Violência na prática diária em Saúde da Família

Aline Ferri Schoedl
José Paulo Fiks
Osmar Ribeiro Colás

Sumário

Introdução 2
A violência e a saúde 3
A violência e o cotidiano da ESF 7
Implicações para a prática clínica 9
Aspectos legais 12
Referências 12

Violência na prática diária em Saúde da Família

Introdução

Neste texto abordaremos o tema da violência: suas consequências na área da saúde, os diferentes tipos de reações às vivências traumáticas, a inserção do profissional de saúde nesse tipo de atendimento e alguns aspectos legais relacionados a este tema.

Pretendemos que ao término deste módulo você tenha se apropriado dos conceitos mais importantes relacionados à violência e estejam instrumentalizados para atender estes pacientes.

Antes de começarmos a nossa apresentação teórica gostaríamos de propor a você um exercício de reflexão que acreditamos ser importante para a compreensão do processo de reações e sentimentos de uma pessoa que tenha sido vítima de violência.

Atualmente no Brasil é raro que alguém não tenha passado por algum tipo de violência, seja esta direta ou indireta. Pedimos que você faça um esforço para relembrar algum desses eventos que tenha vivenciado. Além da situação, gostaríamos que você tentasse se lembrar das reações e dos sentimentos após o evento.

Você provavelmente vivenciou reações que são comuns a todas as pessoas que passam por um evento traumático.

Logo após passar por uma situação de violência, as pessoas podem ter dificuldades em esquecer o evento. É comum que as cenas vivenciadas fiquem voltando à nossa mente o tempo todo, independente de nossa vontade. Também é comum sentir muita ansiedade, ter dificuldade para dormir nas primeiras noites, sentir-se irritado e nervoso.

Algumas pessoas sentem vontade de contar para todos seus conhecidos o que aconteceu, e outras, ao contrário, têm vontade de se isolar e não contar coisa alguma. São várias as reações que são comuns e esperadas.

Felizmente, na maior parte dos casos, estas reações vão diminuindo com o passar dos dias, tanto na intensidade do sofrimento como também em sua frequência. Após algumas semanas, quase não nos lembramos tanto do evento, as cenas não mais invadem nossa mente, vamos nos sentindo mais calmos e aos poucos conseguimos retomar nosso funcionamento anterior. Ao mesmo tempo, esta experiência vai sendo integrada em nossa história de vida, conseguimos falar sobre ela de uma forma mais tranquila e aquilo passa a fazer parte de nossa biografia, como tantas outras situações desagradáveis que acontecem em nossas vidas.

É comum também as pessoas fazerem um esforço para dar um sentido ao que ocorreu. Com frases do tipo "*vou começar a me cuidar mais*", "*ah, podia ter sido pior, pelo menos não me machuquei*", "*não saio mais sozinho de madrugada*", etc., elas demonstram tentativas de dar um sentido ao trauma e integrá-lo em sua história.

Com uma parcela menor de pessoas, entretanto, esse processo de elaboração do trauma e de integração na própria biografia não acontece, e são elas que desenvolvem o quadro que caracteriza o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Essas pessoas sentem-se como se *suas vidas tivessem parado no momento da vivência de violência* e não conseguem voltar a funcionar como antes. Constantemente são invadidas pelas cenas terríveis que passaram, são tomadas por sentimentos de ansiedade, nervosismo, irritação e passam a viver com a certeza de que o trauma vai acontecer novamente. Por isso desenvolvem diversos comportamentos a fim de evitar a repetição do trauma.

São com essas pessoas que nos deparamos no cotidiano de nossos atendimentos, e por isso propusemos este exercício, pois quando o profissional de saúde consegue acessar em sua história de vida vivências e sentimentos semelhantes às do paciente ele pode ter uma postura mais empática e acolhedora, o que é um dos aspectos fundamentais no atendimento às vítimas de violência.

A violência e a saúde

A violência faz parte do campo da saúde? Como sua força de produzir patologia pode ser prevenida ou tratada? A experiência da violência, além de grande impacto social, tem trazido enorme preocupação na área da saúde. Desde a década de 1980, com a introdução do diagnóstico de TEPT no campo psiquiátrico, a violência extrapolou o campo das ciências humanas e se transformou em uma matéria também da saúde.

E como isso pode refletir em nossa prática de saúde?

Em geral, as mortes decorrentes de violência (incluindo acidentes) são a segunda maior causa de mortes, sendo que as principais vítimas são homens jovens entre 15 e 24 anos, pobres e negros. O Brasil tem cerca de 30 mortes por homicídio a cada 100 mil habitantes. Somente na cidade de São Paulo, a "epidemia de homicídios", entre 1960 e 2000, cresceu 900%! Entretanto, nos últimos dez anos, os homicídios caíram 78%, com mudança significativa do padrão dos assassinatos. Nesta última década, as vítimas mulheres passaram de 7% para 16% do total. As armas de fogo usadas

em mortes caíram vertiginosamente, e as brancas passaram de 4% para 27%. Eis uma nota de interesse relevante para PSF: as mortes dentro de casa passaram de 10% para 20%, especialmente pelo aumento de conflitos nos próprios domicílios, geralmente impulsionados pelo consumo de tóxicos (álcool e outras drogas).

Portanto, o tema violência faz parte da preocupação da atenção primária (como os da Estratégia Saúde da Família) como elemento epidemiológico, preventivo e da prática clínica. Entretanto, especificamente no campo da saúde, qual é o poder da violência em trazer dano?

Do ponto de vista físico ou corporal, o dano de uma lesão por agressão é evidente, visível. Mas talvez a grande novidade dos últimos 30 anos no campo da saúde, especialmente na saúde mental, seja o impacto patológico da violência sobre o psiquismo.

Gostaríamos de trazer uma ilustração de dois casos clínicos que irão nos ajudar na compreensão dos pacientes vítimas de violência, nos diferentes tipos de reações que possam apresentar e nas estratégias utilizadas para o atendimento.

