



ORIGINAL ARTICLE

IDENTIFICATION AND REFERRALS GIVEN TO SITUATIONS OF VIOLENCE AGAINST WOMAN BY HEALTH PROFESSIONALS THOSE WORK IN A TEACHING HOSPITAL**IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTOS DISPENSADOS POR PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ENSINO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA****IDENTIFICACIÓN Y ENCAMINAMIENTOS DISPENSADOS POR PROFESIONALES DE UN EQUIPO DE SALUD DE UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA A LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA**

Letícia Becker Vieira¹, Maria Celeste Landerdahl², Stela Maris de Mello Padoin³

ABSTRACT

Objective: to find out the perceptions of the health professionals who work in the obstetrician Center and in the emergency room of a teaching hospital in the countryside of Rio Grande do Sul-RS, Brazil. **Method:** the qualitative investigation had 16 professionals as participants, under the approval of the Committee of Ethics in Research of the Federal University of Santa Maria, number protocol 0020.0.243.000-08. The data were obtained by a semi-structured interview associated with short stories. The findings were categorized according to the thematic analyses. **Results:** the results highlighted the difficulties of some professionals in identifying the feminine complaints as being the result of violence. On the other hand, when identified, the majority does not know and does not consider the possible solutions for these problems. **Conclusion:** considering this, the necessity of professional qualification is perceived. It is mandatory that the principles mediating this professional qualification is according to ethic and committed attitudes, as well as the building of working nets of intersectional actions in the search of an overall attention to the woman who suffers violence. **Descriptors:** nursing; health of the woman; violence against the woman; delivery of health care; healthy professional; obstetrics; public health; quality of life.

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções dos profissionais de saúde que atuam no centro obstétrico e pronto socorro de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul-RS, Brasil. **Método:** investigação qualitativa com 16 profissionais de saúde, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com número de protocolo 0020.0.243.000-08. Os dados foram obtidos por entrevista semi-estruturada e os achados foram categorizados segundo análise temática. **Resultados:** os resultados evidenciaram dificuldades de alguns profissionais em identificar queixas femininas como sendo resultado de violência. Por outro lado, quando identificada, a maioria dos desconhece ou desconsidera os possíveis encaminhamentos para casos dessa natureza. **Conclusão:** percebe-se a necessidade de qualificação profissional cujos princípios balizadores sejam consoantes com posturas éticas e comprometidas com as reais necessidades de usuários dos serviços de saúde, bem como a construção de redes de ação intersetorial na busca por atenção integral à mulher que sofre violência. **Descritores:** enfermagem; saúde da mulher; violência contra a mulher; assistência à saúde; profissional de saúde; obstetrícia; saúde pública; qualidade de vida.

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de los profesionales de salud que actúan en el centro obstétrico y en el hospital de urgencias de una institución hospitalaria de enseñanza en el interior del Rio Grande del Sur-RS, Brasil. **Método:** investigación cualitativa, tuvo como sujetos 16 profesionales, bajo aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Maria, con número de protocolo 0020.0.243.000-08. Los datos fueron obtenidos a través de entrevista semiestructurada aliada a la viñeta; y las informaciones recibidas fueron categorizadas según el análisis temático. **Resultados:** los resultados evidenciaron dificultades de algunos profesionales en identificar quejas femeninas como siendo resultado de violencia. Por otro lado, cuando identificada, la mayoría desconoce o desconsidera los posibles encaminhamientos para casos de esa naturaleza. **Conclusión:** se percibe la necesidad de cualificación profesional cuyos principios balizadores sean consonantes con posturas éticas y comprometidas con las reales necesidades de usuarios de los servicios de salud, así como la construcción de redes de acción intersectorial en búsqueda por atención integral a la mujer que sufre la violencia. **Descriptores:** enfermería; salud de la mujer; violencia contra la mujer; asistencia a la salud; personal de salud; obstetricia; salud pública; calidad de vida.

