RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

A ATUAÇÃO E OS DESAFIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/ EL PAPEL Y LOS RETOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA DOMÉSTICA/ THE ROLE AND CHALLENGES OF HEALTH SERVICES IN ADDRESSING DOMESTIC VIOLENCE.

Fabrícia Peixoto De Oliveira (jetaimefa25@gmail.com)

Beatriz Santana (biassl.bs@gmail.com)

José Augustinho Mendes Santos (augustinhomendes1@gmail.com)

Introdução: A violência doméstica e sua repercussão na saúde de crianças, adolescentes e mulheres consolidaram-se como um fenômeno de alta prevalência e grande impacto na saúde pública, afetando o bem-estar mental e físico das vítimas.1,2 O enfrentamento dessa problemática exige a organização de uma rede intersetorial que articula serviços de justiça, segurança pública, assistência social e saúde.1 Dentro desse sistema, o setor saúde é uma porta de entrada estratégica e fundamental, pois é frequentemente o primeiro local onde as marcas físicas e psicológicas da agressão se manifestam.3 No entanto, o cuidado em saúde não deve se restringir apenas ao tratamento de lesões,

mas sim pautar-se na lógica do cuidado integral e humano, visando a autonomia do sujeito.4 Apesar dos marcos legais, como a obrigatoriedade da notificação compulsória de violência doméstica desde 2003, persistem hiatos significativos entre o que é preconizado pelas políticas públicas e a prática cotidiana nos serviços de saúde1,5. Objetivo: Identificar as estratégias adotadas e as lacunas existentes na atuação das equipes de saúde e dos profissionais de enfermagem frente à violência doméstica contra mulheres e crianças, com base na realidade dos serviços de saúde e das redes de proteção social. Método: Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa e interpretativa, baseado na análise de fontes documentais que abrangem produções científicas sobre equipes de Saúde da Família, relatórios de serviços especializados como o Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), documentos de Organizações Não Governamentais (ONGs) voltadas ao atendimento feminino e marcos regulatórios da rede de proteção à mulher. Complementarmente, foram analisados depoimentos de profissionais atuantes nos referidos serviços. A análise focou na identificação de padrões de atendimento, dificuldades estruturais e a percepção de profissionais da linha de frente sobre a resolutividade do sistema de saúde. O estudo foi realizado no estado de Alagoas mais precisamente na capital do estado, Maceió. O trabalho foi submetido ao comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com aprovação do comitê com número de parecer 5.597.485. Resultados: As fontes indicam que a Estratégia de Saúde da Família oferece condições favoráveis para o enfrentamento da violência devido à proximidade com a comunidade, facilitando o uso de visitas domiciliares e o conhecimento da dinâmica familiar. Contudo, observa-se uma disparidade na "visibilidade" das violências: enquanto os maus-tratos contra crianças são frequentemente tomados como objeto de intervenção, a violência contra a mulher permanece, muitas vezes, invisível para as equipes de saúde. No que tange à enfermagem, os dados revelam que enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem uma participação discreta no atendimento direto às situações de violência. As barreiras que impedem a atuação efetiva da enfermagem frente às situações de violência são multifatoriais, abrangendo desde fragilidades na formação profissional até limitações estruturais da rede de saúde. Observa-se dificuldades de reconhecimento do fenômeno e de

compreensão de suas causas, ausência de educação permanente e de capacitação continuada acarreta sentimentos de medo, angústia e impotência, resultando, frequentemente, em condutas inadequadas ou de baixa resolutividade. A atuação da enfermagem ainda se encontra fortemente centrada em procedimentos técnicos e na avaliação do estado físico, em detrimento dos aspectos sociais e subjetivos da violência. Essa tendência à medicalização, expressa em condutas predominantemente prescritivas, distancia o profissional da lógica do cuidado integral e do diálogo necessário com a família. Embora esses profissionais sejam os que mais realizam encontros com os pacientes em demandas espontâneas e acolhimentos, esses momentos raramente são utilizados para estabelecer um cuidado longitudinal ou para identificar sinais sutis de abuso. A demais os profissionais relatam temor de sofrer represálias por parte de famílias ou da comunidade ao realizarem notificações e denúncias. Soma-se a isso a insegurança quanto à capacidade resolutiva de outros órgãos da rede, como o Conselho Tutelar, e o receio de romper vínculos de confiança construídos com as famílias ao longo do cuidado. Em serviços de saúde, a falta de protocolos claros e de espaços que garantam o sigilo e a segurança da vítima compromete a qualidade do atendimento. Além disso, a rede municipal de saúde apresenta falhas na oferta de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, com longas listas de espera e falta de psicólogos nas unidades básicas, o que interrompe o fluxo de cuidado iniciado em centros especializados ou ONGs. As ONGs acabam agindo onde o Estado falha, oferecendo suporte multidisciplinar (incluindo ginecologia e odontologia) de forma mais ágil, mas enfrentam dificuldades de articulação com a rede pública oficial. A falta de preparo e a ausência de educação permanente geram nos profissionais sentimentos de medo, angústia e impotência, resultando muitas vezes em omissão ou em atitudes que reproduzem preconceitos e a revitimização da mulher. Conclusão: a efetividade do setor saúde no combate à violência doméstica ainda é limitada por barreiras estruturais e culturais. A invisibilidade da violência contra a mulher nas práticas das equipes e o papel periférico desempenhado pela enfermagem no manejo desses casos indicam a necessidade urgente de qualificação profissional. O sucesso do cuidado não deve ser medido apenas pelo "êxito técnico" do tratamento físico, mas pelo "sucesso prático" de acolher e fortalecer a