Luana tem vinte anos e saiu à noite para a balada com sua amiga Claudia. Quando estavam voltando para casa, ambas testemunharam um assassinato na frente de um bar onde estavam passando: dois rapazes de boné desceram de uma moto e deram dois tiros em um outro que estava andando sozinho. Este logo caiu no chão, enquanto os dois assassinos subiram na no veículo e fugiram. Sem saberem como reagir e com medo de serem vistas, as amigas correram e não conseguiram prestar ajuda ao garoto baleado. Na manhã seguinte, souberam que ele havia morrido.

Após este evento, Luana passou a ter insônia, não conseguia dormir, acordava no meio da noite com pesadelos, e passou a ter medo de sair de casa. Claudia também teve reações parecidas: sentiu-se irritada, com muita raiva, taquicardia, e tinha a sensação de estar em alerta o tempo todo. No entanto, com o passar dos dias, Claudia percebeu que essas reações foram diminuindo de intensidade, voltou a dormir melhor, conseguiu contar para as pessoas o que havia acontecido, continuou trabalhando e retomou sua rotina.

Após alguns meses, Claudia conseguiu tirar um certo aprendizado desta vivência, tornando-se uma pessoa mais cautelosa quando saía de casa sozinha. Além disso, também teve uma sensação de que as coisas passaram a ser diferentes, pois por ter tido uma vivência de quase morte passou a rever seus projetos de vida e dar valor a coisas que antes não achava tão importantes.

No entanto, para Luana as coisas foram diferentes: ela passou a ter medo de sair de casa sozinha, pois convivia com a certeza de que seria reconhecida e que os assassinos viriam atrás dela (apesar de ter ficado sabendo que eles também foram assassinados logo em seguida, por membros de outra facção criminosa), passou a se isolar, não conseguia conversar com as pessoas, nem mesmo com Claudia. Frequentemente era invadida pelas cenas que vivenciou e tinha a sensação de que aquilo tudo estava acontecendo novamente. Luana passou a evitar falar no ocorrido e percebia que precisava fazer um esforço muito grande para não pensar no que aconteceu, passando a evitar qualquer situação que lembrasse o trauma. Não assistia mais noticiários, não saía de casa, sempre que via alguma pessoa de boné tinha certeza que este era um dos assassinos. Por conta desses sintomas, Luana não mais conseguia sair de casa sozinha e, por isso, acabou abandonando seu emprego.

Esta história ilustra dois casos de vivência de uma situação traumática e duas possíveis saídas após um evento traumático. A primeira, de Claudia, é a que chamamos de reação aguda ao estresse, uma reação normal a uma vivência traumática, com duração de algumas horas a alguns dias, e que caracteriza-se pela diminuição da intensidade dos sintomas com o passar do tempo. Claudia também teve o que chamamos de uma resposta resiliente: além de não adoecer, ela superou esta vivência podendo tirar algo positivo desta.

O caso de Luana exemplifica uma situação de adoecimento psíquico. Ela desenvolveu sintomas que caracterizam o Transtorno de Estresse Agudo, que seguiu para um caso de TEPT. Trata-se de uma síndrome que acomete cerca de 15% a 20% das pessoas que passam por um evento traumático, em que sua vida ou a vida de outra pessoa é ameaçada. Estes eventos traumáticos incluem vivências como: tentativas, perda de pessoas próximas ou testemunho de homicídios, sequestros, violência sexual, física, entre outros.

Trauma recente

Podemos dividir os casos de vítimas de violência em dois grupos, de acordo com o tempo de trauma:

1. Trauma recente

Em alguns casos é possível que o profissional de saúde se encontre frente a uma pessoa que passou por uma situação de violência extremamente recente, de dias a horas após o trauma. Assim, é importante que ele esteja instrumentalizado para saber como abordar este paciente.

1.a. Reação aguda ao estresse

A reação aguda ao estresse é definida como um transtorno transitório, que acomete indivíduos que passaram por alguma situação de estresse psíquico excepcional, e que desaparece em algumas horas ou em alguns dias. A sintomatologia é mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento, caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência, dificuldade de manter a atenção, ou de integrar estímulos, junto com uma desorientação. Pode ser acompanhado por um distanciamento do ambiente ou de agitação com hiperatividade, taquicardia, transpiração e ondas de calor. Em geral, esses sintomas se manifestam nos minutos seguintes ao evento estressante e desaparecem no espaço de dois a três dias, frequentemente em algumas horas.

Este foi o caso de Claudia, citado anteriormente. Ela apresentou esses sintomas, que despareceram em poucos dias.

Após uma situação de catástrofe, trauma e violência coletiva muitas pessoas precisarão de cuidados específicos, enquanto outras poderão se beneficiar apenas de assistência prática, conforto humano e compaixão.

O objetivo destes primeiros atendimentos é ajudar a pessoa a mobilizar suas próprias capacidades e recursos para se recuperar e reconstruir sua vida.

O foco deve ser nas primeiras necessidades básicas, tais como: moradia, acesso à alimentação, reestabelecimento de contato com familiares, conforto e criação e fortalecimento de vínculos de suporte.

Alguns fatores são considerados fatores de proteção para esse tipo de situação:

1. Sentimentos de segurança, calma, esperança e de conexão com as outras pessoas.
2. Ter acesso a suporte social, emocional e físico. 3-Possibilidade de ajudar a si mesmo, como indivíduo e comunidade.

Saiba mais...

"*Psychological First Aids*" foi o nome designado para este primeiro tipo de atendimento, lembrando que ele não necessariamente é feito por psicólogos, e por isso mesmo é de extrema importância que qualquer profissional de saúde tenha informações sobre como proceder.
Link para download do manual do *Psichological First Aids*: http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid_final_complete_manual.pdf.

Os objetivos deste atendimento inicial são:

Conforto
Atenção cuidadosa às necessidades e preocupações do sujeito
Conexão e vínculos de suporte
Imediato
Suporte e informação para as necessidades básicas.