^{1,2,3}Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mails: lebvieira@hotmail.com; mclanderdahl@gmail.com; stelamaris_padoin@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A violência é uma realidade que atinge as mulheres, manifestando-se de distintas formas e circunstâncias, por meio de diferentes tipos de atos e ações. É considerada um fenômeno multicausal, que atinge todos os grupos sociais, instituições e faixas etárias. No Brasil, a violência tem alcançado índices significativos de óbitos, constituindo, junto às causas externas, a segunda maior causa de morte. Nesse sentido, configura-se como um problema de saúde pública, devido ao elevado número de indivíduos que atinge e, conseqüentemente, pelos impactos sociais, econômicos e individuais que produz.¹

Nesse contexto, percebe-se que a violência contra a mulher atinge parcela importante da população e repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas, configurando-se num problema exacerbado e multifacetado, sendo um campo de estudo para todas as áreas de conhecimento.² A violência compreendida como uma questão social, não é objeto próprio do setor saúde. No entanto, integra esse campo pelas repercussões que provoca na qualidade de vida dos envolvidos, seja pelas lesões físicas, psíquicas ou morais que acarreta, seja pela exigência de atenção e cuidados específicos. Ainda, tendo em vista a concepção ampliada de saúde, torna-se objeto de intersectorialidade, na qual o campo médico-social se agrega.³

Nessa ótica, os serviços de saúde têm sido exigidos a alocar recursos humanos e materiais para a prestação de cuidados qualificados às mulheres em situação de violência. Da mesma forma, a integração de ações policiais, médicas, psicossociais, jurídicas, bem como políticas públicas de prevenção e de assistência são necessárias, cabendo aos profissionais de saúde, perceber seu importante papel, uma vez que estão em posição estratégica para o diagnóstico e atuação. E, é nesse contato com os serviços de saúde que os profissionais podem identificar a mulher em situação de violência, prestar assistência e, se necessário, encaminhá-la a serviços especializados.⁴

Percebe-se, no entanto, que os serviços de saúde não estão preparados para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção da violência contra a mulher conforme evidenciam estudos realizados no âmbito hospitalar.^{5,6} Em geral os serviços carecem de profissionais capacitados no reconhecimento dos sinais dessa ocorrência. Na maioria das vezes, a causa da procura ao serviço de saúde é mascarada por outros problemas e sintomas

que não se caracterizam como elementos específicos para o estabelecimento do diagnóstico de violência, devendo o profissional estar preparado tecnicamente e despidido de preconceito para perceber causas subjacentes ao que lhe é apresentado.⁷ Frequentemente o profissional não identifica a situação de violência, e quando o faz não se sente habilitado para dar a solução ou o encaminhamento adequado. O resultado disso é a perpetuação das situações em que a mulher é duplamente vítima.¹

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo conhecer as percepções de profissionais de uma equipe de saúde que atuam no centro obstétrico e pronto socorro de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul-RS.

MÉTODO

Estudo qualitativo, o qual teve como cenário um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, no Brasil. A abordagem qualitativa permite a busca do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações.⁸

Os sujeitos foram 16 profissionais de duas equipes de saúde, que atuam nas Unidades do Centro Obstétrico e Pronto Socorro Adulto, consideradas portas de entrada das mulheres em situação de violência neste serviço. Para a composição do grupo elegeu-se os seguintes critérios: pertencimento ao quadro funcional e à equipe envolvida na assistência direta à mulher em situação de violência.

Para a seleção dos sujeitos foi realizado um sorteio com elaboração de uma relação de participantes. Após esse momento, mediante convite ao primeiro sorteado e sua aceitação em participar do estudo, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Na sequência foi realizada a produção dos dados, no período entre abril e maio de 2008.

O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, sob parecer nº 0020.0.243.000-08. O tamanho amostral foi definido pela convergência aos achados e objetivo proposto no presente estudo.⁹ Para manutenção do sigilo foi utilizado um código com letra E (entrevistado) e numeral ordinário em ordem crescente.

Para a produção dos dados foi utilizada como técnica de coleta a vinheta e a entrevista semi-estruturada. A vinheta consiste em uma descrição curta e compacta de uma situação ou um breve evento, real ou

fictício, na qual os respondentes são solicitados a reagir. É estruturada visando extrair informações sobre percepções, para chamar a atenção, passar uma mensagem, produzir sensações e detectar comportamentos, atitudes, opiniões e conhecimentos dos sujeitos acerca do fenômeno investigado, no estudo em tela, a assistência a mulheres em situação de violência.¹⁰

A entrevista semi-estruturada foi composta por oito questões que versavam sobre o tema, a qual foi aplicada de forma concomitante à vinheta, possibilitando complementação das técnicas, uma vez que as informações da primeira se integravam às da segunda. A técnica de coleta de dados foi avaliada por docentes doutores, especialistas em metodologia da pesquisa e na temática saúde da mulher; e testada com profissionais de outro setor do hospital, mostrando-se adequada aos objetivos propostos.

