tal política,

bem como o uso da mesma para a prática, é de fundamental importância para um bom acolhimento de mulheres vítimas de violência; além disso, essencial para a criação de políticas de prevenção locais eficientes. Não obstante, é comum o desconhecimento – não completo, de fato, mas considerável – de grande parte dos conceitos que são apresentados em tal política.

Entre os profissionais da saúde, evidencia-se uma limitação conceitual, uma vez que não são frequentes os casos em que todos os tipos de violência são de conhecimento de um profissional. Em geral, o que se observa é uma restrição aos casos de violência física, sexual e, em alguns casos, psicológica (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013). Entretanto, conforme já abordado anteriormente, é definido por legislação que a violência contra a mulher deve ser classificada em: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

O Ministério da Saúde, ainda, é responsável pela criação do Manual para Atendimento às Vítimas de Violência. Este possui um módulo voltado unicamente para a violência contra a mulher, apresentando protocolos específicos a serem seguidos por profissionais da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). No manual, são citados dados referentes ao ano de sua publicação, os quais evidenciam de forma alarmante a situação de violência no Brasil:

No Brasil, quase 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 4 por minuto e uma a cada 15 segundos. Em 70% dos casos, o agressor é uma pessoa com quem ela mantém ou manteve algum vínculo afetivo. As agressões são similares e recorrentes, acontece nas famílias, independente de raça, classe social, idade ou de orientação sexual de seus componentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 24)

O texto reitera o que foi dito anteriormente – a violência tem sua raiz no âmbito familiar. Ademais, reforça (visto que se trata de um documento para uso do sistema de saúde) a ideia de que é papel das instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, adquirir a responsabilidade de ter a devida preparação para atendimento de mulheres vítimas de violência. E, de fato, sabe-se que em uma Unidade Básica de Saúde devidamente preparada e com profissionais capacitados o atendimento se faz muito mais eficiente e abrangente, sendo a identificação de casos de violência doméstica extremamente mais eficaz (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

O manual apresenta o protocolo para identificação e atendimento de vítimas de violência, constando indicadores e métodos para diálogo com a vítima. Dentre os indicadores, vale ressaltar: entrada tardia no pré-natal, transtornos crônicos, vagos e repetitivos, infecção urinária de repetição, dor pélvica crônica, abortos de repetição, transtorno na sexualidade, depressão, ansiedade, fibromialgia e lesões que não se explicam de forma adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 26).

No acolhimento, tem-se: o atendimento deve ser preferencialmente realizado por uma mulher, sendo humanizado, realizado com respeito e atenção, com sigilo e privacidade. Além disso, o caso deve ser notificado; não há de ser emitido juízo de valor e perguntas indiscretas. A conduta profissional é exigida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 26). Além disso, o manual ainda aborda todos os procedimentos a serem realizados em casos de cada tipo de violência, bem como um plano de segurança para a vítima, que conta com a participação de vizinhos que podem auxiliar na notificação para a unidade de saúde em caso de violência identificável.

Diante do que foi exposto, não é aceitável que se tenha desconhecimento das práticas corretas a serem realizadas nos casos de violência, muito embora isto seja frequente. Há inúmeras políticas públicas para prevenção e combate à violência contra a mulher, assim como protocolos extremamente objetivos para um bom acolhimento. O grande desafio para a saúde primária é ser capaz de identificar casos de violência, acolhê-los com eficácia e buscar a amenização dos índices em seu território de responsabilidade, o que pode ser feito por meio da criação de novos programas que tenham proximidade contínua com as relações interfamiliares – por exemplo, com a participação dos agentes comunitários de saúde (SCARANTO; BIAZEVIC; CROSATO, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de análises variadas no campo de publicações que abrangem a questão da violência doméstica, constatou-se que, apesar de muitas abordagens feitas, muitos dos escolhidos para questionários – nos artigos utilizados como base para a confecção do presente – acerca da importância da saúde, seja com protocolos ou com intervenções sociais, principalmente aqueles de postos de saúde, ao analisarem as perguntas, descartaram a possibilidade de fazê-lo (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013). Dessa forma, antes de serem colhidos resultados de pesquisa, houve notável consideração acerca da negligência a ser feita, a qual tem íntima relação com os resultados pós-análise.

