

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS – CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO-SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EaD**

**VIOLÊNCIAS E SUAS REPERCUSSÕES NO CAMPO
DA SAÚDE: uma reflexão teórica**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

JACIARA BRAAMBATI PELISSER

**Tapejara, RS, Brasil
2011**

VIOLÊNCIAS E SUAS REPERCUSSÕES NO CAMPO DA SAÚDE: uma reflexão teórica

Jaciara Braambati Pelisser

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a. Dda. Marta Cocco da Costa

**Tapejara, RS, Brasil
2011**

**Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde - EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Monografia
de Conclusão de Curso**

**VIOLÊNCIAS E SUAS REPERCUSSÕES NO CAMPO DA SAÚDE:
uma reflexão teórica**

elaborada por
Jaciara Braambati Pelisser

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

COMISSÃO EXAMINADORA:

Marta Cocco da Costa, Dda.
(Presidente/ Orientadora – UFSM/CESNORS)

Ricardo Vianna Martins, Dr.
(Membro da Banca UFSM/CESNORS)

Maria da Graça Soler Rodrigues, Ms.
(Membro da Banca UFSM/CESNORS)

Tapejara, 01 de julho de 2011.

SUMÁRIO

RESUMO	04
RESUMEM	06
ABSTRACT	08
1 INTRODUÇÃO	09
2 CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura	12
2.1 Inserção da Violência no Cenário da Saúde: aspectos históricos e epidemiológicos.....	12
2.2 Práticas Assistenciais e de Enfrentamento da Violência no Cotidiano de Trabalho dos Profissionais da Saúde.....	16
2.3 Limitações e Desafios do Setor Saúde na Visibilidade dessa Problemática.....	19
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

VIOLÊNCIAS E SUAS REPERCUSSÕES NO CAMPO DA SAÚDE: uma reflexão teórica

AUTORA: JACIARA BRAAMBATI PELISSER
ORIENTADORA: Dda MARTA COCCO da COSTA
Data e Local da Defesa: Tapejara, 1 de julho de 2011.

O presente estudo tem como objetivo proporcionar uma reflexão teórica sobre o tema da violência e suas repercussões no cenário da saúde. O mesmo busca discutir elementos da construção histórica de inserção da violência no cenário da saúde, que hoje já pode ser vista como um dos maiores e mais crescentes problemas de saúde e de saúde pública, pois afeta a saúde física e psíquica das vítimas, sendo impressionante as conseqüências que ela é capaz de provocar, tanto a curto como a longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países. O trabalho também se propõe a traçar uma reflexão acerca das práticas assistenciais e de enfrentamento da problemática violência, o campo de atuação dos profissionais de saúde, destacando-se assim práticas de acolhimento a vítima, de escuta e formação de vínculo, de encaminhamento e notificação a órgãos competentes e do cuidado a vítima, tanto nas lesões físicas como emocionais. Frente às práticas realizadas atualmente no setor saúde, fica visível que elas ainda não conseguem dar conta da magnitude ocasionada pela violência, desta forma o estudo elenca algumas limitações e desafios profissionais que precisam ser superados com urgência para que exista melhoramento no atendimento as vítimas de violência. No que se trata da contribuição peculiar dos profissionais, vários desafios são colocados entre eles a reorganização dos serviços para atender às necessidades alocadas pela violência; a formação profissional e introdução da temática violência na formação permanente das equipes de saúde para sensibilização e desenvolvimento de métodos, técnicas e habilidade de atendimento em casos de violência. Além destes, ainda existem os desafios pessoais dos profissionais, em vencer o medo, o preconceito e a indiferença e principalmente se conscientizar que a denuncia de um agressor

também faz parte do trabalho em saúde. Com este estudo, pretende-se fornecer aos profissionais da saúde elementos teóricos e compreensivos, como também fomentar a visibilidade dessa problemática no cenário de cuidado da saúde.

Descritores: Violência. Serviços de saúde. Profissional da saúde.

RESUMEM

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

VIOLENCIA Y SUS EFECTOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: una reflexión teórica

AUTORA: JACIARA BRAAMBATI PELISSER
ORIENTADORA: Dda MARTA COCCO da COSTA
Data e Local da Defesa: Tapejara, 1 de julho de 2011.

El presente estudio tiene como objetivo ofrecer una reflexión teórica sobre el tema de la violencia y sus repercusiones en el escenario de la salud. El mismo búsqueda discutir elementos de la construcción histórica de la inserción de la violencia en el escenario de la salud, hoy se puede ver como uno de los más grandes y crecientes problemas de salud y la salud pública, ya que afecta a la salud física y las víctimas psicológicas, siendo impresionante las consecuencias que es capaz de causar, tanto a corto y largo plazo, para las personas, familias, comunidades y países. El trabajo también propone traza una reflexión sobre las prácticas de asistencia y afrontar la problemática violencia, el campo de actuación los profesionales de la salud, especialmente las prácticas de acogida a las víctimas, de escucha y enlace de formación, la expedición y la notificación a los órganos pertinentes y la atención de la víctima, tanto en lesiones físicas como emocionales. El frente a las prácticas efectúan actualmente en el sector de la salud, se hace visible que todavía no pueden dar cuenta de la magnitud causada por la violencia, así, el estudio enumeran algunas limitaciones y los retos profesionales que deben superarse con urgencia por lo hay mejoras en el servicio a las víctimas de la violencia. En este caso de la contribución especial de los profesionales, varios desafíos se colocan entre ellos la reorganización de los servicios para satisfacer las necesidades asignadas por la violencia; la formación profesional y la introducción del tema de la violencia en la formación permanente de los equipos de salud para la sensibilización y el desarrollo de métodos, técnicas y habilidades de atención en casos de violencia. Además de estos, todavía hay desafíos personales para profesionales, para superar el miedo, el prejuicio y la indiferencia y sobre todo conocer que la denuncia de un agresor es también parte de la labor sobre la salud. Con este estudio, desea proporcionar para

