

Qual a importância da violência contra mulheres na *Revista Portuguesa de Saúde Pública*?

MARIANA RUWER DE AZAMBUJA
CONCEIÇÃO NOGUEIRA

Objectivo: Em Portugal, desde a década de 1990, diversas iniciativas vêm sendo adoptadas a fim de lidar com o problema da violência contra mulheres, o qual é reconhecido pela OMS e outras organizações internacionais como um grave problema de saúde pública. As fontes oficiais de informação confirmam um aumento no registo de casos, facto que representa, mais do que um aumento na incidência, uma maior visibilidade do fenómeno. Considerando a *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (RPSP) como a publicação mais importante de sua especialidade no contexto nacional, o estudo pretende mapear os discursos circulantes na RPSP sobre a violência contra mulheres.

Tipo de estudo: Observacional, transversal e exploratório.

Universo: Todas as edições da *Revista Portuguesa de Saúde Pública* disponíveis no sítio informático da Revista, na altura do estudo (Outubro de 2007), o que corresponde ao período compreendido entre os anos 2000 e 2007, totalizando 19 edições e 169 artigos.

Metodologia: Revisão sistemática de todos os artigos da RPSP quanto à presença ou ausência do descritor «violência», efectuada através da ferramenta «localizar» do programa Adobe Acrobat Reader. Para a análise dos dados e

discussão dos resultados, foram utilizadas a Análise Temática e a Análise Crítica de Discurso.

Resultados: Dentre todos os artigos analisados (169), em apenas 24 (14,2%) foi encontrado o descritor «violência». Todavia, nenhum destes abordava a violência doméstica, seja praticada contra mulheres, crianças ou idosos.

Conclusões: O estudo constatou que, apesar de utilizarem a palavra «violência», nenhum artigo da RPSP abordou a violência vivida por mulheres no contexto de relacionamentos íntimos e, tampouco, aquela praticada no contexto doméstico contra crianças, adolescentes, idosos ou pessoas portadoras de deficiências. Tal constatação nos leva a concluir que a violência doméstica/familiar não tem sido considerada como um problema de Saúde Pública na *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, apesar das diversas orientações da OMS a este respeito e, mesmo, de normativas nacionais (tal como o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 ou os três Planos Nacionais contra a Violência Doméstica). Encerramos com algumas indicações de possibilidades para que, no futuro, a violência contra mulheres seja integrada às reflexões da Saúde Pública portuguesa.

Palavras-chave: violência contra mulheres; clínica geral; saúde pública; análise de discurso.



Mariana Ruwer de Azambuja é doutora em Psicologia Social, psicóloga da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS, Brasil). Conceição Nogueira é doutora em Psicologia, professora auxiliar, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Submetido à apreciação: 20 de Fevereiro de 2009

Aceite para publicação: 26 de Janeiro de 2010

Introdução

Desde a década de 1960, a partir das denúncias do movimento feminista, a violência doméstica contra mulheres é reconhecida como uma violação dos Direitos Humanos (Azambuja e Nogueira, 2008;

Monteiro, 2005). Entretanto, a Saúde Pública apenas reconheceu o problema na década de 1980 e, mais intensamente, na década de 1990 (Minayo, 2006). Em Portugal, diversas medidas foram adoptadas, tais como os três Planos Nacionais de Combate à Violência Doméstica (1999, 2003 e 2007), as qualificações das forças policiais ou as acções de organizações não-governamentais (Azambuja, 2008; Azambuja, Nogueira e Saavedra, 2007). Ainda assim, as informações oriundas das instituições criminais e de apoio às vítimas e os inquéritos nacionais mostram um progressivo aumento de casos, o que representa, mais do que um aumento na incidência, uma maior visibilidade do fenómeno (Portugal. APAV, 2003, 2006, 2007; Portugal. Direção Nacional da PSP, 2006; Lisboa *et al.*, 2003; Lisboa, Barroso e Marteleira, 2003; Lisboa, Vicente e Barroso, 2005; Lourenço, Lisboa e Pais, 1997).

A violência doméstica não constitui, por si, um problema de Saúde Pública. Todavia, as repercussões na saúde física e psicológica das vítimas, os gastos públicos com tratamentos das lesões e os dias perdidos de trabalho mostram a abrangência e a magnitude do problema e reforçam a necessidade de políticas públicas para seu enfrentamento e prevenção. Apesar de muitas vezes as vítimas não buscarem tratamento para as sequelas da violência conjugal ou não as apresentarem como motivo de consulta, o sistema de saúde é um local crucial para identificação, tratamento e acompanhamento de situações de violência conjugal, sendo, muitas vezes, o primeiro ponto de contacto com uma mulher que sofre violência (Ertürk, 2005; Garimella *et al.*, 2000; WHO, 2008). Considerando a *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (RPSP) a publicação mais importante da especialidade no contexto nacional e, diante dos factos acima discutidos, realizamos um estudo do tipo «revisão sistemática» para identificar o modo como a violência contra mulheres tem sido abordada na RPSP.