As informações obtidas foram transcritas para análise temática, que se constituiu de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final.¹¹ Os resultados, estruturados por meio de categorias empíricas, foram articulados ao referencial teórico do objeto de estudo, visando alcançar o objetivo da investigação. Destaca-se que este estudo apresenta um recorte de pesquisa, a qual teve como objetivo conhecer as percepções de profissionais de uma equipe de saúde que atuam no centro obstétrico e pronto socorro de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul - RS. Dentre as

categorias de análise emergidas no estudo, abordamos neste espaço a *identificação da violência contra as mulheres e encaminhamentos dispensados a essas mulheres pelos profissionais de saúde*.

RESULTADOS

• Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo 16 profissionais de uma equipe de saúde do centro obstétrico e pronto socorro adulto de um hospital de ensino. Foram entrevistados seis técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, três enfermeiros, dois médicos e quatro acadêmicos de medicina. Dos participantes, 75% eram do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

No centro obstétrico foi realizada a maioria das entrevistas, num total de dez, perfazendo 62,5%; já, no pronto socorro foram realizadas seis, equivalente a 37,5% das entrevistas. Justifica-se o menor número de coleta de dados no pronto socorro adulto devido a grande demanda de assistência e organização deste serviço, dificultando a disponibilidade de tempo dos profissionais de participarem do estudo.

Os profissionais de saúde participantes têm entre 23 e 53 anos, com média de idade em torno de 33,25 anos. As faixas etárias são observadas na Figura 1.

Faixa etária	N	%
21 á 30 anos	08	50,00
31 á 40 anos	05	31,25
41 á 50 anos	02	12,05
51 á 60 anos	01	06,25
Total	16	100

Figura 1. Faixa etária dos profissionais de saúde do estudo, de um hospital de ensino do interior do RS, 2008.

Pode-se observar que os participantes apresentam tempo médio de formação em torno de 11,8 anos, sendo o tempo mínimo de seis meses e máximo de 27 anos. A maioria desenvolve suas atividades profissionais há menos de cinco anos nos referidos cenários, conforme figura 2.

	Período de tempo	Frequência/ (Porcentagem)	Menor tempo de formação	Média	Maior tempo de formação
Tempo de formação	Até 05 anos	03 - 25,00%	06 meses	11,8 anos	27 anos
	06 a 10 anos	02 - 16,67%			
	11 a 15 anos	02 - 16,67%			
	16 a 20 anos	03 - 25,00%			
	21 a 25 anos	01 - 08,33%			
	26 a 30 anos	01 - 08,33%			
Tempo de serviço no setor	Até 01 ano	05 - 41,67%	01 mês	5,2 anos	16 anos
	02 a 05 anos	03 - 25,00%			
	06 a 10 anos	02 - 16,67%			
	10 a 16 anos	02 - 16,67%			

Figura 2. Tempo de formação e de serviço dos profissionais de saúde do estudo, de um hospital de ensino do interior do RS, 2008.

Esse curto tempo de atuação no cargo atual pode estar associado ao ingresso de profissionais na instituição em razão do último concurso público realizado, e também pelo fato de o hospital possuir residência médica nestes setores.

• **Identificação da violência contra as mulheres e encaminhamentos dispensados pelos profissionais de saúde**

A categoria de análise está fundamentada nos depoimentos dos profissionais, desencadeados pela vinheta e entrevista, os quais emergiram mediante os questionamentos acerca de seu preparo para identificar e prestar atendimento às mulheres em situação de violência, a maioria dos participantes relatou não se sentir preparado, conforme fala abaixo.

Não me sinto muito preparada na verdade. É o que te digo, se a violência está na cara assim, que é uma violência física, é mais fácil de identificar. Mas se for uma violência de outro tipo que a paciente está acostuma a esconder, aí é mais complicada. (E 15)

Os depoimentos apontam, também, a dificuldade destes profissionais de desvelarem a violência que não se manifesta por meio de sinais objetivos, condicionando-os a suspeitarem sobre situações de violência contra a mulher somente quando é possível visualizar lesões físicas, mostrando a tendência biologicista e fragmentada na atenção às mulheres em situação de violência. Tal condicionante leva-os a reduzir a abordagem saúde-doença aos saberes estritamente biomédicos, desconsiderando fatores que dizem respeito a outras esferas, como a cultural e a subjetividade.