los profesionales de la salud elementos teóricos y comprensión, pero también promover la visibilidad del problema en el escenario de la atención de la salud.

Descriptor: Violencia, Servicios de Salud, Profesional de la Salud.

ABSTRACT

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

VIOLENCE AND ITS EFFECTS IN THE FIELD OF HEALTH: a reflection theoretical

AUTORA: JACIARA BRAAMBATI PELISSER
ORIENTADORA: Dda MARTA COCCO da COSTA
Data e Local da Defesa: Tapejara, 1 de julho de 2011.

This study aims to provide a theoretical reflection on the topic of violence and its impact on the health scenario. This also discusses elements of the historical construction of insertion of the violence in the health scenario, which now can be seen as one of the largest and fastest growing health problems and public health because it affects the physical and psychological health of victims, with impressive the consequences it can cause both short and long term for individuals, families, communities and countries. The work also aims to draw a reflection about the care practices and issues facing the violence, the field of action of health professionals, especially if they practice the victim host, listening and bond formation, routing and notification the competent organs and casualty care, both in physical and emotional injuries. Faced with the practices currently undertaken in the health sector, it becomes apparent that they still can not realize the magnitude caused by violence, so the study lists some limitations and professional challenges that need to be addressed urgently so that there is improvement in meeting the victims of violence. As it is the peculiar contribution of professionals, several challenges are placed between them reorganization of services to meet allocated by the violence, the training and introduction of the theme of violence in ongoing training for health staff awareness and development of methods, technical skill and care in cases of violence. Besides these, there are the personal challenges of professionals in overcoming the fear, prejudice and indifference, especially to realize that the denunciation of an aggressor is also part of health work. This study is intended to provide information to health professionals and theoretical understanding, but also promote the visibility of this issue in the setting of health care.

Descriptors: Violence. Health Services. Health Professional.

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um trabalho de reflexão teórica que tem como tema a violência e suas repercussões no cenário da saúde. Inicia-se mencionando que a violência pode ser considerada por muitos um grave problema socio-histórico, mas também já pode ser vista como um dos maiores e mais crescentes problemas de saúde e da saúde pública, pois afeta a saúde física e psíquica das vítimas, sendo impressionante as conseqüências que ela é capaz de provocar, tanto a curto como a longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países.

Minayo (2006) destaca em seu livro “Violência e Saúde” os aspectos teóricos e a polissemia do termo violência. Segundo a autora o vocábulo tem origem latina e vem da palavra "vis", que significa força. Destaca que as características da violência são oriundas de conflitos de autoridade, de lutas pelo poder, da vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens.

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) definem o tema da violência como o uso intencional da força física ou do poder, de forma real ou em tons de ameaças, contra si próprio, contra outra pessoa, ou ainda, contra um grupo ou comunidade, que pode resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Destacam que existe a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais. Violência inclui também, o uso do poder, expresso por ameaças de agressões, intimidações por negligências e omissões.

Apesar da violência ter sua origem caracterizada como um fenômeno sócio-histórico, o Ministério da Saúde (2005) entende que na atualidade, a violência também se caracteriza como um problema de saúde pública em vários países. Tal entendimento se dá pelo grande número de vítimas e a magnitude das seqüelas orgânicas e emocionais que esse fenômeno é capaz de produzir.

Devido aos efeitos danosos que pode ocasionar, a violência acaba pressionando o atendimento nos serviços de saúde, o que contribui com a sobrecarga de atendimentos existentes atualmente no serviço público em saúde brasileiro. No cotidiano dos serviços de saúde, constata-se a precariedade ou ausência de registros e práticas terapêuticas adequadas, levando à invisibilidade dos eventos relativos às violências, especialmente a morbidade deles decorrente,

desfocalizando o olhar sobre as vítimas e agressores (COCCO, 2007). A autora menciona ainda que as estruturas dos serviços, bem como os profissionais, apresentam dificuldades em abordar esse fenômeno. Em muitas situações, acreditam não fazer parte de suas responsabilidades aproximarem-se desse assunto, por receio de se envolverem em conflitos ou, ainda, por não estarem preparados para desenvolver uma assistência integral, propondo soluções efetivas às vítimas.

A invisibilização da violência, muitas vezes, é um elemento de “defesa psíquica” e das práticas dos profissionais que não desenvolveram habilidades (competências) para lidarem com essas situações e, portanto, direcionam suas condutas e práticas para a queixa, sem questionar ou investigar os possíveis motivos, para além da lógica clínica, pautada em sinais e sintomas (LEAL, 2010).