Métodos

Universo: todas as edições da *Revista Portuguesa de Saúde Pública* disponíveis no sítio informático da Revista na altura do estudo (02 a 05 de Outubro de 2007), o que corresponde ao período compreendido entre os anos 2000 e 2007.

Metodologia: estudo observacional, transversal e exploratório, pela Revisão Sistemática (Dantas-Torres, 2006; Espíndola e Blay, 2007; Hallal *et al.*, 2007; Montenegro, 2006) de todos os artigos da RPSP quanto à presença ou ausência do descritor «violência», efectuada através da ferramenta «localizar» do programa informático Adobe Acrobat Reader. A escolha por esse descritor deve-se ao facto de permitir, de modo amplo, identificar as diferentes formas de agressão praticadas contra as mulheres, geralmente designadas a partir de expressões como: violência doméstica, violência conjugal, violência contra mulheres, violência de género, violência entre parceiros e violência na intimidade. Em um segundo momento, o material foi organizado e categorizado a partir dos passos propostos por Braun e Clarke (2006) para a Análise Temática. A Análise Crítica do Discurso (Burr, 1995; Phillips e Jorgensen, 2002; Stubbe *et al.*, 2003; Van Dijk, 2001) foi utilizada para a discussão aprofundada dos resultados.

Apresentação dos resultados

A análise das 19 edições da RPSP disponíveis no sítio informático da Revista na altura do estudo (Outubro de 2007) compreendeu um total de 169 artigos. Destes, apenas 24 (14,2%) continham o descritor «violência», distribuindo-se em 13 informes da secção «Legislação» e 11 artigos propriamente ditos (*Quadro I*).

Nas páginas seguintes, procedemos a um exame pormenorizado de todos os artigos que apresentaram o

Quadro I
Artigos com o descritor «Violência»

	N	Porcentagem
Total edições <i>on-line</i>	19	100
Total artigos <i>on-line</i>	169	100
Artigos com «violência»	24	14,20
Artigos sobre violência contra mulheres	00	00

descriptor «violência» em seu texto, estejam ou não relacionados à violência doméstica contra mulheres. Para isso, utilizamos como ferramenta a desconstrução (Hepburn, 1999) dos discursos e saberes, procurando reconstruí-los de modo mais sensível às especificidades e necessidades femininas quanto às vivências de violência doméstica.

Discussão dos resultados

Os informes legislativos compõem uma importante secção da revista na qual são compiladas as principais Leis, Decretos e Resoluções nacionais, sendo também agrupadas por temas. Ao longo dos anos analisados, encontramos 13 informes sobre as principais medidas adoptadas no âmbito da violência doméstica contra as mulheres em Portugal, tais como: Lei sobre o regime jurídico especial para a protecção de vítimas de crimes violentos, medidas de protecção às vítimas, Decreto que regulamentou o quadro-geral da rede pública de apoio às mulheres vítimas de violência doméstica e as Resoluções que aprovaram os Planos Nacionais de Combate à Violência Doméstica. Pelo seu carácter exclusivamente informativo (e restrito), não foi possível realizar maiores análises sobre o material publicado nesta secção. Ainda assim, ressaltamos a importância desta iniciativa, pois permite dar a conhecer as medidas que têm sido tomadas no campo legal e normativo no país, visto ser o desconhecimento um dos principais factores que impedem ou dificultam o enfrentamento de situações de violência doméstica.

No que diz respeito aos artigos, destacamos o facto de nenhum abordar o tema da violência doméstica, seja esta praticada contra mulheres, crianças ou idosos, da invisibilidade deste problema na *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. De modo geral, os artigos em que foi encontrado o descriptor «violência» utilizavam-no apenas para efectuar descrições sobre contextos ou situações causadoras de sofrimento, sem qualquer análise do problema, conforme veremos nas páginas que se seguem.

Miguel Trigo (2000), em um artigo sobre modelos em saúde, afirma que a violência faz parte do processo de desenvolvimento humano, marcado por mecanismos de controlo, relações e lutas por poder, sem mais nada acrescentar a este respeito. O fragmento de texto em que o descriptor foi localizado pode ser visualizado abaixo:

«Neste longo percurso de hominização podem delimitar-se cinco períodos caracterizados por uma especificidade própria: a pré-história, a cultura greco-romana, a Idade Média, o Renasci-

mento e a idade das luzes. Naturalmente, porém, que em todo este trajecto da história humana se evidenciam os contornos e a estrutura de uma complexa teia de mecanismos de controlo, de relações e lutas pelo poder, de ambição pelo domínio, do recurso à força e do uso da *violência*» (Trigo, 2000. 5, itálico nosso).

No ano seguinte, Maria Antónia Frاسquilho (2001) apresenta uma reflexão sobre a importância das doenças mentais na actualidade, em consonância com a proposta da OMS de colocar a saúde mental em foco no ano 2001. A autora lembra que as doenças mentais são dos mais importantes contributos para a sobrecarga geral de doenças e incapacidades, causadas principalmente pela depressão, alcoolismo e psicoses. A OMS apela para que, além de responder com qualidade às necessidades daqueles que já sofrem de doença mental, se tenha

«como prioridades as crianças e os adolescentes privados de cuidados adequados, os idosos isolados, as mulheres vítimas de abuso e todos os que estão traumatizados pela guerra, *violência* e discriminação, bem como aqueles que sobrevivem em condições de extrema pobreza» (Frاسquilho, 2001. 3, itálico nosso).