autonomia da vítima. É imperativo que a saúde deixe de atuar de forma pontual e isolada, integrando-se verdadeiramente à rede intersetorial através de protocolos de atendimento humanizado e espaços de reflexão sobre as questões de gênero que permeiam a violência.

Referências

1. BRASIL. Secretaria Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfretamento à Violência contra a Mulher. Brasília, 2011.

2. MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 3, 2014.

3. TOJAL, A. L. S. et al. Rede de enfrentamento à violência contra a mulher: situação dos serviços especializados no município de Maceió. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, v. 3, n. 2, 2016.

4. AYRES, J. R. de C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 4, n. 6, 2000.

5. VILLELA, W. V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, 2011.

Introducción: La violencia doméstica y su impacto en la salud de niños, adolescentes y mujeres se han convertido en un fenómeno muy frecuente con un impacto significativo en la salud pública, que afecta el bienestar físico y mental de las víctimas. 1,2 Para abordar este problema se requiere la organización de una red intersectorial que coordine los servicios de justicia, seguridad pública, asistencia social y salud. 1 Dentro de este sistema, el sector de la salud es un punto de entrada estratégico y fundamental, ya que suele ser el primer lugar donde se manifiestan las marcas físicas y psicológicas de la

agresión. 3 Sin embargo, la atención sanitaria no debe limitarse al tratamiento de las lesiones, sino que debe guiarse por la lógica de una atención integral y humana, que busque la autonomía del individuo. 4 A pesar de los avances legales, como la denuncia obligatoria de la violencia doméstica desde 2003, persisten importantes brechas entre lo que defienden las políticas públicas y la práctica diaria en los servicios de salud1,5 Objetivo: Identificar las estrategias adoptadas y las deficiencias existentes en el desempeño de los equipos de salud y los profesionales de enfermería para abordar la violencia doméstica contra las mujeres y los niños, basándose en la realidad de los servicios de salud y las redes de protección social. Método: Este es un estudio descriptivo y exploratorio, con un enfoque cualitativo e interpretativo, basado en el análisis de fuentes documentales que incluyen producciones científicas sobre equipos de Salud Familiar, informes de servicios especializados como el Centro Especializado de Atención a la Mujer (CEAM), documentos de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) enfocadas en la atención a la mujer y marcos regulatorios de la red de protección de la mujer. Adicionalmente, se analizaron testimonios de profesionales que trabajan en estos servicios. El análisis se centró en identificar patrones de atención, dificultades estructurales y la percepción de los profesionales de primera línea respecto a la efectividad del sistema de salud. El estudio se realizó en el estado de Alagoas, más precisamente en la capital estatal, Maceió. El trabajo fue presentado y aprobado por el comité de ética de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, con el dictamen número 5.597.485. Resultados: Las fuentes indican que la Estrategia de Salud Familiar ofrece condiciones favorables para abordar la violencia debido a su proximidad a la comunidad, facilitando el uso de visitas domiciliarias y el conocimiento de la dinámica familiar. Sin embargo, se observa una disparidad en la visibilidad de la violencia: si bien el maltrato infantil se aborda con frecuencia, la violencia contra las mujeres a menudo permanece invisible para los equipos de salud. En cuanto a la enfermería, los datos revelan que las enfermeras y los técnicos de enfermería tienen una participación discreta en la atención directa de situaciones de violencia. Las barreras que impiden la acción efectiva de la enfermería ante situaciones de violencia son multifactoriales, desde deficiencias en la formación profesional hasta limitaciones estructurales de la red de salud. Se observan dificultades para