Leal (2010) menciona em seus estudos que os profissionais de saúde, muitas vezes, negam a questão da violência, dizendo que esta não faz parte de suas atividades no cotidiano de trabalho. No entanto, esta negação se desmascara à medida que os profissionais acabam relatando casos envolvendo atos violentos, das dificuldades, dos enfrentamentos, das condições de trabalho, dos escassos recursos e da precária rede de apoio disponível nos serviços.

Ferreira (2005) destaca que a existência de serviços de qualidade para o atendimento de vítimas não fatais pode prevenir futuras fatalidades, reduzir seqüelas de curto e longo prazo e ajudar os afetados a lidar com o impacto da violência interpessoal em suas vidas. Acrescenta ainda que atualmente a maioria das instituições brasileiras, não apresenta equipes formadas especificamente para o atendimento às vítimas de violência, cabendo aos profissionais que trabalham nestas instituições decidirem a melhor forma de abordar a situação e realizar os encaminhamentos que entender como apropriado.

Diante desta realidade e a partir das leituras realizadas sobre a temática, evidencia-se a relevância de estudos nesta área, já que é de extrema necessidade que os profissionais de saúde e os serviços de saúde, “entendam” e principalmente sejam perspicazes no compreender o paciente no atendimento quando se trata de situações de violência. Essa relevância do tema violência na atualidade, constitui-se como uma das principais motivações para a realização desta reflexão teórica, assim como o interesse em contribuir na melhoria das práticas e ações dos profissionais na área da saúde.

Com isso, o presente trabalho busca discutir elementos da construção histórica de inserção da violência no cenário da saúde, bem como traçar uma reflexão acerca das práticas assistenciais e de enfrentamento dessa problemática, elencando algumas limitações e desafios. Pretende-se fornecer aos profissionais da saúde elementos teóricos e compreensivos, como também fomentar a visibilidade dessa problemática no cenário de cuidado da saúde.

2 CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura

2.1 Inserção da Violência no Cenário da Saúde: aspectos históricos e epidemiológicos

Segundo Dahlberg e Krug (2006) há indícios de que a violência sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser verificado no mundo todo e de várias formas. A cada ano milhares de pessoas perdem a vida, e outras tantas sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto-agressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Assim, estima-se que mundialmente a violência possa ser uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) a violência está inserida na classificação de Causas Externas, mais especificamente nas Causas Externas Intencionais que se subdivide em três categorias: violência auto-infligida, violência interpessoal e violência coletiva (social, política e econômica).

A violência auto-infligida compreende todos os tipos de auto-agressão, o suicídio ou a tentativa de suicídio. Por sua vez a violência interpessoal inclui a violência intrafamiliar, pelo cônjuge, sendo que as vítimas são mulheres, crianças e adultos, e pela comunidade, nas ruas e em locais públicos, que é cometida contra indivíduos conhecidos ou, às vezes, desconhecidos. E por fim a violência coletiva, que é aquela cometida por Estados, grupos organizados, crime organizado, podendo ser de caráter social, econômico ou político (OMS, 2002).

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) afirmam que a invisibilidade da violência aumenta em países cuja cultura aceita esta forma de resolver conflitos, especialmente domésticos, introjetando a fatalidade da violência das relações interpessoais na vida privada.

No contexto mundial, Minayo e Souza (1999) afirmam que na década de 60, a pediatria americana passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada síndrome do bebê espancado, colocando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Nos anos 70, vários países também reconhecem, formalmente, os maus-tratos como grave problema de saúde pública. Assim,

primeiro nos Estados Unidos e no Canadá, e depois em outras regiões, na década de 70, são criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncia, tornando público e passível de intervenção social um problema tradicionalmente e até então, considerado de foro privado.

Outro fenômeno, mundialmente importante, que influenciou e contaminou o campo da saúde foi o movimento feminista com sua filosofia e método de trabalho buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade em geral sobre a violência de gênero, criando uma nova mentalidade (MINAYO; SOUZA, 1999).

No mundo todo, tem-se encontrado uma grande superposição das violências física, sexual e psicológica e o mesmo das violências contra crianças, mulheres e idosos. No caso das crianças, primeira modalidade de violência a ser estudada desde os anos 60, existe muita informação, o que já não ocorre com os idosos, alvo de pesquisas apenas na última metade dos anos 90. O Relatório Mundial da Organização Mundial de Saúde com dados de apenas cinco levantamentos em países desenvolvidos estima que de 4% a 6% da população idosa experimenta alguma forma de abuso doméstico. Questões de gênero ou de raça/ etnia são inexploradas neste grupo populacional. Já com relação às crianças, chama a atenção às altas taxas de mortalidade, também desiguais pelos países e por sexo. A taxa de homicídio de zero a quatro anos (5,2 por 100 mil) é mais que o dobro que aquela de crianças entre cinco a catorze anos (2,1 por 100 mil). Para crianças menores que cinco anos, a taxa de homicídio em países de alta renda é de 2,2 por 100 mil meninos e 1,8 por 100 mil meninas, sendo que em países mais pobres são duas a três vezes maiores - 6,1 por 100 mil meninos e 5,1 por 100 mil meninas (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA e COUTO, 2006).