A tónica geral do artigo está na chamada de atenção para a importância do adoecimento psíquico como um dos principais problemas de saúde da actualidade, devendo ser enfrentado não só com medidas terapêuticas, mas também com estratégias voltadas para a sensibilização da opinião pública para acabar com a exclusão e a estigmatização social ligadas às doenças mentais. Constatamos, contudo, que a necessidade de dar prioridade às mulheres vítimas de abusos, apontada pela autora, não se manifesta na RPSP, dado a total inexistência de artigos sobre a temática no período analisado.

Por outro lado, a consideração dos factores socioculturais envolvidos nos processos de saúde-doença se faz presente nesta mesma edição da RPSP, com o artigo de Maria Isabel Gomes (2001) sobre um estudo dos comportamentos de jovens adolescentes de diversas origens étnico-culturais relativo à identidade, à ocupação dos tempos livres, aos hábitos alimentares e ao consumo de substâncias tóxicas e factores àqueles associados. Neste contexto, a palavra *violência* é usada duas vezes. Primeiro, para falar na «actual crise de valores» que, entre outras coisas, leva ao desenvolvimento do consumo de drogas, «aumento da *violência*, criminalidade e terrorismo» (Gomes, 2001. 41). Em seguida, afirma que os adolescentes são autores das principais epidemias da

actualidade: «abuso de drogas, doenças sexualmente transmitidas, *violência* social, suicídio, acidentes de viação» (Gomes, 2001. 42, *itálicos nossos*).

Apesar de este artigo não abordar directamente o tema de nossa análise, tem como mérito o facto de demonstrar uma abertura para uma compreensão mais abrangente do conceito de saúde, a qual inclui, entre outros factores, questões relacionadas à origem étnica e ao género. A inclusão destas variáveis no pensamento em saúde permite uma ampliação de foco e, consequentemente, a adopção de abordagens menos individualizantes, mais voltadas para a prevenção das doenças e para a promoção da saúde. A este respeito, Germano e Temporini (2001) apresentam um estudo sobre as percepções de uma equipa escolar sobre as acções educativas de prevenção da AIDS realizadas em unidades do sistema estadual de ensino na cidade de São Paulo, Brasil. A palavra *violência* é aqui utilizada em um contexto caracteristicamente brasileiro, em que muitos professores sentem-se ameaçados pelo entorno violento em que estão inseridos, tal como se pode visualizar no seguinte excerto:

«[...] foram expostas dificuldades inerentes às pessoas em tratar desse tema, sobretudo de professores. Assim, nem todos sentiam-se preparados para abordar questões relacionadas à sexualidade, além do que recebavam entrar em conflito com os valores da família ou despertar a sexualidade latente dos alunos; em outras unidades, em comunidades sujeitas à *violência* e tráfico de drogas, sentiam-se intimidados pelos alunos» (Germano e Temporini, 2001. 53, *itálico nosso*).

Ainda que o contexto seja outro, este artigo demonstra a importância da inclusão de aspectos socioculturais no planeamento das acções de saúde. Em nossa análise, desconsiderar os pré-conceitos e valores dos professores em um projecto de promoção de saúde junto a seus alunos, fatalmente, conduzirá a iniciativa ao fracasso. Marcelo Silva (2003), em outro estudo sobre o contexto brasileiro, nomeadamente da economia da saúde no país, cita entre as recentes alterações nos indicadores de saúde o crescimento da *violência*, exacerbado pelas tensões sociais no meio urbano e rural (Silva, 2003. 48).

O foco muda completamente no artigo de António Carlos Correia de Campos (2003) sobre as vantagens introduzidas pelo modelo de gestão dos «hospitais SA» (ou «hospitais-empresas»). Falando sobre a avaliação da satisfação dos cidadãos portugueses quanto ao atendimento em saúde, refere que esta se situa entre as piores da Europa. Na sua perspectiva, a *violência* praticada pelos profissionais sobre os utentes

colabora para os elevados níveis de insatisfação, uma vez que «registam-se casos frequentes de rudeza de trato, com reciprocidade entre pessoal e utilizadores, e em alguns locais há registos de *violência* larvar ou até consumada.» (Campos, A. C., 2003. 25, *itálico nosso*).

A *violência* é citada mais uma vez no editorial de Constantino Sakellarides (2003) sobre a capacidade prospectiva da saúde pública, ou seja, a necessidade do planeamento das acções em saúde levar em consideração o que se prevê para um futuro mais ou menos próximo. No contexto nacional, Portugal preparava-se para sediar o Campeonato Europeu de Futebol — 2004, a respeito do que o autor afirmava:

«[...] será um acontecimento de massas, com um grande número de visitantes dos diversos países europeus participantes. Os efeitos do consumo excessivo de álcool, o aumento de acidentes rodoviários, a *violência* por «hooliganismo» ou terrorismo, surtos da «doença do legionário», são algumas das ameaças com aumento de riscos para a saúde que é possível perspetivar» (Sakellarides, 2003. 3, *itálico nosso*).