Como atender essas vítimas de violência recente?

Primeiro passo: estar atento aos próprios sentimentos e reações; fazer um autoquestionamento sobre a possibilidade e disponibilidade de prestar atendimento a pessoas em situação de intenso sofrimento, que podem estar em condições parecidas com as daquele que as atenderá. É comum, por exemplo, que um profissional que trabalhe em uma comunidade muito violenta e que tenha presenciado diversas vezes embates dos traficantes com policiais atenda pessoas que tenham passado por essas mesmas situações. É claro que isso não inviabiliza o atendimento e, pelo contrário, pode até ajudá-lo, pois pode fazer com que surja no profissional uma postura empática com relação a quem ele esteja atendendo. No entanto, em alguns momentos essa vivência pode ser tão parecida que inviabilize este atendimento.

O que não fazer?

- **Aconselhamento**: Apesar da técnica de aconselhamento ser bastante conhecida e utilizada na área de saúde, principalmente por enfermeiros e psicólogos, é importante saber que, **neste primeiro momento**, ela não é uma estratégia que deva ser utilizada. Isso porque, a ideia é que estas pessoas consigam se acalmar, para que possam dizer do que elas estão precisando e procurar ajuda. Técnicas de empoderamento, para que as pessoas tenham um papel ativo em sua recuperação, são mais úteis neste momento. Uma das melhores formas de se estabelecer conexão com estas pessoas é fornecendo assistência **prática**: água, comida, cobertor. Desta forma,,o

aconselhamento não deve ser utilizado, pois neste momento elas só conseguirão ouvir e absorver muito pouco do que lhes estiver sendo ditos, sendo que o que elas mais precisam são informações práticas;

- ***Debriefing***: o *debriefing* psicológico (DP) tornou-se uma intervenção bastante disseminada para ser aplicada no pós-trauma. Basicamente, trata-se de uma estratégia que busca aliviar o estresse, com objetivo de evitar futuras patologias, por meio da reconstrução da narrativa da experiência e da ventilação catártica de seus impactos emocionais. Atualmente, o consenso entre os especialistas é de que o DP não só é ineficiente como pode ser prejudicial, sendo que há estudos comprovando que esta intervenção pode piorar o curso das reações, estando associada a um aumento da probabilidade de desenvolvimento de TEPT;
- **Perguntar sobre o que aconteceu, ou pedir que narrem os eventos de uma forma cronológica**;
- **Pressionar o indivíduo para que fale sobre seus sentimentos e reações ao evento**;
- **Algo que toda pessoa que passe por uma crise irá precisar**.

Esse é um ponto muito importante, pois nesse primeiro momento a pessoa vitimizada precisa de ajuda prática, como no caso de Luana, pois nos primeiros dias não é importante que fiquemos perguntando sobre seus sentimentos, mas sim que a auxiliemos a tomar algumas decisões importantes, como: "Como ela irá justificar sua falta em seu emprego?", "Como ela pode conseguir ajuda para que alguém fique com seus filhos?", "Quem irá fazer a comida em sua casa?", etc.

Após um período de alguns dias ou semanas, o paciente irá se beneficiar de um outro tipo de ajuda, que é fundamental para as vítimas de violência. Trata-se de um trabalho chamado de psicoeducativo, no qual o profissional pode explicar para o paciente o que são as reações que ele vem tendo, quais são as reações normais e esperadas e o que ele pode esperar sentir nos próximos dias. Isso traz um forte alívio da culpa, por não estar se sentindo bem, e diminui o estranhamento de si mesmo, por começar a compreender o que vem acontecendo com ele.

Após três semanas, Luana vem para uma consulta com uma enfermeira. Nesta consulta ela relata que não consegue dormir, não sai de casa sozinha, fica o tempo todo pensando no que aconteceu e com a certeza de que os assassinos virão em sua casa. Mostra-se bastante ansiosa e hipervigilante também no contato com a enfermeira.
A enfermeira pode lhe dizer algo assim: "Luana, essas reações que você está tendo são muito comuns em quem passa por uma situação de violência. Isso que você me contou sobre estar irritada, ter a sensação de que tudo aquilo está acontecendo de novo, e até isso que você acha, que os assassinos virão atrás de você, são reações que fazem parte de um quadro que chamamos de transtorno de estresse pós-traumático. Ele é desenvolvido por parte das pessoas que passam por uma situação de violência, como você passou. É um quadro conhecido e que tem tratamento. Assim que você iniciar seu tratamento provavelmente estes sintomas começarão a diminuir de intensidade.

1b. Transtorno de Estresse Agudo (TEA)

Diferente da reação aguda ao estresse, o TEA já é considerado um transtorno que precisa de mais atenção e exige um tratamento. Ele é desenvolvido por vítimas de violência recente e que apresentam sintomas com um tempo de trauma de até um mês, pois após 30 dias o caso já passa a ser considerado como TEPT. Para ser diagnosticado com TEA o paciente precisa apresentar três dos seguintes sintomas:

- **Sintomas intrusivos**: memórias intrusivas e invasivas, sonhos recorrentes, reações dissociativas como flash back, intenso desconforto ou sintomas físicos marcados secundário a indícios internos ou externos ligados ao evento;
- **Humor negativo**: inabilidade de experienciar emoções positivas;
- **Sintomas dissociativos**: alterações da percepção da realidade ou de si próprio, inabilidade de lembrar-se de fatos importantes ligados ao trauma;
- **Sintomas evitativos**: esforços para evitar lembrar-se do trauma, esforços para evitar indícios externos que lembrem o trauma;
- **Sintomas de hiperexcitabilidade**: Alteração do sono, irritabilidade ou agressividade, hipervigilância, problemas de concentração, reações de sobressalto.

O Tratamento do TEA normalmente inclui uma combinação de tratamento medicamentoso com intervenções psicoterápicas.