Com isso, destaca-se o movimento de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao publicar, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002). O movimento internacional, de um lado, torna público e mundial o problema da violência, ampliando o debate e permitindo a construção de referências para os diversos movimentos regionais. De outro lado, valoriza e resignifica o problema violência, além de conferir um status à problemática: unifica-se a violência enquanto questão a ser enfrentada, ao mesmo tempo em que se definem as distintas violências enquanto diversidades dessa questão plural (SCHRAIBER LB et al, 2006).

O Relatório reorienta o modo tradicional de tratar os diagnósticos de saúde das populações, destacando das mortes por causas externas aquelas por violência, que são os homicídios e os suicídios, além de associá-los aos dados de morbidade. Essa reorientação foi acompanhada da assunção de novas possibilidades de aproximação do problema, surgindo, ao lado das sempre referidas desigualdades socioeconômicas, outras iniquidades (SCHRAIBER LB et al, 2006).

No Brasil, a inclusão da violência no campo da saúde, se deu de forma gradual e ao mesmo tempo fragmentada. Minayo (2006) traz uma seqüência de eventos, ações e determinações desta evolução em nosso país. Afirma que primeiro foram os pediatras epidemiologistas e os psiquiatras que lançaram o tema em debates, embora alguns profissionais como enfermeiros e assistentes sociais já tivessem conhecimento do fenômeno.

No ano de 1983 foi promulgado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. E no ano de 1990 foi promulgado o Estatuto da Criança e da Adolescência (ECA) (MINAYO, 2006).

Em maio de 2001, a promulgação da portaria do Ministério da Saúde oficializando a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi um marco na visão da violência como um problema de saúde pública brasileira. O documento de definição da política adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Desse modo, essa política vem reforçar os fundamentos da promoção em saúde viabilizando o fortalecimento da capacidade de os indivíduos e as comunidades desenvolverem estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento poderá possibilitar o reforço da ação comunitária e a reorganização dos serviços de saúde, bem como, a atuação diretiva dos profissionais frente a essa problemática. No entanto, acredita-se que para a efetivação dessa proposta, faz-se necessária a criação de espaços de discussão nos serviços de saúde e nas comunidades, estabelecendo mecanismos de enfrentamento e reconhecendo a responsabilidade de todos nesse processo (COCCO, 2007).

No ano de 2002 houve a criação do Plano Nacional de Enfrentamento da violência Sexual Infanto-Juvenil. Em 2003, a promulgação do Estatuto do Idoso pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, trouxe o tema da violência como pauta intersetorial, incluindo a área de saúde. Em 2004 houve a criação da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos. E em 2005, foi oficializado um plano de ação intersetorial de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa e no mesmo ano também foi promulgado um plano de ação setorial (MINAYO, 2006).

Como se pode evidenciar, com o passar dos anos houve um crescimento nos olhares para o fenômeno da violência e isso também inclui o surgimento de inúmeras entidades como Crami (Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância), em São Paulo; a Abrapia (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência), no Rio de Janeiro; e da ABNAPI (Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância), em Minas Gerais entre outras (MINAYO, 2006).

Atualmente os dados epidemiológicos são bastante expressivos. Os homens, e especialmente os homens jovens, estariam muito mais sujeitos que as mulheres à violência no espaço público, e especialmente ao homicídio, cometidos por estranhos ou conhecidos. Já as mulheres estão mais sujeitas a serem agredidas por pessoas conhecidas e íntimas do que por desconhecidos, o que pode significar violência repetida e continuada que, muitas vezes, se perpetua cronicamente por muitos anos ou até por vidas inteiras (SCHRAIBER, LB, D'OLIVEIRA, 1999).

Estudos afirmam ser maior o número de mulheres em situação de violência que procuram pelos serviços de saúde do que aquelas que não se encontram nessa circunstância. Esta maior procura seria em decorrência dos efeitos crônicos que a violência desencadeia em suas vítimas (SALIBA et al, 2007).

Quando se fala em violência, Leal (2010) afirma que as agressões merecem destaque e as mulheres são um grupo populacional vulnerável, pois resultados de pesquisas sobre mulheres hospitalizadas, evidenciaram agressões no espaço doméstico, que em geral, foram causadas por homens de sua relação, que convivem ou conviveram em relação conjugal com estas.

A autora evidencia ainda os resultados de pesquisa realizada pelo Senado Federal sobre “Violência doméstica contra a mulher”, que em cada 100 mulheres brasileiras 15 convivem ou já conviveram com algum tipo de violência doméstica.

sendo a situação mais preocupante na Região Norte, onde uma em cada cinco mulheres afirmou que já foi vítima de violência.

Segundo Cocco e Lopes (2010) a partir de pesquisa realizada na região de Porto Alegre/RS, evidenciaram quanto ao local de ocorrência dos eventos por causas externas entre jovens o domicílio como lugar de maior ocorrência de atos violentos, chegando a atingir um percentual de 45,9%, seguido das vias públicas (32,4%) e posteriormente, com percentual bem menos significativo, aparece a escola (8,1%), locais de lazer (6,8%) e de trabalho (3,4%).