reconocer el fenómeno y comprender sus causas; la ausencia de educación continua y capacitación permanente genera sentimientos de miedo, angustia e impotencia, lo que frecuentemente resulta en una conducta inadecuada o de baja resolución. La práctica de enfermería aún se centra en gran medida en los procedimientos técnicos y la evaluación de la condición física, en detrimento de los aspectos sociales y subjetivos de la violencia. Esta tendencia a la medicalización, expresada en una conducta predominantemente prescriptiva, aleja al profesional de la lógica de la atención integral y del diálogo necesario con la familia. Si bien estos profesionales son quienes con mayor frecuencia se reúnen con los pacientes en situaciones espontáneas y les brindan apoyo, rara vez utilizan estos momentos para establecer una atención a largo plazo o para identificar signos sutiles de abuso. Además, los profesionales manifiestan temor a represalias por parte de las familias o la comunidad al realizar notificaciones y presentar quejas. A esto se suma la inseguridad respecto a la capacidad de resolución de problemas de otras agencias de la red, como los Servicios de Protección Infantil, y el temor a romper los lazos de confianza construidos con las familias a lo largo del proceso de atención. En los servicios de salud, la falta de protocolos claros y espacios que garanticen la confidencialidad y la seguridad de la víctima compromete la calidad de la atención. Asimismo, la red municipal de salud presenta deficiencias en la prestación de apoyo psicológico y psiquiátrico, con largas listas de espera y falta de psicólogos en las unidades básicas, lo que interrumpe el flujo de atención iniciado en centros especializados u ONG. Las ONG terminan actuando donde el Estado falla, ofreciendo apoyo multidisciplinario (incluyendo ginecología y odontología) de manera más ágil, pero enfrentan dificultades para coordinarse con la red pública oficial. La falta de preparación y la ausencia de formación continua generan sentimientos de miedo, angustia e impotencia entre los profesionales, lo que a menudo resulta en omisiones o actitudes que reproducen prejuicios y la revictimización de las mujeres. Conclusión: La eficacia del sector salud en la lucha contra la violencia doméstica aún se ve limitada por barreras estructurales y culturales. La invisibilidad de la violencia contra las mujeres en las prácticas de equipo y el papel secundario que desempeña la enfermería en el manejo de estos casos evidencian la urgente necesidad de capacitación profesional. El éxito de la atención no debe medirse únicamente por el "éxito técnico" del

tratamiento físico, sino por el "éxito práctico" de acoger y fortalecer la autonomía de la víctima. Es imperativo que el sector salud deje de actuar de manera puntual y aislada, integrándose plenamente en la red intersectorial mediante protocolos de atención humanizada y espacios de reflexión sobre las cuestiones de género que subyacen a la violencia.

Referencias

1. BRASIL. Secretaría Nacional para la Lucha contra la Violencia contra la Mujer. Política Nacional para la Lucha contra la Violencia contra la Mujer. Brasilia, 2011.

2. MOREIRA, T. N. F. et al. La construcción del cuidado: la atención a situaciones de violencia doméstica por parte de los equipos de Salud Familiar. Salud y Sociedad, São Paulo, vol. 23, n.º 3, 2014.

3. TOJAL, A. L. S. et al. Red para la lucha contra la violencia contra la mujer: situación de los servicios especializados en el municipio de Maceió. Revista Brasileña de Tecnologías Sociales, vol. 3, n.º 2, 2016.

4. AYRES, J. R. de C. M. Cuidado: ¿tecnología o sabiduría práctica? Interface: Comunicación, Salud, Educación, vol. 4, n.º 6, 2000.

5. VILLELA, W. V. et al. Ambigüedades y contradicciones en la atención a mujeres que sufren violencia. Salud y Sociedad, vol. 20, n.º 1, 2011.