2. Tempo de trauma superior a um mês: TEPT

A pessoa que apresente sintomas de trauma após um mês passa a ser considerada como um caso de TEPT. Esses sintomas podem ter começado logo após o trauma, indicando que este paciente desenvolveu um quadro de TEA que seguiu para um quadro de TEPT, ou podem ter aparecido depois.

O TEPT pode ocorrer em situações em que não haja uma ameaça de vida tão evidente, mas que, para o indivíduo, de forma subjetiva e pessoal, adquiram uma qualidade de aniquilamento. Portanto, devemos tomar cuidado com julgamentos do tipo: *"Não parece ter sido algo tão ameaçador para provocar uma doença"*.

Os fatores de risco mais conhecidos para o desenvolvimento do TEPT são: funcionamento familiar precário, baixo nível de escolaridade, gênero, (as mulheres têm maior probabilidade de desenvolver o transtorno), a gravidade do trauma, suporte social recebido na época do trauma, nível atual de estresse e história psiquiátrica prévia (Kessler, Sonnega et al., 1995).

Em 2013, com a criação do DSM-V, os critérios diagnósticos para TEPT foram divididos em quatro clusters de sintomas, que estão exemplificados no caso de Luana:

A. Exposição ou ameaça de morte, ferimento grave, violação sexual de uma das seguintes formas: exposição direta ao evento traumático, testemunho do evento, tomada de conhecimento do evento através de um familiar ou amigo próximo (evento violento ou acidental), extrema exposição a muitos detalhes do evento (ex.: bombeiros, policiais). Não inclui eventos exposto somente através de mídia eletrônica e TV;

B. Pelo menos 1 sintoma intrusivo (1/3): Memória intrusiva e recorrente do trauma, sonhos recorrentes, reações dissociativas tipo *flashback*;

C. Pelo menos 1 sintoma de evitação (1/2): evitação de lembranças, evitação de indícios externos que lembrem o trauma;

D. Duas ou mais alterações de humor e cognições (2/7): incapacidade de recordar aspectos do trauma, crenças persistentes e exageradas quanto a si mesmo, os outros ou o mundo, cognições distorcidas quanto às causas ou às consequências do trauma, estado emocional negativo persistente, redução de interesse e participação em atividades relevantes, sensação de distanciamento e afastamento de outras pessoas, incapacidade persistente de sentir emoções positivas;

E. Dois ou mais sintomas de excitabilidade aumentada (2/5): irritabilidade ou surtos de raiva, comportamento autodestrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, dificuldade de concentração, dificuldade em conciliar ou manter o sono;

F. Duração superior a um mês;

G. Sofrimento significativo ou prejuízo funcional;

H. Não é secundário a efeito de substância ou condição médica.

Quadro, evolução e tratamento do TEPT

O quadro do TEPT é extremamente variável. São frequentes as queixas de lembranças intrusivas do trauma, pesadelos, tendência ao isolamento constante e hipervigilância com sobressaltos. As comorbidades são praticamente a regra: depressão, transtornos de ansiedade e até psicose. Devemos ficar atentos para a tendência ao abuso de bebida alcoólica. A evolução, nos casos não tratados, apresenta uma tendência à cronicidade, o que torna o prognóstico mais sombrio. O tratamento, até o momento, não possui acordo em termos de medicamentos. São mais usados os antidepressivos que agem no sistema serotoninérgico (que tem como mediador um neurotransmissor chamado de serotonina). Os antidepressivos mais recentes, com efeito também na noradrenalina, devem ser evitados, pois os pacientes têm uma tendência aos sustos, o que já equivale a uma descarga adrenérgica. Também são evitados os benzodiazepínicos, pois muitos trabalhos acadêmicos comprovam que seu uso intensifica as memórias traumáticas.

A psicoterapia traz bons resultados quanto ao tratamento. As abordagens mais comuns e mais estudadas no atendimento a pacientes com TEPT são a Psicoterapia Interpessoal (IPT), Terapia de Exposição, Terapia Cognitivo Comportamental, -EMDR (Eye-movement Dessentization Reprocessing®) e Psicoterapia Psicodinâmica. Incluem a psicoeducação, psicoterapia individual e a psicoterapia de grupo.

Múltiplos traumas

Herman desenvolveu o termo "TEPT Complexo" para designar condições clínicas apresentadas por indivíduos que sofreram muitos traumas na infância e apresentavam não apenas quadro de TEPT após um evento estressor (Herman, 1997), mas também prejuízo nas áreas afetiva e interpessoal, dificuldades na autorregulação da ansiedade e de lidar com a raiva, sintomas dissociativos e comportamento evitativo ou agressivo. De acordo com a autora, os eventos traumáticos na infância são definidos como um tipo específico de trauma relacionado ao TEPT complexo. Quanto mais tipos de abuso um indivíduo apresentar, mais severos serão seus sintomas de TEPT complexo.

No quadro da página seguinte apresentamos um caso que pode ser diagnosticado com TEPT Complexo:

"Durante o tempo todo em que fiquei sob o domínio do agressor, só conseguia pensar que eu merecia estar passando por aquilo. Não morri, e agora não sei o que fazer com a minha vida."

Paciente L., sexo feminino, 37 anos.

Esse relato evidencia o significado que essa paciente atribuiu à vivência traumática sofrida durante uma tentativa de estupro e homicídio, da qual conseguiu fugir. L. buscou atendimento poucos meses após este evento traumático. Nas primeiras sessões, L. mostrava-se muito deprimida, com ideias suicidas e uma tentativa de suicídio recente. Parou de trabalhar, não sai mais de casa desacompanhada e não faz mais suas atividades de lazer. Recebe cuidados do marido, porém sente-se muito culpada por estar dando trabalho para ele. Conta que, durante todo o tempo que permaneceu sob o domínio do agressor (cerca de uma hora) ficava pensando **que teria que passar por aquilo, que merecia ser machucada**. Conseguiu reagir e fugir quando pensou em seus filhos, e no medo que teve de deixá-los sozinhos: "*foi só isso que me deu forças, por mim eu teria ficado lá, esperando que ele me matasse. Estou viva, mas não sei o que fazer com a minha vida...*".