Frente a estes dados epidemiológicos, observa-se a grande incidência da violência em alguns grupos populacionais mais vulneráveis (crianças, mulheres e idosos). No entanto, uma dificuldade do setor saúde é conhecer a real magnitude desses eventos. Os dados de morbidade que são encontrados, com mais facilidade, são decorrentes, em sua maioria, de internações hospitalares, devido à precariedade dos registros nos diferentes níveis de atendimento em saúde. Esta falta de registros acaba por prejudicar a compreensão da magnitude das causas não fatais em cada realidade social (COCCO, 2007).

Após a contextualização histórica de inserção da violência no campo da saúde e o panorama epidemiológico mundial/brasileiro desses agravos, no próximo capítulo, discute-se as práticas de cuidado em saúde e as ações de enfrentamento dessa problemática desenvolvidas no dia-a-dia dos serviços de saúde.

2.2 Práticas Assistenciais e de Enfrentamento da Violência no Cotidiano de Trabalho dos Profissionais da Saúde

O fenômeno da violência é um sério problema social que causa agravos à saúde. Em decorrência de seu aspecto contextual e relacional, é necessário que os profissionais de saúde, na abordagem dos casos, levem em conta que a violência é um processo do qual fazem parte não somente as vítimas e os agressores, mas também os demais familiares e os cenários em que os atos violentos se manifestam (NUNES; SARTI; OHARA, 2009).

Para os mesmos autores, a maneira como é realizada a maioria das abordagens em casos que envolvem violência contra a criança e adolescente reflete

a falta de integração entre os profissionais e os diversos setores que deveriam lidar com essas questões. O desenvolvimento de uma abordagem de cuidado adequada em situação de violência mostra-se imprescindível, e deve contemplar a elaboração de uma estrutura adequada e ajustada flexivelmente.

No ponto de vista de alguns dos profissionais, nenhuma tecnologia assistencial no campo da saúde parece ser compatível e com a mesma qualidade técnica que as tradicionais intervenções sobre os adoecimentos nos quais já estão acostumados a atuar. Tendo em geral a visão da “cura medicamentosa”, esses profissionais da saúde sentem-se pouco à vontade para praticarem outro tipo de ação, isto é, realizarem práticas diversas que vão além das prescrições de medicamentos ou do tratamento das lesões físicas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA 2008).

Frente a isso, entende-se a violência como um evento sobre o qual a saúde precisa investigar e atuar desde sua própria perspectiva científica e assistencial, produzindo contribuições nas três esferas de atuação que lhe são características: a assistência terapêutica aos casos, a prevenção e a promoção. Assim afirma-se que não só os impactos da violência são de competência do campo da saúde como também dos profissionais que nela trabalham (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA 2008).

Historicamente e atualmente, o campo da saúde, tem concentrado seus esforços em atender os efeitos da violência no que se refere à reparação dos traumas e tratamento das lesões físicas, sendo este atendimento realizado nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e também nos registros de informações (MINAYO, 1994).

Por sua vez, segundo Andrade (2001) os profissionais da saúde justificam suas omissões em casos de violência, utilizando-se do pensamento de que a questão do ambiente familiar é de âmbito privado e a desestrutura familiar seria uma forma corrente do surgimento da violência intrafamiliar e com isso estaria presente no cotidiano da população atendida no âmbito.

No entanto, alguns profissionais que atuam na saúde, como os psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, têm maior experiência com a escuta de problemas que não são exclusivamente biomédicos. Isto não significa, que tais profissionais abandonem a especificidade dos serviços em saúde, mas sim, se utilizam da

“escuta” do usuário para uma melhor eficácia técnica, escutando-o em toda a complexidade de sua demanda (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Ouvir a demanda relacionada à violência significa também estar consciente da existência do problema e poder perguntar sobre ele, no momento apropriado e sem constrangimentos. Um problema que afeta de 20 a 50% das mulheres não pode ser visto com estigma ou vergonha e os profissionais devem deixar de lado seu julgamento moral próprio, e abordar o assunto sem constrangimentos para assim poder auxiliar o usuário de saúde vitimado (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

É necessário que a situação enunciada seja acolhida, qualificada e tratada com respeito e sigilo estrito. A resolução do problema, não se dará no âmbito específico da saúde. Portanto, é necessário que os serviços de saúde, ao abordarem o problema, exponham as alternativas disponíveis a vítima em termos de acolhimento e intervenção como o apoio jurídico, tratamento psicológico, casa abrigo, ONGs entre outras alternativas que melhor se adapta ao caso (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Com isso, um atendimento “digno” a uma vítima de violência requer uma equipe multiprofissional e um enfoque interdisciplinar que transcenda a dimensão do cuidado das lesões. Faz-se também necessária uma rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial que não se limite ao setor de saúde e que estabeleça uma parceria com a sociedade.

Cocco et al (2010), destacam práticas assistenciais usuais dos profissionais da saúde no atendimento às vítimas de violência. Segundo as autoras, os profissionais acolhem as vítimas, conversam, procuram acalmá-la e se for o caso providenciam, com profissionais habilitados, a realização de curativos e medicação. Além do reconhecimento e atendimento às possíveis lesões físicas e emocionais, os profissionais ainda têm a preocupação e obrigação de comunicar as ocorrências aos órgãos de proteção, como o Conselho Tutelar, a Promotoria Pública, o Juizado da Infância e Adolescência entre outros órgãos competentes. A notificação dos casos nos serviços de saúde é uma das ferramentas fundamentais para se conhecer a magnitude desses agravos, por isso o profissional precisa estar sensibilizado e preparado para seu preenchimento logo após o atendimento da vítima.