Nada mais é falado sobre o assunto (*violência*). Contudo, este artigo apresenta uma importante chamada de atenção para a necessidade da Saúde Pública se antecipar aos problemas. Acreditamos que as estatísticas nacionais sobre mulheres vítimas de maus-tratos já permitem concluir que este é um fenómeno de grande dimensão, sendo necessárias mais acções no campo da saúde para seu tratamento e prevenção. Ainda que já existam no país diversas iniciativas, principalmente no campo da justiça e da segurança social, ainda falta uma intervenção *de saúde*.

Maria Adelaide Brissos (2004), em um artigo sobre o planeamento em saúde no contexto da imprevisibilidade, apresenta algumas ideias que poderiam facilitar o processo de reconhecimento da *violência* de género como um problema de saúde. Apesar de apenas se referir à *violência* quando descreve o contexto social actual (Brissos, 2004. 47), a autora considera que o planeamento em saúde deve equacionar o contexto em que se actua, os múltiplos interesses e as relações de poder, de influência ou de conflitualidade entre os vários actores sociais. Assim, a saúde deve ser vista com uma abordagem mais alargada, associada directamente à qualidade de vida, valorizando-se, além das dimensões tradicionais, também a relacional, cultural, ambiental e espiritual. Desta forma, a saúde também é vista como vector de desenvolvimento, através de uma estratégia de intervenção multi-sectorial e fundamentada numa análise integrada das necessidades da população, com novas perspectivas

de acção. A actuação integrada só pode ser desenvolvida em parceria, onde se envolvam não só os serviços estatais, mas outros da sociedade civil. No que diz respeito à violência de género, consideramos que esta parceria com a sociedade civil poderia ser extremamente produtiva, visto ser este o sector que mais tem intervindo sobre o problema na actualidade, tal como já foi comprovado na avaliação do I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (Portugal. APAV, 2003).

Ainda no plano da promoção da saúde, Isabel Loureiro (2004) apresenta um artigo sobre a importância da educação alimentar e o papel das «escolas promotoras de saúde», cujos princípios de fundamentam na «Carta de Otawa», da OMS. Em Portugal, desde 1998, são aplicados questionários às escolas participantes da iniciativa «Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde» para identificar suas prioridades. Apesar do foco do artigo ser a promoção da alimentação saudável, destacamos alguns resultados deste levantamento apresentados pela autora (Loureiro, 2004. 49).

No ano lectivo 2000/2001, as escolas identificaram como prioridades: 1) Segurança e higiene; 2) Educação Sexual; 3) Dependências; 4) Alimentação e 5) Competências sociais e relacionais (dentro da qual estão inseridas a agressividade e a violência). Estes dados nos mostram que as escolas sentem necessidade de abordar temas que, sob nosso ponto de vista, poderiam ser utilizados para a promoção da saúde também no que diz respeito à violência contra mulheres/violência conjugal. Assim, a educação sexual, para além de abordar os métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, deveria promover a reflexão sobre as desigualdades de género, os estereótipos associados à feminilidade e à masculinidade, ao amor e à conjugalidade, propiciando a «mudança de mentalidades» das gerações mais novas. Igualmente, acreditamos que a intervenção sobre competências sociais e relacionais deveria promover a adopção de práticas igualitárias, reflectindo sobre os estereótipos e preconceitos, não só de género, mas também de raça/etnia, bem como questionamento da utilização da violência como uma forma aceitável de resolução de conflitos.

Outro artigo de Maria Antónia Frاسquilho (2005) altera novamente o foco do tema «violência», examinando-o no contexto de trabalho dos médicos. A autora apresenta um artigo sobre estresse e *burnout* nesta categoria profissional, considerada como uma das que mais sofre deste problema e cujas consequências podem ser sentidas não só na saúde do profissional, mas também no atendimento dispensado aos seus pacientes. Contribuem para o sofrimento emocional dos médicos o silenciamento e a denegação do pro-

blema, o que acaba por acarretar em ainda mais sofrimento. São apontados como estressores médicos aspectos ligados à ideologia profissional, formação profissional, expectativas/representação social, condições de trabalho, tarefa e carga física e mental e organização do trabalho. Ainda que este não seja o tema principal do artigo, a violência é citada como um importante factor desencadeante de estresse, como podemos identificar no seguinte fragmento do artigo:

«Aumenta a *violência* sobre os médicos, o que é outro importante factor de *stress*. Na Grã-Bretanha um terço dos médicos considera a *violência* um grave problema no trabalho: 95% foram vítimas de agressões nos últimos doze meses (Reuters, 2003, citado por Frاسquilho, 2005). Em Portugal a DGS realizou uma pesquisa em que 81% de unidades hospitalares e 77% dos centros de saúde revelaram ter registado casos de *violência* sobre profissionais de saúde e as vítimas são predominantemente médicos (66%). A maioria assenta na ameaça e agressão verbal; no entanto, a agressão física está também patente em 54% dos casos, assim como os danos contra o património pessoal. Cerca de metade dos profissionais inquiridos dá conta de pelo menos um episódio de *violência* pessoal nos últimos doze meses; contudo, só 2% a 4% reportam oficialmente o problema» (Portugal, 2004, citado por Frاسquilho, 2005. 92-93, *itálicos nossos*).