Essa realidade vem ao encontro de estudo desenvolvido com profissionais de saúde de uma maternidade filantrópica de Ribeirão Preto/SP, onde foi evidenciada abordagem reducionista e biologicista com fragmentação da atenção à saúde da mulher por parte dos

profissionais. Os autores referem-se a esse achado como resultante de falta de formação profissional, de suporte institucional, bem como de equipe multiprofissional.¹²

Em convergência com esse contexto, os resultados de pesquisa realizada em 19 serviços de saúde dos municípios de São Paulo, Santo André, Diadema e Mogi das Cruzes, revelam também, a invisibilidade da violência nos serviços de saúde. Os achados denotam uma grande dificuldade dos profissionais de saúde de lidarem, e principalmente identificarem a violência nos atendimentos de saúde, o que converge com os resultados desta pesquisa.¹³

Como a gente não é preparada, a maneira mais fácil é fazer de conta que não existe não é. Por exemplo, num pronto socorro viu a paciente só uma vez, ela chega contando que caiu de bicicleta e gente acredita. Às vezes até prefere acreditar, não é? (E 04)

Pode-se inferir que tal postura não converge com a atual política de humanização da assistência, uma vez que esta preconiza uma assistência com responsabilidade e acolhedora aos usuários do sistema de saúde.¹⁴ Sublinha-se também, que o fato de “às vezes ser melhor acreditar”, permite compreender a impotência do profissional frente à situação. Possivelmente a crença de que “não adiante” fazer alguma coisa, ou de que os encaminhamentos não têm resolubilidade, constitui um fator de inércia frente à situação.

Destaca-se a dificuldade em identificar situações desta natureza em especial no setor do pronto socorro, local onde a demanda por atendimentos é alta, o que certamente interfere na qualidade da atenção às mulheres.

No pronto socorro a relação é muito pouca, é muito paciente, não tem muito diálogo, é tudo mecanizado [...] falta ter mais diálogo [...] para aí nós podermos saber o que fazer e que atitude tomar. (E 06)

Percebe-se que no pronto socorro a prestação de assistência às mulheres em situação de violência é feita de forma rápida. Os profissionais atribuem isso à complexidade e natureza do trabalho na unidade, na qual são priorizados casos graves em que há risco de vida. Os esforços concentram-se na reparação de casos agudos, havendo uma lacuna no que diz respeito à prevenção e reabilitação da vítima. O que pode influenciar na identificação da violência contra a mulher, bem como de seus encaminhamentos.

Essa situação converge com os achados do estudo, as quais referem que o atendimento em um serviço de emergência é voltado à lesão causada pelo trauma e não inclui um “olhar” à violência contra a mulher, uma vez que não é considerado um problema de saúde e, em muitos atendimentos, não é identificada como causa do problema apresentado.⁶

No entanto, os profissionais podem buscar formas alternativas de acolher as mulheres em situação de violência na perspectiva da humanização da assistência. Em contra partida a instituição deve buscar maneiras de desencadear processos de educação permanente voltadas para questões dessa natureza, especialmente quando se trata de um hospital de ensino.

Como estratégias para identificação da violência, os profissionais apontaram o diálogo com o intuito de criar vínculo e confiança com a usuária; envolvimento de outros serviços de apoio do próprio hospital, como a psicologia e infectologia e disponibilidade de sala reservada para assistência às mulheres para manter sua privacidade.

Nesta esteira, alguns profissionais apontam como fundamental o conhecimento, a educação permanente e a necessidade de uma rede de apoio com ações intersetoriais e equipe multiprofissional como estratégia para qualificar o serviço.

Uma das primeiras bases seria informação sobre legislação, de como devemos fazer com esta paciente, como atendê-la, locais e serviços para encaminhá-las. (E 04)

Capacitação em primeiro lugar. Para termos pessoal capacitado para atender e onde encaminhar as mulheres em situação de violência. E(05)

Essas falas sinalizam a preocupação de um grupo de profissionais que percebe seu despreparo para assistir com qualidade as mulheres em situação de violência e, ao mesmo tempo, está sugerindo alternativas de enfrentamento da problemática. Essa manifestação retrata a necessidade e vontade dos profissionais em qualificar sua assistência.

Compreende-se assim, a importância da instituição responder a tal demanda.