Segundo Deslandes, et al (2007), o suporte social, o atendimento nos níveis ambulatorial e hospitalar são as ações mais empreendidas no cuidado às vítimas de violência e o atendimento psicológico também constitui oferta para quase metade

dos serviços estudados. Ainda assim, os mesmos autores apontam que os cuidados prestados nas instituições encontram-se aquém do desejado. Tal afirmativa se baseia na avaliação de gestores entrevistados no estudo, onde estes apontam insuficiência de leitos/vagas dada a grande demanda.

Em estudo desenvolvido em Recife, os dados evidenciados por Deslandes et al (2007) apontam que as policlínicas possuem uma demanda clínica muito grande e deixam de realizar o atendimento às pequenas lesões, por insuficiência de profissional e por indefinição da política, sobrecarregando as emergências. Os autores destacam ainda que as ações de prevenção não fazem parte do cotidiano da totalidade dos serviços, o que se esperaria de instituições cujo atendimento às vítimas é rotineiro.

Para Ferreira (2005), quando alguém sofre um ato violento, experimenta sentimentos de desamparo e falta de controle da situação. Se a violência ocorre contra uma criança, além de atingir a própria vítima, esses sentimentos se estendem aos familiares. Diante disso, a autora afirma ser de fundamental importância considerar e procurar reverter as sensações e a multiplicidade de problemas envolvidos nos casos de violência.

Casos de maus-tratos, assim como outros tipos de violência, demandam o envolvimento de diversas fontes de ajuda; inclusive da comunidade e de profissionais de outras áreas de atuação. A atenção desenvolvida por profissionais que atuam diretamente nas comunidades e nas unidades básicas de saúde permite trabalhar a prevenção primária. E as visitas domiciliares, por exemplo, têm se mostrado eficazes para mudanças de comportamento de pais em risco de perpetrar maus-tratos (FERREIRA, 2005).

Tais práticas assistências são efetuadas nos serviços de saúde existentes em nosso país, no entanto precisam ser executadas com maior frequência e melhor intensidade. Nessa perspectiva, no próximo capítulo descreve-se as limitações e os desafios no enfrentamento da violência.

2.3 Limitações e Desafios do Setor Saúde na Visibilidade dessa Problemática

Segundo Saliba et al (2007), os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam,

seja pela complexidade do atendimento que demandam. Frente a isso evidencia-se que o setor saúde tem importante papel no enfrentamento da violência. Todavia, os profissionais dessa área tendem, muitas vezes, a subestimar a importância dos efeitos em longo prazo causados por esse fenômeno, voltando suas atenções às lesões físicas e raramente se empenham em prevenir ou diagnosticar a origem das agressões. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos.

Observando as grades curriculares dos cursos na área da saúde, evidencia-se que a maioria das disciplinas apresentadas não contempla em seus programas de educação a formação e o treinamento dos aspectos relacionados à violência. Devido a isso, pode-se inferir que a maioria dos profissionais de saúde não se encontra suficientemente preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente aos casos. Além disso, existem vários entraves como: a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos nesses casos, a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar atos de violência, a falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (SALIBA, et al. 2007).

No que tange, a problemática da violência contra mulher, Leal (2010) destaca que o despreparo para enfrentar as situações do dia a dia e a falta de institucionalização de ações voltadas ao atendimento das mulheres em situação faz com que o profissional não saiba quais as ações direcionadas a estes atendimentos e, mesmo quando entendem que o problema merece seu comprometimento, as representações do que é público ou privado interferem deixando evidente que o dito popular “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, ainda está muito presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Evidencia-se também uma dificuldade de sensibilização dos profissionais em identificar e notificar (ou auxiliar a vítima nesta notificação) dos casos de violência. Muitos profissionais possuem dificuldade em poder “escutar” os pacientes, e realmente agir na situação, pois é mais “fácil e cômodo” tratar dos ferimentos externos e não das causas de tais ferimentos. Tal visão se reflete na falta de preparo e orientação destes profissionais que trabalham com saúde. Portanto, é necessário

pensar, em cada serviço e em cada situação assistencial, quais seriam os canais de expressão, grupais ou individuais, mais propícios e adequados para possibilitar a emergência da questão.

Alguns estudos realizados nos serviços de saúde, especialmente junto aos profissionais das equipes de trabalho, apontam para o fato de que os profissionais raramente perguntam para seus pacientes, mesmo quando suspeitam que este esteja passando por situações de violências. Daí a constatação comum desses estudos de que não há nos serviços de saúde, diagnóstico sobre tal situação. Indagados, os próprios profissionais alegam que as mulheres (vítimas freqüentes), que seriam as principais interessadas nessa revelação, não o fazem, e assim deixam de colocar a violência que vivem como parte de suas demandas ao serviço. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2008).