Por fim, o último artigo da RPSP onde foi identificado o descritor «violência» é de autoria de Nunes e Branco (2006), sobre acidentes domésticos e de lazer. Neste contexto, «violência» é utilizada apenas para definir o que são «acidentes domésticos e de lazer» (ADL), nomeadamente:

«ao falarmos de lesões, englobamos num vasto leque, situações que vão desde os vários tipos de acidentes (domésticos e de lazer, ocupacionais e rodoviários), a todo o tipo de *violências*, incluindo as auto-inflingidas [...] os acidentes domésticos e de lazer definem-se por exclusão. São todos aqueles que não se classificam como acidentes de trabalho, acidentes rodoviários e *violências* ocorridas com indivíduos de 10 ou mais anos de idade. Nos ADL incluem-se os acidentes escolares e *violências* decorrentes de confrontos entre crianças com menos de 10 anos [...] registos de todos os atendimentos nos serviços de urgência das unidades de saúde do sistema ADELIA, cuja causa de entrada não foi doença, acidente ocupacional ou rodoviário, ou *violência*» (Nunes e Branco, 2006. 15-17, *itálicos nossos*).

Conclusões

A análise de discurso dos artigos da *Revista Portuguesa de Saúde Pública* incluídos neste estudo mostra que, apesar de utilizarem a palavra «violência», em nenhum momento se referiram àquela vivida por mulheres no contexto de relacionamentos íntimos e, tampouco, à praticada no contexto doméstico contra crianças, adolescentes, idosos ou pessoas portadoras de deficiências. Tal constatação nos leva a concluir que a violência doméstica/familiar não tem sido considerada como um problema de Saúde Pública no contexto português, apesar das diversas orientações da OMS (Heise e Garcia-Moreno, 2002; Minayo, 2006; WHO, 2005) a este respeito e, mesmo, de normativas nacionais, tal como o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2004) ou os três Planos Nacionais contra a Violência Doméstica (1999, 2003, 2007). Esta invisibilidade tem importantes consequências sociais, particularmente se levarmos em consideração o papel desempenhado pela Saúde Pública no desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção da saúde. Deste modo, encerramos com algumas indicações para que, no futuro, a violência contra mulheres seja integrada nas reflexões da Saúde Pública portuguesa:

- Utilizar uma concepção ampliada de saúde, onde aspectos como origem étnica, género e assimetrias de poder sejam considerados tal como proposto em textos encontrados na própria RPSP, tal como o de Maria Adelaide Brissos (2004), que propõe o rompimento com o modelo biomédico dominante; ou, como sugerem Gérvas (2006) e Melo (2007), evitando os «excessos da medicina»;
- Considerar o género como determinante da saúde: iniciativas neste sentido começam a surgir, tal como demonstra a existência do «Projecto Saúde, Sexo e Género — PROSASGE», que está sendo desenvolvido na Direcção-Geral de Saúde desde Maio de 2006 (Laranjeira *et al.*, 2007). Para que isso ocorra, é também necessário que as pesquisas utilizem dados desagregados por sexo, não considerando que o padecimento feminino e masculino é assexuado (ou sexuado apenas no que diz respeito à saúde reprodutiva);
- Incluir a violência doméstica contra as mulheres no campo da saúde: apesar de seus efeitos concretos ainda não terem sido sentidos, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal. Ministério da Saúde, 2004) já inclui a violência doméstica contra mulheres, crianças, jovens e idosos como «um dos problemas mais importantes entre os que

afectam a qualidade de vida» (p. 106), assumindo-se que «as respostas da saúde para a violência têm sido manifestadamente inadequadas, contemplando, essencialmente, aspectos de emergência médica, sem contemplar adequadamente as vertentes mais preventivas» (p. 106). De modo semelhante, o III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007) coloca entre suas prioridades e orientações estratégicas a qualificação dos profissionais de saúde;

