

Normas sociais e regras profissionais no atendimento aos casos de violência doméstica

Raquel Barbosa Miranda*, Siri Lange**

INTRODUÇÃO

A violência doméstica baseada em questões de gênero é um fenômeno que nos últimos anos ganhou maior visibilidade e atualmente é considerado um tema muito importante no campo da Saúde Pública (Dahlberg LL, Mercy JA, 2009, OMS, 2013, ONU, 2015). A violência doméstica ocorre globalmente e afeta pessoas de todas as culturas, etnias e status social e econômico, e as mulheres são as vítimas, na grande maioria dos casos (OMS, 2013). Este tipo de violência contra a mulher representa não somente uma das expressões mais extremas da desigualdade de gênero, como também uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das mulheres, além de funcionar como um obstáculo para o desenvolvimento global.

*Aluna do Programa de pós-graduação - Master of Philosophy in Global development Theory and Practice Faculty of Psychology – University of Bergen (Noruega)

**Professora associada do Programa de pós-graduação - Master of Philosophy in Global development Theory and Practice Faculty of Psychology – University of Bergen (Noruega)

A violência contra a mulher causada por um parceiro íntimo, seja ela física, sexual ou psicológica, é um fator contribuinte para a piora nas condições de saúde da mulher violentada. A proporção de mulheres que relataram ser abusadas fisicamente por um parceiro íntimo varia de 15% a 71%, dependendo do país estudado (OMS, 2013). Apesar do número alarmante de mulheres vítimas de violência, impetrada por um parceiro ou ex-parceiro, acredita-se que a maioria dos crimes contra a mulher nem sequer é registrada nos sistemas de denúncias oficiais. A violência doméstica é um crime difícil de medir com precisão absoluta devido a numerosas complicações, incluindo o estigma social que inibe as vítimas de divulgarem que estão sendo abusadas (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg & Watts, 2006; OMS, 2013).

Neste contexto, a violência doméstica é um problema que requer coordenação multidisciplinar de órgãos governamentais e não governamentais, como o sistema de justiça criminal (policiais, promotores e tribunais), o sistema social (assistência jurídica, serviços sociais e abrigos), a comunidade em geral (vizinhos, famílias, amigos, escolas e igrejas) e profissões da saúde (médicos, enfermeiros, conselheiros e assistentes sociais) (McClure, 1996). No entanto, essa coordenação muitas vezes não é bem-sucedida, já que muitos profissionais de saúde nem sempre reconhecem as vítimas de violência doméstica e alguns departamentos policiais não estão preparados para isso e podem mesmo causar constrangimentos às vítimas, revitimizando-as. (Capaldi *et al*, 2009; Payne e Gainey, 2009).

Além disso, muitas mulheres vítimas de violência doméstica, não denunciam seus agressores, de modo que a maior parte delas permanece anônima e, portanto, a violência também

permanence invisível (Reuland *et al*, 2006). No entanto, quando essas vítimas sofrem ferimentos graves que causam danos à sua saúde física, elas são atendidas por serviços de saúde. Como nem sempre a violência causa danos físicos que fazem a mulher buscar o serviço de saúde, ela deve, ainda assim, ser estimulada a buscar postos de polícia para acusações contra o agressor, o que muitas vezes não acontece. É importante que os responsáveis por desenvolver as políticas públicas compreendam como os profissionais que fazem parte da rede de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica entendem sua atuação nos serviços de saúde ou nas estações de polícia.

Pesquisadores no campo da violência doméstica reconhecem algumas barreiras que afetam a capacidade tanto dos profissionais de saúde como das mulheres em abordar o tema da violência doméstica. As dificuldades durante o exame médico incluem restrições de tempo, ausência de treinamento para lidar com a violência doméstica, constrangimento, medo de interferir na vida pessoal das pacientes e sentimentos de ineficácia (McLeer & Anwar, 1989; Sugg & Inui, 1992). A relutância de mulheres violentadas em revelar o episódio de violência aos profissionais de saúde é baseada no medo da vingança do agressor, constrangimento, humilhação, baixa autoestima e devoção familiar (Rodriguez, Quiroga, Bauer, 1996). À medida que a comunidade de saúde trabalha para melhorar a identificação e a intervenção dos profissionais de saúde, os legisladores têm respondido com uma série de regras e leis sobre o tema a fim de dar respaldo às vítimas após as denúncias. A maioria dos países tem em suas legislações a exigência de que os profissionais de saúde relatem todos os casos de pacientes com lesões causadas por motivo de violência aos profissionais da justiça criminal e existem

regras específicas para incluir vítimas de violência doméstica atendidas em serviços de saúde (Hyman, Schillinger, Lo, 1995). Essas regras mostram que a questão da violência doméstica vem sendo discutida em vários cenários e que medidas ainda precisam ser tomadas para o controle desse grave problema de saúde pública.