Dos profissionais que foram analisados em artigos pela literatura, muitos possuíam o conhecimento da existência de um protocolo a ser seguido em relação à uma mulher que sofreu com violência doméstica; contudo, poucos, sendo, majoritariamente, enfermeiros, vivenciaram uma situação em que o método realmente foi seguido, o que evidencia a carência de instrução prática (PIRES *et al*, 2016).

Depreende-se, pois, que, entre o campo dos médicos entrevistados, apenas pequena parte possuía capacidade de exercer um protocolo em casos de violência doméstica, os quais

não conseguiram responder corretamente às perguntas de um questionário. Por outro lado, enfermeiros, em número mais significativo, eram aptos a exercê-lo.

Tem-se, desta forma, a noção de que, muito embora o conhecimento teórico esteja presente em grande parte dos profissionais de saúde, a negligência e a falta de ação na prática são fatores que prejudicam a ação da atenção primária nos casos de violência. E por se tratar, a violência, de uma questão constante e dramática na sociedade brasileira, há de se convir que existe uma manutenção de um problema de Saúde Pública.

Nesse sentido, entende-se o problema como algo de dimensão ainda maior, que não afeta e prejudica a imagem e o compromisso do sistema de saúde brasileiro somente em casos isolados, mas abrange toda uma política deficitária de prática pública. É extremamente necessária a remodelação do atendimento de mulheres violentadas; não na teoria, entretanto, pois esta é digna de grande atenção pelo seu inestimável valor e detalhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), mas no uso prático da mesma, que, conforme constatado pelo presente artigo e pelos demais na literatura, é de baixa qualidade.

Dados de 2018 do Ministério dos Direitos Humanos (MDH) indicam que, no período de janeiro a julho do mesmo ano, foram registrados 63.116 casos de violência doméstica no Brasil, o que confere uma média de aproximadamente 350 casos por dia (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2018). Tal dado é alarmante e simplesmente reitera toda a problemática tratada no presente artigo, evidenciando que a violência contra a mulher é um grave distúrbio de saúde pública, o qual não se limita ao setor da saúde apenas, mas toma dimensões que geram impacto em todos os ramos da sociedade. A posição da mulher é, infelizmente, ainda considerada como inferior por grande parte da população, sendo parte considerável disso um produto do déficit educacional público brasileiro.

Por fim, faz-se necessário reiterar a ideia de que o SUS – principalmente o SUS, por se tratar de uma entidade pública e de livre acesso – é fundamental para a amenização e para o controle das taxas de violência contra a mulher no país. E, para tanto, reformas eficientes e práticas, como cursos obrigatórios e/ou instrução realizada no próprio ponto de atendimento, devem ser realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como a sociedade hierarquizada age, ainda hoje, em um contexto em que o homem tem o controle sobre a

mulher, evidenciando como os profissionais da saúde da atenção primária reagem com a manifestação de um caso de uma paciente em tal quadro clínico.

Ao buscar dados numéricos na literatura, alguns aspectos importantes para a sociedade como um todo foram explicitados, uma vez que os resultados mostraram que, apesar de um conhecimento amplo acerca de um protocolo a ser seguido, muitos não atuam corretamente, na prática, na recepção de mulheres violentadas. Isto é, não há um processo de diálogo efetivo com a paciente, permitindo, assim, que os objetivos propostos por manuais do Ministério de Saúde não sejam devidamente alcançados e, muitas vezes, inúmeros casos de violência passam despercebidos.

Se os profissionais da área da saúde atenderem às atitudes adequadas para o acolhimento de mulheres violentadas, as necessidades dos que sofrem com esse quadro não de ser extremamente mais atendidas. Entretanto, como não há de fato um cumprimento significativo, há a conclusão de que, muito embora existam leis e campanhas que auxiliam as mulheres no que tange à violência, ainda há de se ter melhorias a serem feitas, as quais não se limitam apenas a esta área, mas também se estendem ao próprio Poder Público, visto que, ainda que as políticas existam, é explícito o problema que o país traz como legado cultural, emergindo a necessidade de mudanças na base educacional para que tais atos diminuam.