Ao investigar sua história de vida, L. conta que sua mãe lhe abandonou no hospital quando ela nasceu, seria encaminhada para adoção, mas uma amiga da mãe a pegou para cuidar. Morou com essa pessoa por um tempo, cuidou dos irmãos mais novos desta mãe adotiva desde os sete anos. Com dez anos, a mãe faleceu e o pai veio buscá-la, indo morar com ele e com a madrasta, "*mas lá eu era mais uma empregada do que filha. Fiquei três anos fora da escola, porque ninguém foi buscar meus documentos na escola antiga*", conta. Aos 17 anos foi morar com uma das irmãs mais velhas e aos 18 engravidou de um namorado que a abandonou. Após o nascimento deste filho desenvolveu um quadro de depressão pós-parto. Depois de alguns anos conheceu o marido com quem está casada até hoje. Teve muitas crises de depressão ao longo da vida, mas em nenhuma delas recebeu tratamento ou sequer foi diagnosticada. Apesar de todas essas dificuldades, conseguiu levar sua vida até dois anos atrás, quando teve sua crise depressiva mais grave e que foi agravada por esse evento de agressão. L. é uma paciente que passou por experiências traumáticas diversas em sua infância: abandono, negligência, maus-tratos físicos por parte do pai e da madrasta, exigência de que ela cuidasse dos outros irmãos. L. não teve atendidas necessidades básicas para seu desenvolvimento, desde alguém que a levasse à escola até alguém que cuidasse dela de uma forma afetiva. Neste caso, a violência recente serve como disparador de diversas vivências muito traumáticas que ocorreram durante toda sua vida, e sobre as quais ela diz nunca ter parado muito para pensar. Foi como se essa agressão tivesse tirado dela suas forças para continuar "*lutando contra a vida*" (sic).

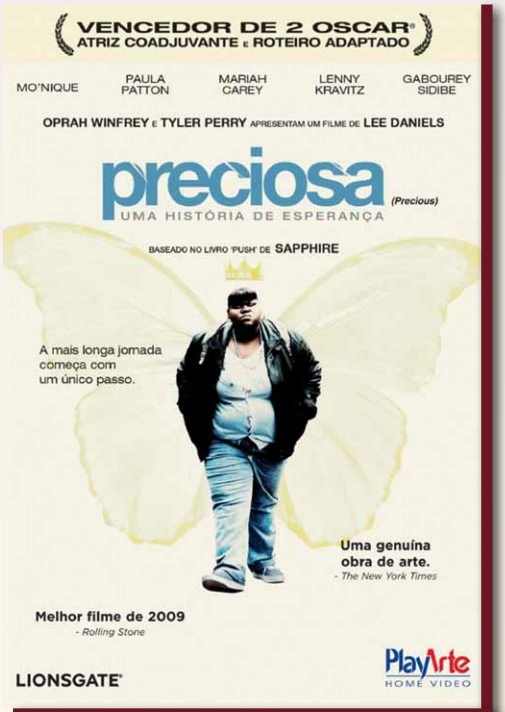
A violência e o cotidiano da ESF

Bullying

A questão do *bullying* deixou, há algum tempo, de fazer parte apenas das preocupações do meio escolar. Inicialmente definida como uma problemática social voltada para a disputa entre adolescentes, o bullying se transformou em objeto de pesquisa e tratamento no campo da saúde. O conceito foi expandido e, nos dias de hoje, praticamente se transformou em sinônimo de assédio moral. Assim, facilmente identificamos alguns pontos de ação para o PSF, sempre próximos às comunidades em seu cotidiano.

Saiba mais...

O *bullying* pode ser entendido, derivado do conceito de estresse, como a agressão intencional tendo como meta a humilhação e a submissão de outro supostamente mais frágil. No campo da saúde, o bullying se reflete em faltas e abandonos escolares, nos casos de crianças, ou, no aspecto do trabalho, de faltas constantes e até a perda do emprego. Além disso, pode levar a transtornos frequentes, como quadros de ansiedade, depressão e o TEPT.



"Preciosa", filme de 2009. Aqui temos praticamente um tratado sobre violência, um dos melhores exemplos atuais do que se entende por violência doméstica, bullying e abuso sexual. Fonte: <www.playartepictures.com.br>.

Violência doméstica

A violência doméstica se transformou em uma das questões mais examinadas pela saúde, especialmente por sua abrangência em todo o território

brasileiro, tradicionalmente uma sociedade patriarcal e conservadora. As mulheres são as maiores vítimas desse tipo extremamente comum de violência.

Saiba mais...

Para a delimitação do conceito de *vítima*, na área da saúde, sugerimos o texto "Corpo, violência e saúde: a produção da vítima", de Cynthia A. Sarti, publicado na Revista *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 1, p. 89-103, 2009. Disponível em: <www.sexualidadsaludysociedad.org>.

Para profissionais do PSF, ainda são muito comuns histórias de mulheres agredidas dentro de seus próprios domicílios, geralmente pelo companheiro, o que provavelmente resulta em lares desfeitos e/ou transtornos de saúde. No campo da saúde, os quadros mais comuns decorrentes da violência doméstica são os transtornos de ansiedade, a depressão e o TEPT. Assim como nos casos de *bullying*, a violência insidiosa e estressante pode deixar quadros clínicos crônicos e modificar todo um projeto de vida, que passa a ser regido pelo medo.

No campo da violência doméstica devemos lembrar também o problema da negligência precoce, ou seja, o abandono de crianças em fase de crescimento dentro de seus próprios lares pelos próprios familiares. Ainda há a questão do abuso sexual. Com a grande mudança de padrões familiares, afrouxam-se os laços sociais familiares mais tradicionais. As crianças convivem cada vez mais com estranhos que passam a ter funções paternais ou maternais. Entretanto, o abuso sexual não é uma exclusividade desse grupo, e a cada dia somos surpreendidos por notícias de pais que mantiveram filhas em cárcere privado, forçavam-nas a ter relações sexuais e que até conceberam filhos com elas. Trata-se de um fenômeno mundial.