- Criar formas de registo e acompanhamento de casos de violência doméstica atendidos no sistema de saúde: em Portugal, até o momento, os dados sobre o problema são provenientes do sistema de justiça e de (algumas) organizações sociais que prestam atendimento às mulheres. A utilização de dados epidemiológicos mais precisos permitirá encarar o problema a partir de uma «linguagem comum» ao sector saúde, tal como as «doenças de notificação obrigatória» (Marques e Freitas, 2007). Além disso, a vigilância epidemiológica é uma ferramenta fundamental para o planeamento das ações em saúde (Dias, Freitas e Briz, 2007), devendo ser utilizada também no combate à violência contra mulheres;
- Promover uma maior comunicação entre a Saúde Pública e os Cuidados de Saúde Primários, os quais, em Portugal, ainda são considerados domínios distintos e independentes (Silva, 2007);
- Trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde: investir na «mudança de mentalidades» das gerações mais novas, tal como fez o «Projecto Novos Olhares, Novas Causas, desenvolvido pela União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) em 2005/2006 (informações disponíveis em http://www.umarfeminismos.org/projectos/novos_olhares.html). Colocar em prática a educação sexual em todas as escolas do país e incluir a temática das relações de género nestas ações;
- Incorporar o foco comunitário no planeamento em saúde, trabalhando não apenas com dados epidemiológicos localmente construídos, mas estabelecendo também parcerias com as organizações sociais existentes. Neste sentido, a saúde deve ser encarada a partir de uma perspectiva multi-sectorial;
- Promover o «desocultamento» da violência doméstica, procurando romper com o estigma social a que está associada: estimular as mulheres a falarem sobre suas vivências com outras mulheres, tal como os «grupos de mulheres para o enfrentamento da violência» descritos por Meneghel *et al.* (2005);
- Trabalho em equipa interdisciplinar: a violência doméstica é um problema complexo que requer

uma acção integrada entre profissionais de diversas especialidades. A reforma dos cuidados de saúde primários actualmente em curso pode ser uma importante oportunidade para a inclusão de novos atores no campo da saúde através das «Unidades de Saúde Familiar» (USF) e das «Unidades de Apoio à Comunidade». Contudo, para que esta transformação se efective, é importante alterar o modelo de formação profissional (Biscaia, 2006a; Biscaia, 2006b; Covita, 2006; Ferrão e Biscaia, 2006), incluindo as perspectivas aqui desenvolvidas nos currículos dos cursos. Uma iniciativa deste tipo está presente no curso de Medicina da Universidade do Minho. Entre as suas características distintivas, está a concepção de que a medicina é um acto social, o que implica em uma ampla inserção da Faculdade e dos estudantes na comunidade. Igualmente, as diferentes áreas curriculares promovem essa inserção (Portugal. Escola de Ciências da Saúde, 2007). Além das actividades práticas, no módulo teórico «Saúde, Família e Sociedade», professores da Psicologia e da Sociologia são convidados a ministrar *workshops* sobre temas relacionados à diversidade sociocultural;

- Investir nos cuidados de saúde primários: assim como Célia Afonso Gonçalves (2006) discute com relação à violência contra idosos, acreditamos que o escasso conhecimento sobre a prevalência, detecção e referenciação destas situações torna-se um grande obstáculo para a sua prevenção e intervenção. Todavia, como a autora, acreditamos que os profissionais actuantes nos cuidados de saúde primários, nomeadamente os médicos de família, representam uma importante «porta de entrada» para situações de violência doméstica/familiar, uma vez que estabelecem contacto com toda a família, acompanhando-a ao longo do tempo e por um período prolongado (Azambuja, 2008);
- Por fim, todas essas propostas implicam numa ampla reorganização da estrutura organizacional e dos processos de trabalho, onde a actuação em equipa e o respeito pelos(as) usuários(as) dos serviços são fundamentais. É preciso reflectir sobre os aspectos que levam ao estresse e à insatisfação dos profissionais (Granja, 2005; Granja, 2007; Silva, 2007), quanto ao tempo dispendido para as consultas e sua qualidade, sobre a necessidade da actualização profissional constante e as reais possibilidades de ser exercida, sobre o papel o e o perfil do(a) médico(a), questionando sua infalibilidade e sua posição de poder, bem como sobre a importância da humanização do cuidado (Nunes, 2006) e do desenvolvimento de uma «escuta activa» (Souza, 2006).

□ Referências

- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C., SAAVEDRA, L. — Feminismo(s) e psicologia em Portugal. [Em linha] *Psico PUCRS*. 38 : 3 (2007) 207-215. [Consult. 30 Jan. 2009] Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2879/2175>.
- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. — Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. [Em linha] *Saúde e Sociedade*. 17: 3 (2008) 101-112. [Consult. 30 jan. 2009]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300011&script=sci_arttext.
- AZAMBUJA, M. P. R. — Violência de gênero e os discursos circulantes nos cuidados de saúde primários. Tese de Doutorado. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2008 [Em linha] [Consult. 19 Fev. 2009]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8506>.
- BISCAIA, A. R. — A reforma do pensamento em saúde [Editorial]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 1 (2006a) 63-64.
- BISCAIA, A. R. — A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 1 (2006b) 67-79.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. — Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3 : 2 (2006) 77-101.
- BRISOS, M. A. — O planeamento no contexto da imprevisibilidade : algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 : 1 (2004) 43-55.
- BURR, V. — An introduction to social constructionism. Routledge : London and New York, 1995.
- CAMPOS, A. C. — Hospital-empresa : crónica de um nascimento retardado [Em Foco]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 : 1 (2003) 23-33.
- COVITA, H. — O papel das comunidades de práticas na prestação de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 1 (2006) 81-89.
- DANTAS-TORRES, F. — Situação atual da epidemiologia da leishmaniose visceral em Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*. 40 : 3 (2006) 537-541.
- DIAS, C. M.; FREITAS, M.; BRIZ, T. — Indicadores de saúde : uma visão de saúde pública com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23 : 4 (2007) 439-450.
- ERTÜRK, Y. — Preface. In WHO — Multi-country study on women's health and domestic violence against women : summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva : World Health Organization, 2005, vii-viii.
- ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. — Prevalência de maus-tratos na terceira idade : revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. 41 : 2 (2007) 301-306.
- FERRÃO, A.; BISCAIA, A. — Centro de saúde : organização de aprendizagem. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 1 (2006) 91-95.
- FRASQUILHO, M. A. — Dia Mundial da Saúde Mental [Editorial]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19 : 1 (2001) 3-4.
- FRASQUILHO, M. A. — Medicina, uma jornada de 24 horas? : stress e burnout em médicos : prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23 : 2 (2005) 89-98.
- GARIMELLA, R. et al. — Physician beliefs about victims of spouse abuse and about the physician role. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 9 : 4 (2000) 405-411.