Schraiber e D'oliveira (1999) nos lembram ainda, que a violência é uma situação de vida de difícil manejo e está presente na vida da maioria das pessoas, em graus maiores ou menores. Por este motivo, os profissionais de saúde, assim como os policiais, irão se deparar com esta situação, e ao introduzir a questão em algum serviço para que se comece a trabalhá-la, terão a necessidade de acolher também os próprios profissionais e durante todo o trabalho deverão ter atenção focada nesta questão.

Resultados de pesquisas enfatizam a importância das redes como estratégia de fortalecimento das vítimas em situação de violência. Rede é o conjunto articulado de serviços, e a violência, por ser um problema complexo que se manifesta de múltiplas formas, requer um amplo leque de opções assistenciais. A rede pode ser mais ou menos ampla, dependendo do local, e constituída de serviços de assistência policial, judiciária, psicossocial e médica. Também podem ser acionados outros recursos locais, institucionais e não institucionais, como: ONGs, grupos religiosos, culturais e educativos, grupos de apoio comunitário. Há evidências de que serviços de saúde, delegacias, advogados/tribunais e líderes religiosos são os recursos sociais mais procurados (SANTOS; VIEIRA, 2011).

A questão multidisciplinar prevista na Lei Maria da Penha, que demanda recursos de vários setores para sua implementação adequada. Nesta, o promotor, quando for necessário, poderá requisitar força policial e serviços públicos de saúde, educação, assistência social e de segurança, além de fiscalizar atendimentos

públicos e particulares de atendimento à mulher em situação de violência e cadastrar os casos (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Para Minayo (1994), qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitária que militam por direitos e cidadania. Necessitando ainda, atuarem com uma visão ampla do fenômeno, mas em níveis locais e específicos.

Com relação à postura profissional, Andrade e Fonseca (2008) afirmam que nos casos de violência é necessária que o profissional assumam uma postura que procure estar baseada no diálogo e no reconhecimento do outro como sujeito. Para os autores, os profissionais que atuam na saúde da família, têm como maior desafio na prática cotidiana a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e se integrar na escuta do outro, modificando a relação de poder técnico-usuário. Esta modificação na postura dos profissionais é o ponto essencial para a construção do vínculo, indispensável quando se fala em casos de violência.

No entanto esta postura baseada no diálogo e vinculação pode amedrontar tais profissionais, pois em sua maioria não estão prontos para lidar com casos de violência sem que seu próprio “envolvimento interior” interfira em suas percepções e conseqüentemente em sua prática.

Mas na realidade o que se evidencia da prática cotidiana dos profissionais de saúde revela as imensas dificuldades de intervenções efetivas nos casos de violência doméstica. Para Andrade (2001), os profissionais da saúde mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação e temor em relação ao problema da violência e as suas conseqüências, O medo de obrigações legais impede-os de tomar atitudes que auxiliem as vítimas. Os serviços têm poucos profissionais que, em sua maioria, ficam isolados, sentem-se desvalorizados e com enorme sobrecarga de trabalho.

Outra questão importante, segundo Minayo (1994), é o efeito da violência sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando as pessoas envolvidas nos conflitos afetam os profissionais, pelas ameaças de danos físicos e/ou psicológicos. Segundo a autora os profissionais comentaram sobre o medo de se envolver com pessoas criminosas, sobre a falta de segurança nas unidades de saúde, e ainda, a falta de comprometimento dos próprios familiares e conhecidos, que preferem não se envolverem. E assim perpetua algumas formas de

violências nos lares, pois os casos são abafados e os agressores não são denunciados.

Com isso o trabalho em equipe e o exercício da interdisciplinaridade são complexos, e a mobilização que o tema da violência gera nos profissionais e nas famílias torna-o ainda mais difícil de ser abordado e enfrentado. Muitas são as situações em que as famílias, por diversos motivos, não mantêm vínculo com todos os profissionais cuja atuação seria necessária para o adequado atendimento a seu caso. A ação interdisciplinar fica assim comprometida pela falta do olhar daquele profissional específico. (FERREIRA et al 1999).

Além disso, Leal (2010) em seu estudo aponta dentre as limitações dos coletivos profissionais relacionadas aos serviços estão pautadas na demanda, no fator tempo e nos inúmeros programas que as Unidades de Saúde precisam dar conta. O fator tempo, muito referido, é necessário para entender/atender todas as repercussões da violência na vida das mulheres, mas por um lado o excesso de atividades pode ser uma desculpa, pois a violência não pode ser resolvida com um “remedinho”. Não se tem tempo então “não se atende”, “não se enxerga” e “não se enfrenta”.

Com isso, destaca-se enquanto desafio para o setor saúde a necessidade do envolvimento de todo o setor na construção de possibilidades de atendimentos pautados na integralidade, com perspectivas inclusivas de ações voltadas à desnaturalização da violência. Considera-se que o reconhecimento precoce, por parte da população, em um exercício de cidadania, possa identificar “sinais e sintomas” de relações violentas (LEAL, 2010).