VIOLÊNCIA DOMESTICA

A Organização das Nações Unidas define violência contra a mulher como qualquer ato de “violência baseada em gênero que resulte ou possa resultar em dano físico ou sexual ou psicológico à mulher, incluindo ameaças de atos como coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada” (ONU, 1993). Os âmbitos desse tipo de violência incluem a violência física, sexual, psicológica e econômica que ocorre na família e na comunidade ou a violência cometida ou tolerada pelo Estado. A violência contra a mulher inclui violência doméstica, casamento infantil, gravidez resultante de estupro, crimes contra a honra, mutilação genital feminina, feminicídio, violência sexual e também outras formas de violência executadas por alguém que não seja um parceiro íntimo – como o assédio sexual, tráfico e violência em situações e áreas de conflito (ONU, 2015).

O presente capítulo foca na violência física ou psicológica causada por parceiros íntimos e será denominada no texto como violência doméstica. A violência doméstica é o resultado do poder, controle e comportamento coercitivo de um indivíduo em detrimento de outro em um relacionamento. Esta relação pode incluir relações matrimoniais e não matrimoniais (como namoros ou relacionamentos estáveis). O abuso frequentemente envolve isolamento social progressivo, intimidação, espancamento e lesões repetitivas, abuso

psicológico e agressão sexual, (Flitcraft, *et al*, 1992). Aproximadamente 90% das vítimas de violência doméstica são do sexo feminino (Buel, 1995; ONU, 2015). Elas são mulheres de todas as origens socioeconômicas, educacionais e étnicas. Globalmente, cerca de uma em cada três mulheres já foi submetida à violência física, sexual ou não sexual, por um parceiro íntimo (OMS, 2013; ONU, 2015). A violência contra a mulher pode levar às lesões físicas, depressão, estresse psicossocial, doenças sexualmente transmissíveis e morte, bem como causar resultados adversos da gravidez entre mulheres que sofreram violência doméstica durante a gestação (Ahmed, Koenig & Stephenson, 2006; OMS, 2013).

Diversas complicações de saúde são mais frequentes entre as mulheres que foram fisicamente ou sexualmente abusadas pelos seus parceiros íntimos. Essas vítimas apresentam probabilidade duas vezes maior de ter um aborto espontâneo ou induzido, são quase duas vezes mais propensas à depressão e, em algumas regiões, possuem 1,5 vezes mais chance de contrair o HIV, quando comparadas às mulheres que não sofreram violência (OMS, 2013). Embora poucos dados sejam acessíveis e uma enorme disparidade tenha sido demonstrada em como a violência psicológica é medida entre países e culturas, as evidências mostram altas taxas de prevalência em todo o mundo. Um total de 43% de mulheres distribuídas em 28 países membros da União Europeia relata ter sofrido alguma forma de violência psicológica por parte de um parceiro íntimo no decorrer de sua vida (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

NORMAS SOCIAIS E REGRAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE E NA JUSTIÇA

O capital social é um termo amplo que engloba as relações sociais, redes sociais e valores que facilitam a ação

coletiva para benefício mútuo. Pesquisadores associaram o capital social a uma série de comportamentos e resultados de saúde (Islam *et al*, 2006; Kim, Subramanian e Kawachi, 2008), incluindo a violência doméstica (Kirst *et al*, 2015). A relação entre capital social e violência doméstica pode ser positiva ou negativa. Por exemplo, alguns aspectos do capital social - como apoio social e coesão social - podem promover ambientes mais seguros. Em comunidades onde a organização social é forte e a violência é socialmente inaceitável, a incidência de comportamentos violentos provavelmente será menor (Kirst *et al*, 2015). Por outro lado, onde as redes sociais patriarcais são solidárias e os membros dessa rede compartilham os mesmos valores, os homens podem sofrer pressão social para se comportarem de maneira consistente com as normas tradicionais de gênero e masculinidade, que tem o potencial de perpetuar atitudes e ações prejudiciais às mulheres (Portes, 1998). Em algumas culturas, os homens têm privilégios sociais e também podem compartilhar visões amplamente aceitas em relação à violência contra a mulher devido à perpetuação do sistema patriarcal. O conhecimento sobre como o capital social pode ser abordado para mudar essas visões normativas poderia implementar intervenções bem-sucedidas de prevenção da violência doméstica.

As normas culturais e sociais influenciam muito no comportamento individual, incluindo o uso da violência. As normas tanto podem proteger o cidadão contra a violência, como podem apoiar e encorajar o uso dela. A aceitação cultural da violência, seja como um método normal de resolução de conflitos, ou como parte usual da criação de uma criança, é um fator de risco para todos os tipos de violência interpessoal (OMS, 2002). Como descrito anteriormente, este fato também pode ajudar a explicar por que países que apre-

sentem altos níveis de um tipo de violência também apresentam altos níveis de outros tipos (Lansford & Dodge, 2008).