GERMANO, M. I. S.; TEMPORINI, E. R. — Promoção de saúde em AIDS : percepção de equipe escolar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19 : 2 (2001) 49-54.

GÉRVAS, J. — Innovación tecnológica en medicina : una visión crítica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 6 (2006) 723-727.

GOMES, M. I. S. R. — Diversidade e comportamentos juvenis : um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diversificadas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19 : 1 (2001) 41-64.

GONÇALVES, C. A. — Idosos : abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 6 (2006) 739-745.

GRANJA, M. — O fim do princípio : a reestruturação que se impõe na medicina familiar [Clube de Leitura]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 21 : 4 (2005) 417-418.

GRANJA, M. — Médicos difíceis : características dos médicos que referem frustração com os seus pacientes [Clube de Leitura]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23 : 1 (2007) 85-89.

HALLAL, P. C. *et al.* — Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil : revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. 41 : 3 (2007) 453-460.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. — Violence by intimate partners. In KRUG, E. *et al.* ed. lit. — World report on violence and health. Geneva : World Health Organization, 2002. 87-122.

HEPBURN, A. — Derrida and psychology : deconstruction and its abuses in critical and discursive psychologies. *Theory and Psychology*. 9 : 5 (1999) 639-665.

LARANJEIRA, A. R. *et al.*, coord. — Saúde, sexo e gênero : factos, representações e desafios [Documento Provisório]. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2007.

LISBOA, M. *et al.* — Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres : síntese dos resultados do Inquérito Nacional de 2002. Lisboa : Comissão para a Igualdade e para o Direito das Mulheres, 2003. (Coleção Ditos e Escritos; 17).

LISBOA, M.; BARROSO, Z.; MARTELEIRA, J. — O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal. Lisboa : Comissão para a Igualdade e para o Direito das Mulheres, 2003. (Coleção Ditos e Escritos; 16).

LISBOA, M.; VICENTE, L. B.; BARROSO, Z. — Saúde e violência contra as mulheres : estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência a que tenham sido vítimas. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2005.

LOUREIRO, I. — A importância da educação alimentar : o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 22 : 2 (2004) 43-55.

LOURENÇO, N.; LISBOA, M.; PAIS, E. — Violência contra as mulheres. *Cadernos Condição Feminina*. 48 (1997). Lisboa : Comissão para a Igualdade e para o Direito das Mulheres.

MARQUES, J.; FREITAS, M. — Emergências e urgências de saúde pública : falando de DDO e outras, em jeito de Vademecum. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23 : 4 (2007) 431-438.

MELO, M. — A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23 : 3 (2007) 289-293.

MENEGHEL, S. *et al.* — Cotidiano ritualizado : grupos de mulheres no enfrentamento à violência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 10 : 1 (2005) 111-118.

MINAYO, M. C. S. — The inclusion of violence in the health agenda : historical trajectory. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11 : 2 (2006) 375-383.

MONTEIRO, F. J. — Mulheres agredidas pelos maridos : de vítimas a sobreviventes. Lisboa : Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2005.

MONTENEGRO, M. — Acessibilidade das publicações periódicas com maior interesse para a Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 4 (2006) 423-430.

NUNES, B.; BRANCO, M. J. — Incidência de acidentes domésticos e de lazer no Continente, em 2002. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 24 : 2 (2006) 15-24.

NUNES, J. M. — Saúde mental. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 5 (2006) 591-594.

PHILLIPS, L.; JORGENSEN, M. W. — Discourse analysis as theory and method. London : Sage, 2002.

PORTUGAL. APAV. — Relatório Penélope sobre a Violência Doméstica no Sul da Europa. Lisboa : Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2003 [Em linha]. [Consult. 12 Jun. 2007]. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/relatorio_penelope.pdf.

PORTUGAL. APAV. — Estatísticas : totais nacionais 2006. Lisboa : Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2006. [Em linha] [Consult. 21 Jul. 2007]. Disponível em http://www.apav.pt/pdf/totais_nacionais_2006.pdf.

PORTUGAL. APAV. — UVIDRE 2006/2007. Lisboa : Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2007. [Em linha] [Consult. 21 Jul. 2007]. Disponível em <http://www.apav.pt/estatisticas.html>.