Nesse sentido, realça-se a importância do presente trabalho, uma vez que o problema de violência doméstica se encaixa em questões sociais em conjunto com a atuação da saúde pública brasileira, ambos de enorme relevância para a sociedade, a qual é, simultaneamente, agente passivo, no que diz respeito às consequências da violência, e ativo, em se tratando de ações que promovam uma redução na ocorrência do quadro dramático em pauta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. Brasil reforça política de planejamento familiar. *In: Saúde, Organização Familiar*, 2013. Última modificação em: dez. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/10/brasil-reforca-politica-de-planejamento-familiar>>. Acesso em 1 nov. 2018.

BRASIL. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2018.

BRASIL. **MDH Divulga Dados Sobre Femicídio**. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. 1. Ed., 13 ago. 2018. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/agosto/ligue-180-recebe-e-encaminha-denuncias-de-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em 01 abr. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**: Planejamento familiar. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em 1 nov. 2018.

BRASIL. Políticas públicas e modelos de atenção à saúde. In: **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>>. Acesso em 1 nov. 2018.

BRASIL. **Secretaria de Proteção aos Direitos da Mulher**: Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. In: Violência contra a mulher, 2015. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em 1 nov. 2018.

CHAGAS, Letícia; CHAGAS, Arnaldo Toni. A posição da mulher em diferentes épocas e a herança social do machismo no Brasil. In: **Delinquência e Criminalidade**, Rio Grande do Sul, jul. 2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?a-posicao-da-mulher-em-diferentes-epocas-e-a-heranca-social-do-machismo-no-brasil&codigo=A1095&area=D12C>. Acesso em: 1 nov. 2018

DESOUZA, Eros; BALDWIN, John R.; ROSA, Francisco Heitor da. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.13, n.3, p.485-496, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722000000300016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 1 nov. 2018

FERRANTE, Fernanda Garbelini De; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832009000400005&script=sci_abstract&tlng=es#nt>. Acesso em 1 nov. 2018.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p.457-466, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 1 nov. 2018.

GARCIA-MORENO, Claudia *et al.* **Prevalence of intimate partner violence**: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. London: The Lancet; 2006.

KRUG, Etienne G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

NUNES, Xenusa Pereira; OLIVEIRA, Lúcia Marisy Souza Ribeiro de. Violência contra a mulher: uma questão de saúde pública. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, Paraíba, set. 2017. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:66iCBw02k->

4J:https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA7_ID253_02052017233619.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 1 nov. 2018.

OMS; OPAS. **Violência contra a mulher estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher**. 7. Ed. Washington, D.C., EUA, 2015. Acesso em 1 nov. 2018.

OMS. **Cuidados de atenção primários, agora mais que nunca**. Lisboa: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf>. Acesso em 1 nov. 2018.

PIRES, Simone de Souza *et al.*. A importância da atenção primária no acompanhamento dos casos de violência doméstica: relato de experiência da gestão de processo de trabalho na AP 3.1. *In: Revista Saúde em Foco*, Rio de Janeiro v.1, n.1, 2016. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/168/174>>. Acesso em: 1 nov. 2018.

PRIORE, Mary Del. **Histórias das mulheres no Brasil**. 7. Ed. São Paulo: Contexto, 2004. Acesso em 1 nov. 2018.

SCARANTO, Catarina Antunes Alves; BIAZEVIC, Maria Gabriela Haye; CROSATO, Edgard Michel. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. *In: Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 27, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200010>. Acesso em: 1 nov. 2018.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *In: Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019>. Acesso em 1 nov. 2018.

SOBRE OS AUTORES:

AUTOR 1: Graduanda em Medicina na Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: alinesabbadin@hotmail.com

AUTOR 2: Graduando em Medicina na Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: davirtm@gmail.com

AUTOR 3: Professor Orientador. Mestre e Doutor em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense. Especialista *Lato Sensu* em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2017-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito Administrativo pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito Ambiental pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Direito de Família pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa (2016-2018). Especialista *Lato Sensu* em Práticas Processuais Civil, penal e Trabalhista pelo Centro Universitário São Camilo-ES (2014-2015). E-mail: taua_verdan2@hotmail.com