Wilson e colaboradores apontam em seu estudo que os fatores humanos e a ergonomia geralmente decepcionam ao abordar “os aspectos sociais do desempenho” e impulsionam a compreensão da “maneira pela qual passamos a entender outras pessoas e o modo como os outros agem e como nosso relacionamento com eles também podem afetar nossa maneira de agir (Wilson *et al.* 2003). Recentemente, outros autores destacaram que há um crescente reconhecimento do “social” dentro dos fatores humanos (Farrington-Darby & Wilson, 2009). Esses aspectos são importantes para destacar nesta discussão, pois se pretende avaliar as atitudes e práticas dos profissionais da justiça criminal e da saúde, uma vez que esses profissionais estão expostos às mesmas normas sociais que a sociedade em que vivem e precisam lidar com os problemas de outras pessoas diariamente desprovidos de preconceitos e julgamentos pessoais.

REDE DE CUIDADOS PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: JUSTIÇA CRIMINAL E SERVIÇOS DE SAÚDE

A violência doméstica é um problema multidisciplinar que requer coordenação com o sistema de justiça criminal, o sistema social, a comunidade e os profissionais de saúde (McClure, 1996). Às vezes não é fácil coordenar a comunicação entre os diferentes setores ou até mesmo entre o mesmo setor. Os baixos índices de ocorrências dessas lesões nos prontuários médicos sugerem que esse fenômeno não possui a visibilidade necessária nessa área de atuação. Profissionais-chave envolvidos no sistema de atenção às vítimas de violência doméstica precisam receber treinamento especial para estarem preparados para abordar todas as questões delicadas que envolvem este tópico. A falta de conhecimento

e treinamento para atender casos de violência doméstica pode contribuir para a dificuldade dos profissionais em reconhecer e interpretar corretamente comportamentos associados a este tipo de violência. Muitos profissionais de saúde não reconhecem vítimas de violência doméstica no atendimento de rotina; e alguns departamentos de polícia ligados ao sistema de justiça criminal tem causado constrangimento às vítimas de violência, fazendo com que tais vítimas se sintam revitimizadas e busquem cada vez menos as delegacias (McClure, 1996; Capaldi *et al*, 2009).

Este capítulo tem como objetivo descrever a violência doméstica segundo a perspectiva da justiça criminal e dos profissionais de saúde e avaliar como as normas profissionais e sociais afetam suas atitudes e práticas em relação à violência doméstica. Esses profissionais estão na linha de frente dos cuidados de assistência à violência doméstica e têm abordagens específicas e importantes para ajudar mulheres vítimas desse tipo de violência. Nos próximos dois tópicos serão descritos a abordagem utilizada por estes profissionais e as suas dificuldades em lidar com este tópico.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar na ajuda às mulheres que sofrem violência doméstica, ou qualquer outro tipo de violência. Aqueles que trabalham na comunidade, em unidades de saúde e clínicas de especialidades, podem ouvir rumores de que uma mulher esteja sendo abusada física ou psicologicamente, ou perceber evidências de violência quando as mulheres procuram tratamento para outras condições de saúde. Aqueles que trabalham em unidades de emergência hospitalar geralmente são os primeiros a examinar mulheres vítimas de vio-

lência doméstica ou vítimas de estupro. No entanto, apesar da alta magnitude da violência doméstica contra a mulher, esse fenômeno não possui a visibilidade necessária na saúde (Piosiadlo *et al*, 2014). Para os serviços de saúde estarem preparados para atender lesões e complicações de saúde decorrentes da violência doméstica é essencial que o profissional de saúde entenda a vulnerabilidade das mulheres à violência como um indicador das discriminações e desigualdades sociais que superam o conceito de risco (Piosiadlo *et al*, 2014). Eles precisam ser sensíveis ao problema da violência e precisam receber treinamento para percebê-lo e saber abordá-lo.

Mulheres vítimas de violência são mais propensas a procurar serviços de saúde do que as mulheres em geral. Profissionais de saúde podem fornecer medidas de prevenção e assistência para os casos de violência, além de desempenhar importante papel no reconhecimento e acompanhamento das mulheres antes que novos incidentes e sequelas ocorram (Kronbauer & Meneghel, 2005; Moreira, Galvão, Melo, de Azevedo, 2008). A responsabilidade dos serviços de saúde em lidar com a violência contra as mulheres compreende uma definição mais ampla de saúde, que inclui a compreensão e modificação de atitudes, crenças e práticas. Essa responsabilidade vai além de oferecer diagnósticos e tratamento para as lesões das pacientes (Minayo & Souza, 1999). A principal responsabilidade dos sistemas de saúde com as mulheres que enfrentam os efeitos da violência doméstica é oferecer um atendimento eficaz. Um atendimento adequado pode ajudar no reconhecimento, na abordagem e na prevenção de uma nova ocorrência de violência, além de atenuar suas consequências.