O maior problema para a constatação da violência doméstica é sua apresentação dissimulada. Crianças agredidas são levadas aos prontos-socorros como se tivessem passado por acidentes domésticos. O mesmo ocorre com mulheres espancadas, que pouco procuram ajuda e são surpreendidas pelos vizinhos e familiares com hematomas, muitas vezes no rosto, mas que geralmente protegem maridos (ou filhos, que também são agressores comuns), perpetuando o ciclo da violência.

Transtorno de conduta

Cena do filme Garota, interrompida, de 2000. Em destaque, a personagem interpretada por Angelina Jolie, uma jovem cujo transtorno de conduta é a regra. Fonte: www.sonypictures.com.

Anteriormente conhecido como transtorno de delinquência, o transtorno de conduta passou de uma questão moral ou comportamental para um problema de saúde, não mais sendo visto apenas por sua ligação ao delito, ao crime. Mais do que travessuras em série, dada a gravidade dos atos, o transtorno de conduta é reconhecido pela ausência de crítica do agressor, pela incapacidade do agressor de perceber que seu comportamento viola a liberdade do outro. São frequentes, naquele que provoca a violência, demonstrações de frieza, irritabilidade, mudanças súbitas de humor, intolerância às mínimas frustrações e a atribuição da responsabilidade ao agredido pelo próprio abuso, como se este o merecesse.

Embora a preocupação do profissional de saúde seja na maioria das vezes com o abusado, devemos observar que muitos agressores foram também agredidos em épocas anteriores. Vários trabalhos recentes mostram que a origem do ato de violência possa ter sido a marca de um passado em que o abusador era a vítima. Isso é muito mais comum do que se pensa nas crianças e adolescentes com transtorno de conduta. E mais: tanto para agressor como para agredido, a possibilidade de essas vivências levarem a um consumo de drogas, ao porte de armas e ao envolvimento em crimes é muito alta.

Como detectar?

Se a violência passou a ser uma preocupação da saúde em seu aspecto preventivo e curativo, qual seria o protocolo a ser seguido pelo profissional da ESF que trabalha com uma população de risco?

No campo de ação da atenção primária, enumeramos alguns aspectos da violência que podem alertar o profissional: além dos vários tipos de agressão que envolvem a violência urbana (assaltos, sequestros-relâmpago, que atualmente ocorrem com pessoas de qualquer classe social, moradia em lugar violento), temos eventos que durante muito tempo foram pouco observados pela saúde: assédio moral (bullying, mais especificamente entre jovens), assédio sexual e, especificamente, a violência sexual.

Cada um desses aspectos pode ser observado diretamente (quando familiares ou os próprios usuários acometidos contam) ou indiretamente. Como a questão do impacto da violência sobre o psiquismo é um tema tabu, o profissional do PSF deve estar atento para alguns sinais indiretos:

- Sinais evidentes de agressão física, geralmente amenizada pelo doente (especialmente mulheres) ou pela família (olho roxo, equimoses no rosto, fraturas de membros, cortes, marcas de queimaduras, especialmente de cigarros sobre a pele);
- Excesso de queixas somáticas sem relação evidente com patologias, mas que levam a pedidos de licença-médica;
- Vergonha ao serem descobertos como pessoas que passaram pela violência. Mesmo que admitam, esses indivíduos podem apresentar extrema dificuldade em relatar o que passaram. Se a questão envolve crianças, isso se torna ainda mais evidente. Eventos recentes, mesmo que muito impactantes, são de mais fácil relato. A violência constante faz com que o indivíduo se perceba cúmplice, responsabilize-se pelo ato, especialmente nos casos de bullying contra jovens e violência sexual contra mulheres e crianças;
- Em crianças, são comuns idas frequentes ao pronto-socorro com histórias inconvincentes de quedas e fraturas, que podem ser decorrentes de agressão física;
- É muito importante lembrar: os eventos violentos mais crônicos são os mais difíceis de detectar, pois o indivíduo traça e vive em uma espécie de mundo paralelo, em que a agressão vira tabu.
- No caso de violência doméstica, algumas situações examinadas ou questionadas pelo profissional do PSF podem ser úteis para a direção da investigação como um possível caso de saúde: O companheiro é permanentemente implicante (vestes, maquiagem, ciúmes)? Há sinais de agressão (verbal, moral ou física) frequentes? Priva dos sonhos de melhorar na vida? Obriga em suas vontades sexuais?

Implicações para a prática clínica

O profissional deve ter bastante cuidado no acolhimento inicial: os pacientes encontram-se fragilizados, desorganizados e com o senso de confiança muito prejudicado.

A relação estabelecida com o paciente deve ser de suporte e empática.

O profissional de saúde pode ser visto como uma figura de apego temporária, com quem o paciente restabelecerá a capacidade de confiança no outro e poderá dividir sua história e seus sentimentos.

Como abordar o evento traumático?

Esta deve ser sempre uma questão a ser abordada com muita cautela, pois muitos pacientes não conseguem falar sobre o ocorrido. Outros, entretanto, falam repetidamente sobre o evento, mas trata-se de um falar que pode fazer com que ele se sinta mal e muito exposto, por isso é fundamental que o profissional possa ir conversando com o paciente e fazendo com que ele perceba suas reações, seus incômodos enquanto fala, para que possa ter a liberdade de interromper um assunto que pode estar sendo muito doloroso para ele.

Um exemplo de como abordaríamos Luana numa primeira consulta:
"Luana, eu sei pelo seu prontuário que você passou por uma situação de violência. Gostaria de saber como isso vem te afetando e como te afetou. Peço que só me conte aquilo que você se sentir á vontade em falar e, caso eu faça alguma pergunta ou algum comentário que te incomode, peço que você me diga que está incomodada ou que não quer responder, pode ser?"