Introduction: Domestic violence and its impact on the health of children, adolescents, and women have become a highly prevalent phenomenon with a significant public health impact, affecting the mental and physical well-being of victims. 1,2 Addressing this problem requires the organization of an intersectoral network that coordinates justice, public security, social assistance, and health services. 1 Within this system, the health sector is a strategic and fundamental

entry point, as it is often the first place where the physical and psychological scars of aggression manifest themselves. 3 However, healthcare should not be limited to treating injuries alone, but rather be guided by the logic of comprehensive and humane care, aiming for the autonomy of the individual. 4 Despite legal milestones, such as the mandatory reporting of domestic violence since 2003, significant gaps persist between what is advocated by public policies and the daily practice in health services. 1,5 Objective: To identify the strategies adopted and the existing gaps in the performance of health teams and nursing professionals in addressing domestic violence against women and children, based on the reality of health services and social protection networks. Method: This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative and interpretative approach, based on the analysis of documentary sources encompassing scientific productions on Family Health teams, reports from specialized services such as the Specialized Center for Women's Care (CEAM), documents from Non-Governmental Organizations (NGOs) focused on women's care, and regulatory frameworks of the women's protection network. Additionally, testimonies from professionals working in these services were analyzed. The analysis focused on identifying care patterns, structural difficulties, and the perception of frontline professionals regarding the effectiveness of the health system. The study was conducted in the state of Alagoas, more precisely in the state capital, Maceió. The work was submitted to and approved by the ethics committee of the Faculty of Public Health of the University of São Paulo, with opinion number 5.597.485. Results: The sources indicate that the Family Health Strategy offers favorable conditions for addressing violence due to its proximity to the community, facilitating the use of home visits and knowledge of family dynamics. However, a disparity in the "visibility" of violence is observed: while child abuse is frequently addressed, violence against women often remains invisible to health teams. Regarding nursing, the data reveal that nurses and nursing technicians have a discreet participation in the direct care of situations of violence. The barriers that prevent the effective action of nursing in the face of situations of violence are multifactorial, ranging from weaknesses in professional training to structural limitations of the health network. Difficulties in recognizing the phenomenon and understanding its causes are observed; the absence of continuing education and ongoing training leads to feelings of fear, anguish, and

helplessness, frequently resulting in inadequate or low-resolution conduct. Nursing practice is still heavily focused on technical procedures and the assessment of physical condition, to the detriment of the social and subjective aspects of violence. This tendency towards medicalization, expressed in predominantly prescriptive conduct, distances the professional from the logic of comprehensive care and the necessary dialogue with the family. Although these professionals are the ones who most frequently meet with patients in spontaneous situations and provide support, these moments are rarely used to establish longitudinal care or to identify subtle signs of abuse. Furthermore, professionals report fearing reprisals from families or the community when making notifications and complaints. Added to this is insecurity regarding the problem-solving capacity of other network agencies, such as the Child Protective Services, and the fear of breaking bonds of trust built with families throughout the care process. In health services, the lack of clear protocols and spaces that guarantee the confidentiality and safety of the victim compromises the quality of care. In addition, the municipal health network has shortcomings in the provision of psychological and psychiatric support, with long waiting lists and a lack of psychologists in basic units, which interrupts the flow of care initiated in specialized centers or NGOs. NGOs end up acting where the State fails, offering multidisciplinary support (including gynecology and dentistry) in a more agile way, but face difficulties in coordinating with the official public network. Lack of preparation and the absence of ongoing education generate feelings of fear, anguish, and helplessness among professionals, often resulting in omission or attitudes that reproduce prejudices and the revictimization of women. Conclusion: The effectiveness of the health sector in combating domestic violence is still limited by structural and cultural barriers. The invisibility of violence against women in team practices and the peripheral role played by nursing in managing these cases indicate an urgent need for professional training. The success of care should not be measured solely by the "technical success" of physical treatment, but by the "practical success" of welcoming and strengthening the victim's autonomy. It is imperative that the health sector cease acting in a punctual and isolated manner, truly integrating itself into the intersectoral network through protocols for humanized care and spaces for reflection on the gender issues that permeate violence.

References

1. BRAZIL. National Secretariat for Combating Violence against Women. National Policy for Combating Violence against Women. Brasília, 2011.

2. MOREIRA, T. N. F. et al. The construction of care: the care of domestic violence situations by Family Health teams. Health and Society, São Paulo, v. 23, n. 3, 2014.

3. TOJAL, A. L. S. et al. Network for combating violence against women: situation of specialized services in the municipality of Maceió. Brazilian Journal of Social Technologies, v. 3, n. 2, 2016.

4. AYRES, J. R. de C. M. Care: technology or practical wisdom? Interface: Communication, Health, Education, v. 4, n. 6, 2000.

5. VILLELA, W. V. et al. Ambiguities and contradictions in the care of women who suffer violence. Health and Society, v. 20, n. 1, 2011.

Palavras-chave: serviços de saúde; atenção primária à saúde; organizações; violência contra a mulher; violência doméstica/ servicios de salud; atención primaria de salud; organizaciones; violencia contra la mujer; violencia doméstica/ health services; primary health care; organizations; violence against women; domestic violence.