Os profissionais de saúde também têm um papel importante

nas unidades de atenção primária, onde podem trabalhar na prevenção e na abordagem do risco da violência, agindo antes que ela ocorra. Isso pode ser feito por meio do registro de casos de violência doméstica, destacando seu problema de saúde, e incentivando ações com os setores sociais e criminais. O desenvolvimento de políticas de saúde, incluindo agendas de treinamento para profissionais de saúde, para prepará-los a abordar casos de violência doméstica enfrenta obstáculos individuais e organizacionais (Sugg *et al*, 1999; Sprage *et al*, 2012). Pesquisas anteriores sugerem que a propagação de dados ou treinamentos realizados de maneira isolada não fazem transformações estáveis e sustentáveis (McCaw *et al*, 2001; Fanslow, Norton, Robinson, 1999) e que uma abordagem inclusiva é necessária (McCaw *et al*, 2001; Fanslow, Norton, Robinson, 1999; O'Campo *et al*, 2011). A conduta dos profissionais de saúde será diferente dependendo do nível de percepção em relação às mulheres ou ao reconhecimento do caso de violência, do tipo de violência e do ponto de admissão ou nível de atenção em que a vítima é reconhecida. As ações dos profissionais de saúde incluem identificação, resposta inicial ao atendimento na admissão ou na identificação e prestação de cuidados clínicos e acompanhamento, incluindo o encaminhamento adequado para as mulheres que enfrentam uma situação de violência doméstica.

PROFISSIONAIS DA JUSTIÇA CRIMINAL

Quando as mulheres são corajosas o suficiente para denunciar seu agressor, apesar do estigma que lhes é atribuído, vem o questionamento sobre como elas estão sendo recebidas nos departamentos de polícia. Apesar de haver o disque denúncia – ligue 180 – com funcionamento 24 horas, ainda há falhas no sistema policial. Um exemplo disso é o

fato de que nem todas as delegacias da mulher permanecem abertas 24 horas por dia, e algumas não abrem nos finais de semana. Entretanto, a falha mais grave está no despreparo de alguns profissionais, que muitas vezes não são treinados para lidar com casos tão complexos e que exigem sensibilidade extra por parte do profissional. Há delegacias de polícia para mulheres nas quais a atitude dos agentes não difere dos agentes das delegacias comuns, mas das lacunas no serviço policial, a polícia continua sendo um dos principais serviços que as vítimas buscam para prevenir e descontinuar casos de violência doméstica. Entretanto é importante citar que, apesar do papel da polícia em casos de violência doméstica ser crucial (Reuland *et al*, 2006), muitas mulheres ainda não procuram ajuda policial quando a sofre, ou quando o fazem, não conseguem obter o apoio necessário.

O sistema de justiça criminal nem sempre está preparado para oferecer um bom atendimento individualizado às vítimas de violência doméstica devido a deficiências de recursos financeiro, falta de treinamento adequado, ou preconceitos com as vítimas (Paine & Gainey, 2009). Em geral, a participação da justiça criminal em casos de violência doméstica tem como objetivo (1) prevenir futuras transgressões ao agressor, (2) proteger a vítima e a sociedade, (3) responsabilizar o infrator, (4) tratar o agressor e (5) propor compensação à vítima (Formby, 1992; Heisler, 1991; Heisler & Quinn, 1995). No entanto, a participação da justiça criminal pode ocasionalmente contribuir para o aumento da violência doméstica, já que nem sempre consegue defender a vítima, falha em responsabilizar o agressor e em oferecer uma proteção adequada à vítima. Em geral, a justiça criminal não ser organizada com o objetivo principal de assistir vítimas de violência doméstica, nos últimos anos várias melhorias

foram desenvolvidas para responder às necessidades das vítimas de violência doméstica neste setor.

A mulher vítima de violência doméstica recorre às delegacias quando não vê outra alternativa e precisa por um fim ao caso de violência antes que este chegue à um caminho sem retorno. Um estudo realizado nos Estados Unidos constatou que as vítimas de violência doméstica são mais tendentes do que outras vítimas a chamar a polícia pela autopreservação e porque reconhecem os ataques domésticos como mais graves do que outras transgressões (Felson *et al.*, 2002). Quando as mulheres decidem envolver a polícia, confiam no papel da justiça criminal em oferecer-lhes segurança. Além disso, se a polícia atender às expectativas, essas mulheres tenderão a chamar mais a polícia nos próximos episódios de violência (Fleury-Steiner, Baybee, Sullivan, 2006).