Cuidando de quem cuida

Devido aos sintomas de desconfiança e isolamento, os pacientes com TEPT podem apresentar dificuldade em estabelecer vínculos em que possam confiar, por isso o estabelecimento de uma aliança terapêutica e de um relacionamento de em que eles se sintam seguros pode ser um desafio. Tal dificuldade pode levar o profissional a vivenciar sentimentos de solidão e inutilidade.

Por outro lado, são pacientes que, por estarem muito fragilizados, podem projetar no profissional a figura do salvador, quem poderá ajudá-lo a sair da crise. Essa projeção inicial pode facilitar o desenvolvimento de uma relação de confiança e de um vínculo com o paciente, no entanto deve ser questionada, pois é necessário que, com o passar do tempo, o paciente consiga romper o ciclo de idealização do profissional e desvalorização de si, para que possa reconhecer em si mesmo recursos e sinais para sair da crise em que se encontra.

É comum que o terapeuta vivencie sentimentos de culpa por não ter passado pela situação de agressão que seus pacientes vivenciaram, a traumatização vicária, descrita por parte de profissionais que atendem vitimas de traumas, como a experiência de vivenciar reações psicológicas intensas e dolorosas, estados de medo e desesperança intensos.

Destaque

O contato frequente do profissional com os relatos traumáticos de seus pacientes pode fazer com que ele desenvolva um profundo senso de desesperança frente ao mundo, além de raiva intensa dos agressores. Esse senso de desesperança e impotência pode levar o profissional a perder a crença na sua capacidade de ajudar seus pacientes, bem como não conseguir perceber os potenciais destes para saírem da crise.

Outro fenômeno comum é a traumatização secundária, definida como uma súbita reação por parte do terapeuta que esta em contato com vitimas de trauma. Tal processo foi descrito por Figley.

Por fim, é importante ressaltar a importância do trabalho em equipe no atendimento a esses pacientes, pois a equipe funciona como importante suporte e espaço para que o terapeuta possa elaborar os aspectos mais dolorosos desencadeados em seus atendimentos.

Aspectos legais

É importante comentar algumas das leis que vieram proteger as mulheres em situações de violência doméstica e sexual, facilitando e norteando os serviços de saúde em sua atuação preventiva e terapêutica não só na área médica, mas também nos âmbitos social, psíquico e de exercício de cidadania.

Algumas leis, apesar de já existirem há muitos anos, continuam sendo "esquecidas" ou mal interpretadas, insistindo dessa maneira em negar os devidos direitos às mulheres. Entre os aspectos bioéticos que trazem dúvidas aos profissionais de saúde temos os relacionados às situações de aborto previsto em lei, à obrigação dos serviços de saúde em oferecer os serviços de direito às mulheres, ao compromisso dos órgãos de saúde de desenvolver esses serviços, aos limites da objeção de consciência alegadas pelos profissionais de saúde, às obrigações e limites de denúncias e notificações compulsórias, aos consentimentos esclarecidos e informados e a algumas leis que devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde para os devidos encaminhamentos, esclarecimentos e até aconselhamentos às vitimas de violência num sentido amplo, particularmente às mulheres.

Lei do Aborto

Iniciaremos com o Decreto-Lei no 2848, do Código Penal Brasileiro, datada de 1940, que no seu artigo 128 diz:

> "Não se pune o aborto praticado por médico:
> I – Se não há outra maneira de salvar a vida da gestante;
> II – Se a gravidez é resultado de estupro e o aborto é autorizado pela gestante ou seu representante legal." (BRASIIL, 1940).

Essa lei ainda não é oferecida universalmente às pacientes que dela necessitam. Na realidade, só no final dos anos 1980, quando surgiram as primeiras leis regulamentando, no Rio de Janeiro e em São Paulo, é que se tornou obrigação dos hospitais municipais oferecerem a interrupção da gestação nas situações de juricidade existentes no Código Penal Brasileiro. Apesar disso, já são 22 anos de luta e ainda não temos esse serviço universalizado, como é a proposta do nosso Sistema Único de Saúde.

Vale lembrar que essas dificuldades de acesso aos seus direitos, nos casos de estupro, levam essas mulheres a procurarem situações de risco para realizar seus abortos, resultando numa enorme perda desnecessária de vidas.

Objeção de consciência

O Novo Código de Ética Médica <**http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp**>, aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.931/2009, em 17 de setembro de 2009, e publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 24 de setembro de 2009, no Capítulo II, relativo aos "Direitos dos Médicos", diz que "é direito do médico [...] recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (artigo IX)". Esse artigo permite aos médicos eximirem-se de determinados atos desde que sejam contra seus princípios morais e religiosos, embora amparados pela lei. Dessa maneira, pode um médico deixar de realizar um aborto, mesmo que seja legal, se tal ato for contra seus princípios. No entanto, deve esse médico, obrigatoriamente, orientar e encaminhar a paciente a outro que lhe ofereça o atendimento de direito, facilitando seu acesso em tempo hábil e oportuno para a realização do procedimento. Tem sido comum alguns colegas eximirem-se de atender e orientar essas mulheres, alegando que não concordam com suas opções. Outro aspecto é que, nos casos de risco de vida à gestante, não é reconhecido o direito de objeção de consciência, se não houver outro profissional treinado para a realização do procedimento em questão.

No que se refere à contracepção de emergência, o Novo Código de Ética Médica é bem claro quando não aceita justificativa para objeção de consciência, uma vez que essa medicação não é abortiva.

Crimes contra a dignidade sexual

No final de 2009, houve uma importante mudança nas leis que definem os crimes sexuais. A Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009, alterou o Decreto-Lei no 2848, de 7 de dezembro de 1940, e dispõe sobre os crimes hediondos nos termos do inciso XLIII do artigo 5o da Constituição Federal, revogando a Lei no 2252, de 1o de julho de 1954, que tratava de corrupção de menores.

O Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, <**http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm#titulovi**> passa a vigorar com as seguintes alterações:

- Na prática, esta lei muda a **definição de estupro**, conforme o Artigo 213: "Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso". Essa definição então suprime a figura do atentado violento ao pudor, considerando qualquer forma de agressão sexual como estupro (coito vaginal, anal, oral, interfêmures, manipulações, etc.). Também define **estupro de vulnerável** quando essa forma de violência é aplicada a incapazes e menores de 18 e maiores de 14 anos. Nas situações abaixo de 14 anos, mesmo que consentida, a relação sexual é considerada estupro presumido de vulnerável, não necessitando haver violência nem constrangimento para esse ato. Existe um mecanismo de acumulação de penas para essas situações.
- Outro aspecto importante desta lei é que, embora respeite o direito à representação da ação judicial contra o agressor em maiores de 18 anos, em situações de estupro de vulnerável a ação penal é incondicionada, ou seja, é aberta automaticamente mesmo que contra a vontade dos responsáveis legais.
- Outras situações são consideradas nesta lei, como violação sexual mediante fraude, assédio sexual, exploração sexual, tráfico internacional de pessoas, rufianismo (exploração sexual por terceiros), exploração de menores, entre outras. Também aqui houve um processo cumulativo de penas, conforme as situações vão se configurando. Trata-se, pois, de um avanço considerável na lei que protege os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, particularmente das mulheres.

Notificação compulsória

Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o Artigo 13 da Lei no 8069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha (anexo IV) atende ao Decreto-Lei no 5.099, de 03/06/2004, o qual regulamenta a Lei no 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o Artigo 19 da Lei no 10.741/2003, que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Todo o parágrafo acima faz parte do cabeçalho da ficha de notificação compulsória, que, de acordo com as leis mencionadas, deve ser realizada quando qualquer serviço de saúde atende um(a) paciente em situação de vulnerabilidade. É importante notar que, nas situações contra crianças e adolescentes, além da notificação compulsória, deve o serviço comunicar oficialmente o Conselho Tutelar e/ou a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente. No caso de violência contra o idoso, sugere-se que o Ministério Público seja acionado, uma vez que não existe um órgão oficial prevendo essa proteção aos idosos na maioria dos municípios (anexo II).

Lei "Maria da Penha"

Em 7 de agosto de 2006, o então presidente do Brasil sancionou a Lei no 11.340, conhecida como Lei "Maria da Penha". Entre as várias mudanças promovidas por essa lei está o aumento no rigor das punições das agressões contra a mulher quando ocorridas no âmbito doméstico ou familiar. Essa lei foi criada para proteger os direitos da mulher, além de impedir que os homens assassinem ou batam nas suas esposas. A lei alterou o Código Penal Brasileiro e possibilitou que agressores de mulheres no núcleo doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada. Outro aspecto importante é que esses agressores também não poderão mais ser punidos com penas alternativas, como o pagamento de cestas básicas. A legislação também aumenta o tempo máximo de detenção de um para três anos e ainda prevê medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio à proibição de sua aproximação da mulher agredida.

Revisão de aprendizagem

Procuramos aqui abordar alguns aspectos que consideramos importantes no atendimento às vítimas de violência. Destacamos o embasamento teórico para atendimento a esses pacientes, bem como diversos apontamentos para a prática clínica. Ressaltamos a importância do cuidado inicial no contato com o paciente e também a importância do desenvolvimento de uma sólida aliança terapêutica. Ainda, destacamos os diferentes tipos de reações às vivências traumáticas, bem como suas diferentes intervenções. Foram igualmente descritos os tipos de situações de violência mais comuns e, por fim, descrevemos os aspectos legais que acreditamos que deva ser conhecimento de todo profissional de saúde para a realização do atendimento às vítimas de violência.

Referências

AGENDE. **O Brasil e o cumprimento da CEDAW**: contrainforme da sociedade civil ao VI relatório nacional brasileiro à convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Disponível em: <www.agende.org.br/convencoes/cedaw/rela_alt_2005.html>. Acesso em: 14 set. 2014.

BECKER, M. A. Anencefalia e a possibilidade de interrupção da gravidez. **Revista da AMRIGS**, v. 51, n. 3, p. 220-221, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 14 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COLÁS, O. R.; MATTAR, R. Legal Abortion of raped women – The first public program in Brazil. **Acta Obstétricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 76, n. 167, p. 79, 1997.

_____ et al. Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. **Bioética**, v. 2, n. 1, p. 81-85, 1994.

DELMANTO, C. **Código penal anotado**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

DEVILLY, G. J, WRIGHT R., GIST R. A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Supl. I, n. 25, p. 41-45, 2003.

FAÚNDES, A. et al. I Fórum Interprofissional para Implantação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei: relatório final. **Femina**, v. 25, n. 1, p. 69-71, 74-76, 78, jan.-fev. 1997.

HEIZER, J. R. L. N; MCEVOY, L. Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiological catchment area survey. **N. Engl. J. Med.**, n. 317, p. 1630-1634, 1987.

HERMAN, J. **Trauma and recovery**. The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1997.

KESSLER, R. C.; SONNEGA, A. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.**Arch Gen Psychiatry**, n. 52, v. 12, p. 1048-1060, 1995.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MATTÉI, J. F. **A barbárie interior**. Traduzido por Isabel M. Loureiro. São Paulo: Ed. UNESP, 2002.

RUSSEL, M. D. et al. Factors Affecting Burnout and Compassion Fatigue in Psychotherpists Treating Torture Survivors: is the Therapist's Attitude to Working Through Trauma Relevant?" **Journal of Traumatic Stress**, n. 20, p. 63-75, 2007.

SARTI, C. A. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. Sexualidad, Salud y Sociedad - **Revista Latinoamericana**, n. 1, p. 89-103, 2009.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Supl. 2, p. 399-406, 2003.