Sabe-se que todo profissional da saúde precisa promover tanto a saúde quanto uma relação saudável entre as pessoas, sejam elas crianças, adolescentes, adultos e idosos e a relação destes com meio onde vivem. Mas o trabalho dos profissionais inclui também lidar, cotidianamente, com a dor, medo, morte, frustração, limitação e recuperação, às vezes lenta e difícil. Tudo isso gera um enorme desgaste emocional, estresse, cansaço e desânimo. Existem limites, sejam eles pessoais ou institucionais impostos ao sistema de saúde público, portanto, é um enorme desafio para os profissionais da saúde, poder proporcionar qualidade de atendimento, promover a saúde e, acima de tudo, notificar os casos de violência por eles atendidos. Mas para isso é preciso começar a nos sensibilizar, respeitar e refletir sobre essas questões (ANDRADE, 2001).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as reflexões traçadas, evidencia-se que a violência é um tema com vasto campo a ser investigado. Atualmente, observa-se vários estudos e publicações na área, demonstrando a sua relevância atual na sociedade e no setor saúde. Alguns autores trazem a questão de que este fenômeno sempre existiu, no entanto, hoje se demonstra uma preocupação com o tema e como este repercute na vida das pessoas, inclusive dos profissionais de saúde, os quais estão em contato, pode se dizer, diariamente com as vítimas deste fenômeno.

Este contato próximo às vítimas não significa preparo profissional e sim algo novo e “assustador”, pois exigem do profissional, conhecimento e práticas que vão muito além do cuidado das “feridas expostas”. Demanda escuta, empatia, uma visão sem pré-conceitos e ainda práticas efetivas com engajamento multiprofissional e intersetorial.

No entanto, quando se trata da contribuição peculiar dos profissionais, vários desafios são colocados entre eles a reorganização dos serviços, para atender às necessidades alocadas pela violência; a formação profissional e introdução da temática violência na formação continuada das equipes de saúde para sensibilização e desenvolvimento de métodos, técnicas e habilidade de atendimento em casos de violência. Além destes, ainda existem os desafios pessoais dos profissionais, em vencer o temor e a indiferença e principalmente se conscientizar que a denúncia de um agressor também faz parte do trabalho em saúde.

Salienta-se também que a intervenção nos casos de violência precisa ser multidisciplinar e intersetorial, com a atuação de várias instituições, como: Educação, Saúde, Assistência Social – CRAS e CREAS, Segurança Pública – Delegacia de Atendimento à Mulher, Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente e as demais delegacias, Conselho Tutelar, ONGs, Promotorias, Comissão de Direitos Humanos, sociedade civil, entre outras. Cada instituição e cada profissional que nela trabalham tem importância fundamental no enfrentamento da violência, seja como atendimento, proteção, prevenção, responsabilização do agressor e discussão de alternativas ou união de esforços para enfrentamento da problemática.

Cabe assinalar ainda que, além de um acompanhamento multidisciplinar, as vítimas de violência, assim como qualquer outro usuário do sistema de saúde brasileiro, deveriam usufruir da disponibilidade de acesso aos serviços de saúde e das ações necessárias em todos os níveis de atenção, ou seja, ter acesso a um atendimento integral em saúde.

Entende-se por integralidade o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde a uma pessoa que vai além da atenção individual curativa, envolvendo a incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações reabilitadoras. Pois o indivíduo é um ser humano, social, que está sujeito à violência, a riscos biológicos, psicológicos e sociais. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as conseqüências. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. E, et al. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.147-155, 2011.

ANDRADE, C. J. M; ANDRADE, R. M G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista Especifica Enfermagem USP*, 42(3), 591-5, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº. 737 de 16/05/01.** Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Publicada no DOU Nº. 96. Seção 1e – de 18/05/01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros.** Brasília/DF, 2005. Disponível em http://prosaude.org/publicacoes/diversos/impacto_violencia.pdf. Acesso em 11 de março de 2011.

COCCO, M. **Geração e Gênero na Constituição de Situações de Vulnerabilidade aos Acidentes e Violências entre Jovens de Porto Alegre.** 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2007.

COCCO, M.; LOPES, M.J.M. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 12(1): 89-97, 2010.

COCCO, M; et al. Violência Contra Crianças e Adolescentes: Estratégias de Cuidado Adotadas por Profissionais de Saúde. **Cienc Cuid Saúde.** Abr/Jun; 9(2): 292-300, 2010.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: Um Problema Global de Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11, p.1163-78, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007 . Acesso em 05 de abril de 2011.

DESLANDES, S. F; et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (sup): 1279- 1290, 2007.

FERREIRA, A. L.; et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.4 n.1, Rio de Janeiro, 1999.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria** - Vol. 81, Nº5(supl), 2005.

LEAL, S. M. C. “Lugares de (não) ver?” – **As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde**. 2010. 308 f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2010.

MINAYO, M. C. S. A Inclusão da Violência na Agenda da Saúde: Trajetória Histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015 . Acesso em 07 de abril de 2011.

MINAYO, M. C. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É Possível Prevenir a Violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(1) p. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paul Enferm**, 22 (Especial - 70 Anos): 903-8, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed.rev. São

Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1995.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Saúde Pública**, 41 (3), p. 472-7, 2007.

SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Recursos Sociais para Apoio às Mulheres em Situação de Violência em Ribeirão Preto, SP, na Perspectiva de Informante-Chave. **Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, p.93-108, jan./mar. 2011.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.5, 1999.

Schraiber, L. B.; D'Oliveira, A. F. P. L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital**, 14, 229-236. 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista Saúde Pública**, 40 (N Esp): 112-20, 2006.