Como mediadores, os policiais agem para restabelecer a ordem e reunir as partes de forma pacífica, com uma intervenção durante a crise. A intervenção de crise não é um substituto da detenção, mas pode ser dada em complemento à prisão do agressor ou em casos em que a detenção não seja possível (Payne & Gainey, 2009). Como conselheiros, os policiais podem informar as vítimas de seus direitos legais e orientar como agir em casos iminentes de violência (Dakis, 1995; Finn, 1991). A atenção aos casos de violência é considerada adequada quando a parceria entre a justiça criminal, o sistema de saúde e o serviço social transcorre sem barreiras ou complicações e a vítima de violência tem sua situação resolvida com sucesso.

VIOÊNCIA DOMESTICA NO BRASIL

A discussão sobre violência doméstica no Brasil recebeu visibilidade em 2001, quando a Comissão Interamericana de

Direitos Humanos recebeu uma denúncia de *Maria da Penha Maia Fernandes* alegando que o governo brasileiro havia implicitamente tolerado ou mesmo sido conivente com a violência perpetrada contra ela por seu marido, uma vez que não a protegeu adequadamente ou puniu seu marido pela agressão perpetrada contra ela. A essa altura, já havia passado mais de 15 anos desde a ocorrência da agressão e não ainda não havia resolução judicial. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos analisou vários documentos de controle e verificou que o Brasil não havia exercido a devida diligência em responder à difícil situação da Sra. Fernandes. Entre outras fontes legais, a Comissão baseou-se na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Convenção de Belém do Pará. Em seu relatório, a Comissão constatou que a violência sofrida pela Sra. Fernandes era “parte de um padrão geral de negligência e da falta de ação efetiva por parte do Estado Brasileiro no processo e condenação de agressores” e que a “ineficácia judicial geral e discriminatória” cria um clima que é propício para que a violência doméstica ocorra no país” (OEA, 2001). Toda essa ação contribuiu para que no ano de 2006 o Congresso Brasileiro apresentasse a lei “Maria da Penha” com o objetivo de reduzir a violência doméstica no país (Brasil, 2006).

É sabido que o Brasil apresenta um dos índices mais altos de violência contra mulheres na América Latina, ocupando o 11º lugar na lista de 32 países americanos em homicídios femininos e o quarto na América Latina, atrás de El Salvador, Guatemala e Honduras - todos eles países com menor nível de desenvolvimento econômico e com histórias recentes de violentos conflitos civis. Em 2012, 5.496 mulheres foram internadas no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, devido a agressões. Além das vítimas hospitalizadas, 37.800

mulheres, entre 20 e 59 anos, necessitaram de cuidados no SUS por terem sido vítimas de algum tipo de violência. O número é quase 2,5 vezes maior que o número de homens na mesma faixa etária, que foram tratados pelo mesmo motivo, segundo dados do Ministério da Saúde (Agência Brasil, 2012). Um antigo estudo realizado em uma unidade de atenção primária em São Paulo apontou que, embora 57% dos usuários tenham relatado algum episódio de violência física em suas vidas, apenas 10% dos casos foram registrados nos prontuários médicos (Heise, Ellsberg e Gottemoeller, 1999). Apesar da condição para a mulher estar melhorando lentamente no país, uma mulher ainda é atacada a cada 15 segundos, e uma é assassinada a cada duas horas. Nas últimas três décadas, pelo menos 92 mil mulheres foram mortas, muitas nas mãos de seus parceiros, segundo a pesquisa de 2012 (Agência Brasil, 2012).

Um estudo no Brasil analisou a correlação entre a Lei Maria da Penha e violência por parceiro íntimo em dois estados brasileiros (São Paulo e Pernambuco) e descreveu um aumento na prevalência de violência física e uma diminuição na prevalência de violência sexual e psicológica. Esse aumento na notificação pode ter sido causado por uma intensificação dos casos de violência física, ou um aumento da consciência do problema pelos profissionais de saúde, ou uma combinação de ambos os fatores. Além disso, a análise mostrou que na área urbana de São Paulo, a violência física tende a ser mais grave e acontecer em casa, enquanto na área rural de Pernambuco, a violência física tende a ser mais moderada e ocorrer em áreas públicas (Gattegno *et al*, 2016).

O governo brasileiro tentou abordar essa questão quando, em 2003, criou um novo ministério, a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), o que provocou um aumento no financiamento governamental de serviços destinados à prevenção

e tratamento da violência doméstica, incluindo delegacias especiais para mulheres - as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs). No ano de 2006, o congresso apresentou a lei “Maria da Penha”, uma legislação internacionalmente louvada que visa reduzir a violência doméstica no país (Perova & Reynolds, 2015).