PORTUGAL. DIRECÇÃO NACIONAL DA PSP — Violência doméstica : prevenção e actuação policial. Lisboa : Direcção Nacional da PSP. Departamento de Operações. Programa Especial Violência Doméstica, 2006. [Em linha] [Consult. 21 Ago. 2007]. Disponível em www.psp.pt.

PORTUGAL. ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE — Dossier de Imprensa 2007. Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal : 2007 (não publicado).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS — Plano Nacional de Saúde : 2004-2010 : mais saúde para todos. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2004 (2 vol. Vol. I — Prioridades, 88 p. Vol. II — Orientações Estratégicas).

RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros n.º 83/2007. D. R. I.ª Série. 119 (2007-06-22) 3987-4002 — Aprova o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010). [Em linha] [Consult. 03 Jul. 2007]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/95292B38-476A-4955-88B1-76BDA2AB849E/0/violenciadomestica.pdf>.

SAKELLARIDES, C. — Saúde pública prospectiva [Editorial]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 : 2 (2003) 3-4.

SILVA, A. M. S. — Saúde pública. [Editorial]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23 : 4 (2007) 405-407.

SILVA, L. — Doentes difíceis na consulta : o que fazer? [Clube de Leitura]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23 : 1 (2007) 85-85.

SILVA, M. G. C. — Economia da saúde no Brasil [Em Foco] *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático : 3 (2003) 43-49.

SOUZA, J. C. — Quanto tempo é tempo bastante? [Editorial]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 : 5 (2006) 549-553.

STUBBE, M. *et al.* — Multiple discourse analyses of a workplace interaction. *Discourse Studies*. 5 : 3 (2003) 351-388.

TRIGO, M. — Modelos em saúde : perspectiva crítica sobre as origens e a história. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 18 : 2 (2000) 5-22.

VAN DIJK, T. — El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. [Em linha]. *Athenea Digital*. 1 (2001) 18-24. [Consult. 18 Jul 2007]. Disponível em <http://blues.uab.es/athenea/num1/vandijk.pdf>.

WHO — Multi-country study on women's health and domestic violence against women : summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva : World Health Organisation, 2005.

WHO — The World Health report : primary health care now more than ever. Geneva : World Health Organisation, 2008.

□ Abstract

WHAT IS THE IMPORTANCE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE PORTUGUESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH?

Objective: In Portugal, since the 90's, many initiatives have been adopted to deal with the problem of violence against women, which is recognized by WHO and others international institutions as a serious public health problem. Official sources of information confirm an increase in the number of cases registered, which represents, more than an incidence increase, a bigger visibility to the phenomena. Considering the Portuguese Journal of Public Health (RPSP) as the most important publication in its field in the national context, the

study aims to analyze circulating discourses about violence against women in RPCG.

Design: Observational, transversal, and exploratory study.

Universe: All editions of RPSP available at the time of the study (October, 2007), which means editions between 2000 and 2007 inclusive.

Methodology: Systematic review of all articles of the RPSP about the presence or absence of the «violence» descriptor. The review was conducted by the use of the «search» tool of Adobe Acrobat Reader informatics program. Thematic Analysis and Critical Discourse Analyses are used to analyze and discuss the results.

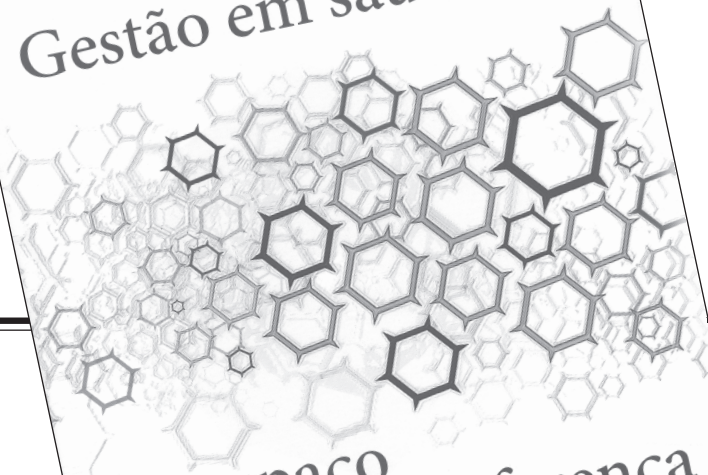
Results: In all articles analyzed (169), only 24 (14,2%) had «violence» descriptors. However, none of these focused on domestic violence, either against women, children, or elderly people.

Conclusions: The study shows that, in spite of the use of the world «violence», no articles of the RPSP focus on intimate partner violence against women or on violence against children, teenagers, elderly or people with deficiency. We concluded that domestic/family violence has not been recognized as a Public Health problem in the Portuguese Journal of Public Health, in spite of all WHO orientations about this besides national rules (such as the «National Health Plan 2004-2010» or the three «National Plan Against Domestic Violence»). We finished with some indications about how violence against women could be integrated in the reflections of the Portuguese Public Health field in the future.

Keywords: violence against women; general practice; public health; discourse analysis.

Vasco Pinto dos Reis

Gestão em saúde:



um espaço de diferença

Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Preço de capa, 25 €