A Lei Maria da Penha criou mecanismos para prevenir e conter a violência doméstica de acordo com a Constituição Brasileira, a convenção de Bélem do Pará e a Convenção para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher: ela introduz tribunais especiais sobre violência doméstica, estabelece medidas de assistência e proteção às vítimas. A lei deu um impulso adicional à expansão das DEAMs, que são consideradas parte importante da infraestrutura necessária para a implementação da Lei Maria da Penha. Apesar de sua crescente popularidade, pouco se sabe sobre a efetividade real de tais delegacias de polícia e estudos são necessários para o monitoramento contínuo do funcionamento (Perova & Reynolds, 2015).

Reconhecendo a necessidade de uma rede baseada em gênero para ajudar as mulheres vítimas de violência, alguns países criaram unidades especiais dentro da polícia para lidar especificamente com a violência doméstica. Argentina, Bolívia, Brasil, Equador, Gana, Índia, Kosovo, Libéria, Nicarágua, Peru, Filipinas, Serra Leoa, África do Sul, Uganda e Uruguai foram países onde essas delegacias foram implementados. Na América Latina, o Brasil possui o maior número de delegacias especiais para mulheres (DEAMs), com quase 500 estações em 2009. Ainda existem muitas falhas no sistema de atendimento integral às vítimas de violência. O número insuficiente de delegacias de polícia para mulheres é incapaz de

atender a um grande número de casos de violência. Além disso a falta de delegacias de mulheres em alguns distritos faz com que as vítimas procurem ajuda em delegacias de polícia comuns. Em relação à saúde, os profissionais de saúde são obrigados a notificar aos sistemas de vigilância em saúde municipais ou estaduais qualquer caso de violência doméstica ou sexual que identifiquem ou prestem atendimento a essas vítimas. A obrigatoriedade está contida na Portaria do Ministério da Saúde a partir de 2011 (Brasil, 2011), mas em muitas situações eles não fazem a notificação e justificam com base na confidencialidade médico-paciente.

CONCLUSÕES

Este capítulo relata que a justiça criminal e os profissionais de saúde enfrentam uma situação complexa em relação à violência doméstica porque, por um lado, esses profissionais acham difícil identificar possíveis casos de violência e, por outro, acham complicado discutir esse assunto com as mulheres uma vez que o assunto é exposto. Os profissionais têm dificuldades para identificar, oferecer atendimento e encaminhar mulheres vítimas de violência doméstica para serviços especializados, o que enfatiza a ideia de que, em geral, esses profissionais não se sentem suficientemente capacitados para lidar com o problema.

Em geral, a justiça criminal e os profissionais de saúde percebem as limitações para lidar com a violência doméstica devido às condições dos serviços oferecidos pelas instituições e em relação ao que eles, como profissionais, sentem que podem oferecer a essas mulheres. Essas questões dizem respeito à motivação e conscientização do profissional; treinamento e capacitação; a formação de equipes multidisciplinares para o desenvolvimento de ações de apoio terapêutico e tempo para desenvolver ações educativas. Há também

necessidade de mudanças dentro das práticas pessoais dos profissionais, bem como necessidade de melhor organização dos serviços.

Assim, se profissionais engajados no cuidado da mulher têm apontado as dificuldades para lidar com alguns sentimentos das vítimas de violência doméstica, como «mágoa e vergonha», encontram dificuldades em “quebrar o silêncio” dessas mulheres, devem também lembrar que esses sentimentos e atitudes são parte do problema a ser enfrentado, e que alternativas que possam contribuir para melhor atender as mulheres que buscam os serviços de saúde e justiça devem ser oferecidas. Nesse sentido, promover uma escuta respeitosa e solidária, que acredite na fala da mulher vítima, sem expressar críticas ou atitudes que possam ser entendidas como culpa ou desprezo por elas, são atitudes comportamentais que os profissionais devem almejar. Essas atitudes podem levar à transformação da vida das mulheres em situações de violência.

Alguns profissionais de saúde acham que não devem se envolver nos casos de violência por não possuírem instrumentos nas unidades de saúde que lhes permitam lidar com uma situação tão complexa. A falta de treinamento para lidar com os casos de violência também pode causar situações desconfortáveis no atendimento e alguns profissionais, por não saberem o que dizer, se sentem impotentes diante da situação ou se limitam aos aspectos físicos da saúde (Schraiber *et al*, 2003). As expectativas dos profissionais de saúde nem sempre se coadunam com as expectativas das mulheres, que prevêem atendimento integral e não apenas a abordagem dos problemas sintomáticos (Moreira *et al*, 2008).

A relativa “ocultação” da violência doméstica é enfatizada devido à complexidade desse tipo de violência, tornando as intervenções mais desafiadoras de se abordar. Assim, muitas mulheres não contam e muitos profissionais de saúde não perguntam sobre a violência. Existe uma crença geral de que a violência doméstica é um problema privado e só pode ser resolvido em um ambiente privado. É preciso mudar esse pensamento para que se possa oferecer melhor assistência a essas vítimas. Crenças e normas pessoais percebidas sobre a aceitabilidade da violência doméstica são importantes determinantes do ambiente de risco para as mulheres. É importante ressaltar que características individuais, antecedentes familiares e ambientais e até mesmo perfil profissional podem interferir na forma como um profissional da saúde ou da justiça criminal lida com os casos de violência. Há muitas perguntas a serem respondidas em relação ao atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica. Uma vez que essas vítimas conseguem quebrar a barreira do silêncio e denunciar seu agressor, qual é o acolhimento que elas têm nos departamentos de polícia ou nos hospitais? A rede de atendimento, que tem como integrantes indispensáveis os sistemas de justiça criminal e de saúde, ainda não é forte o suficiente para sustentar o atendimento a essas vítimas e a combater a violência de gênero.

REFERÊNCIAS

Agência Brasil. (2012). Mapa mostra aumento e disseminação da violência no Brasil. Acessado em 18/09/2017 at <http://agenciabrasilebc.com.br/geral/noticia/2014-07/p-2brasil-viveu-aumento-e-disseminacao-da-violencia-segundo-mapa-da-violencia>

Ahmed, S., Koenig, M.A., Stephenson, R. (2006). Effects of domestic violence on perinatal and early childhood mortality: Evidence from North India. *American Journal of Public Health*, 96, 1423-1428.

Brasil. (2006). Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Acessado em 12/08/2017 at http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

Brasil. (2011) Brazilian Ministry of Health. Portaria Nº 104, from January 25, 2011. DOU de 26/01/2011 (nº 18, Seção 1, pág. 37)

Buel, S. M. (1995). Practical recommendations for physicians and the medical community.

Women's Health Issues, 5(4), 158-172.

Capaldi, D.M., Shortt, J. W., Kim, H. K., Wilson, J., L. Crosby, L., Tucci S. (2009). Official Incidents of Domestic Violence: Types, Injury, and Associations with Nonofficial Couple Aggression. *Violence Vict*; 24(4): 502-519.

Dahlberg, L.L., Mercy, J.A. (2009) History of violence as a public health issue. *AMA Virtual Mentor*, Volume 11, No. 2: 167-172. Acessado em 21/02/2018 at <http://virtualmentor.ama-assn.org/2009/02/mhst1-0902.html>.

Dakis, L. (1995). "Dade County's Domestic Violence Plan: An Integrated Approach." *Trial* 31:44-48.

European Union Agency for Fundamental Rights (2014). Violence against women: an EU-wide survey, p. 71. Acessado em 18/12/2017 em <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>.

Fanslow, J.L., Norton, R.N., Robinson EM. (1999). One year follow-up of an emergency department protocol for abused women. *Aust N Z J Public Health*; 23: 418-20.

Farrington-Darby, T., Wilson, J.R. (2009). Understanding social interactions in complex work: A video ethnography. *Cognition, Technology & Work*;11:1-15.

Felson, R.B., Messner, S.F., Hoskin A.W., Deane G. (2002). "Reasons for Reporting and Not Reporting Domestic Violence to the Police." *Criminology: An Interdisciplinary Journal* 40:617-648.

Fleury-Steiner, R. E., Baybee D., Sullivan, C.M. (2006). "Contextual Factors Impacting Battered Women's Intentions to Reuse the Criminal Legal System." *Journal of Community Psychology* 34(3):327-342.

Flitcraft, A., Hadley, S., Hendricks-Matthews, M., McLeer, S., Warshaw, C. (1992). Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. American Medical Association, Chicago, IL.

Finn, P. (1991). "State-by-State Guide to Enforcement of Civil Protection Orders." *Journal of the Center for Women Policy Studies* 14:3-12.

Formby, W.A. (1992). "Should Elder Abuse Be Decriminalized? A Justice System Perspective." *Journal of Elder Abuse & Neglect* 4:121-130.

Garcia-Moreno, C, Jansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C.H. (2006). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. Oct 7; 368(9543):1260-9.

Gattegno, M.V., Wilkins, J.D., Evans, D.P. (2016). The relationship between the Maria da Penha Law and intimate partner violence in two Brazilian states. *International Journal for Equity in Health*, 15:138. DOI 10.1186/s12939-016-0428-3.

Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No.11. Acessado em 20/03/2018 at http://www.vawnet.org/assoc_files_vawnet/populationreports.pdf

Heisler, C.J. (1991). "The Role of the Criminal Justice System in Elder Abuse Cases." *Journal of Elder Abuse & Neglect* 3:5-33.

Heisler, C.J., and M.J. Quinn (1995). "A Legal Perspective." *Journal of Elder Abuse & Neglect* 7:131-156.

Hyman, A, Schillinger D, Lo B. (1995). Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *JAMA*; 273:1781-1787

Islam, M.K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., Gerdtham, U.G. (2006) Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal of Equity in Health*, 5, 3.

Kim, D., Subramanian, S.V., Kawachi, I. (2008). Social capital and physical health: A systematic review of the literature. In: Kawachi, I., Subramanian, S.V., Kim, D. (Eds.), *Social Capital and Health*. Springer: New York, NY, pp.139-190.

- Kirst, M., Lazgare, L. P., Zhang, Y. J., O'Campo, P.** (2015). The effects of social capital and neighborhood characteristics on intimate partner violence: A consideration of social resources and risks. *American Journal of Community Psychology*, 55, 314-325.
- Kronbauer, J.F.D., Meneghel, S.N.** (2005) Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*; 39(5):695-701.
- Lansford, J. E., Dodge K.A.** (2008) Cultural norms for adult corporal punishment of children and societal rates of endorsement and use of violence. *Parenting: Science and Practice*, 8:257-270.
- McCaw, B., Berman, W.H., Syme, S.L., Hunkeler EF.** (2001). Beyond screening for domestic violence: a systems model approach in a managed care setting. *Am J Prev Med* 2001; 21: 170-76.
- McClure, B.M.** (1996). Domestic Violence: The Role of the Health Care Professional. *Michigan Family Review*. Volume 02, Issue 1, Spring 1996, pp. 63-75 Permalink: <http://hdl.handle.net/2027/spo.4919087.0002.105>
- McLeer, S.V., Anwar, R.** (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *Am J Public Health*; 79:65-66
- Minayo, M.C.S., Souza, E.R.** (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cien Saude Coletiva*; 4(1):7-23.
- Moreira, S.N, Galvão, L.L., Melo, C.O., de Azevedo, G.D.** (2008). Physical violence against women from the perspective of health professionals. *Rev Saude Publica*; 42(6):1053-9.
- O'Campo P, Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., Ahmad, F.** (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med*; 72: 855-66.
- OEI.** (2001). Organização dos Estados Americanos. Maria da Penha Maia Fernandes v. Brasil case, 16 April 2001, InterAmerican Commission of Human Rights, Case 12.051, Report No. 54/01. Acessado em 28/03/ 2018: www1.umn.edu/humanrts/cases/54-01.html
- OMS.** (2002) World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.
- OMS** (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, p.2. Geneva, Switzerland: WHP Press.
- ONU.** (1993) Declaration on the Elimination of Violence against Women. The General Assembly. A/RES/48/104, 85th plenary meeting. 20 December 1993.
- ONU.** (2015) The World's Women 2015: Trends and Statistics. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Sales No. E15.XVII.8. Chapter 6: Violence against women, 139-161.
- Payne, B.K., Gainey R.R.** (2009). Family violence and criminal justice: a life-course approach. Brian K. Payne, Randy R. Gainey 3rd ed. 779ps.
- Perova, E., Reynolds, S.** (2015). Women's Police Stations and Domestic Violence: Evidence from Brazil. Acessado em 31/05/2017. <http://documents.worldbank.org/curated/pt/441331467987820782/pdf/WPS7497.pdf>
- Piosiadlo, L.C.M., Fonseca, R.M.G, Gessner, R.** (2014). Subordination of gender: reflecting on the vulnerability to domestic violence against women. *Escola Anna Nery*, 18(4), 728-733.
- Portes, A.** (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Reuland, M., Morabito, M. S., Preston, C., & Cheney, J.** (2006). Police-community partnerships to address domestic violence. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Community Policing Services. Acessado em 18/11/2017 at <https://ric-zai-inc.com/Publications/cops-w0766-pub.pdf>
- Rodriguez M.A., Quiroga S.S., Bauer H.M.** (1996). Breaking the silence: battered women's perspectives on medical care. *Arch Fam Med*; 5:153-158.
- Schraiber L.B., d'Oliveira A.F.P.L., Hanada H., Figueiredo W., Couto M., Kiss L., Durand J., Pinho**

- A.** (2003). Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface* (Botucatu); 7(12):41-54.
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N.K., Bhandari, M., Goslings, J.C.** (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*; 52: 587–605.
- Sugg, N.K., Inui, T.I.** (1992). Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's Box. *JAMA*; 267:3157–3160.
- Sugg, N.K., Thompson, R.S., Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP.** (1999). Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Arch Fam Med*; 8: 301–06.
- Wilson, J.R., Jackson S., Nichols S.** (2003). Cognitive work investigation and design in practice: The influence of social context and social work artefacts. In: Hollnagel E, editor. *Handbook of Cognitive Task Design*. Lawrence Erlbaum; Mahwah, NJ: pp. 83–97.