Quando identificada à violência contra as mulheres pelos profissionais do estudo, as ocorrências mais atendidas consistem em violência sexual e física, principalmente no centro obstétrico, por ser este serviço uma referência para esse tipo de atendimento. Nestes casos, na maioria das vezes o companheiro ou marido foi apontado como agressor, reiterando-se assim, dados de pesquisa que apontam a agressão cometida pelo marido em 74,8 % dos casos e o companheiro 12,2%.¹⁵

Os serviços de apoio apresentam-se como meios de enfrentamento à violência, na tentativa de buscar a reestruturação moral, psíquica e social da mulher. Nessa ótica, os sujeitos do estudo foram questionados quanto ao conhecimento de serviços de apoio para encaminhamento das mulheres em situação de violência, manifestando-se o desconhecimento desses serviços.

Não conheço serviços de apoio às mulheres em situação de violência. Eu sei que tem o atendimento aqui no HU para os primeiros cuidados, mas outros serviços eu desconheço. (E 03)

Não, realmente eu não conheço. Eu não sei bem se tem algum atendimento específico para mulheres vítimas de violência, de agressão sexual e física, não sei. (E 09)

Compreende-se assim a necessidade de articulação entre os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência do contexto local, sendo necessário um trabalho integrado entre todos os serviços envolvidos com essa questão, no sentido de começarem a pensar em uma rede qualificada de assistência.

Os profissionais que relatam ter conhecimento de serviços de apoio citam a Delegacia de Polícia para a Mulher e o Centro de Atendimentos a Vítimas de Violência, sendo o último um serviço prestado por assistentes sociais e psicólogos mantidos pela Secretaria de Município da Assistência Social e Cidadania do município, que presta atendimento às crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência e aos agressores.

No entanto, referem que quando fazem as primeiras orientações e encaminham as mulheres para esses serviços, não sabem ao certo as ações que serão desencadeadas, o que gera desmotivação e frustração do profissional. Tal cenário aponta, também, para o problema da fragilidade de serviço de referência e contra referência na rede de serviços de saúde do município.

Fizemos o primeiro atendimento e depois perdemos essa mulher. Porque não temos a contra-referência. [...] não sabemos mais dela. Isso é um ponto falho; realizamos encaminhamentos e não sabemos se ela procurou e se foi atendida. (E 10)

No hospital fizemos a nossa parte, mas não conseguimos fazer tudo. Porque depois que a mulher sai daqui como fica? Não sabemos o que acontece com elas depois. (E 11)

Reitera-se, assim, que uma forma de enfrentamento à violência diz respeito a ações intersetoriais com a atuação de uma equipe multiprofissional qualificada, de modo que a tomada de decisões e ações sejam integradas e tenham resolubilidade.

Nessa perspectiva, estudiosos salientam a importância da organização dos serviços na capacidade de dar conta da integralidade da atenção, no que diz respeito a redes assistenciais e trabalho em equipe na saúde. Nessa esfera, apontam temas como a referência e contra referência dos casos, o encaminhamento intersetorial e interdependência da ação profissional especializada em cuidados de natureza integral.⁴

Faz-se relevante mencionar o depoimento que remete a importância de investir no empoderamento das usuárias do serviço como forma de estimular sua autonomia e, conseqüentemente, prevenir situações violentas em seu cotidiano. Entende-se que esse tipo de encaminhamento à questão é pertinente, uma vez que representa, dentre outras possibilidades, a desconstrução cultural da relação desigual entre homens e mulheres; relação essa que submete as mulheres a situações de violência.

Devemos trabalhar com as mulheres a independência, porque muitas acabam tendo que se sujeitar e se submeter aos homens agressores porque elas não têm uma profissão e não tem como se livrar deles. Então, muitas mulheres, na maioria das vezes, tem vários filhos, nunca trabalharam, não tem uma formação e o que elas vão fazer? Onde vão se inserir? (E 08)

Nesta esteira transita a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual incorpora, na perspectiva de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, pautada no empoderamento feminino. Busca, também, consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na importância do empoderamento das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício da autonomia e sua cidadania. Acredita-se que, promover e fortalecer tais princípios serão uma responsabilidade de cada profissional no intuito de qualificar a

assistência às mulheres em situação de violência.¹⁶

Empoderamento diz respeito ao aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva nas relações interpessoais e institucionais, principalmente de indivíduos submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social.¹⁷ Vislumbra-se com isso uma alternativa importante para a superação das iniquidades de gênero, entendendo-se esse como “todas as formas de construção social, cultural e lingüística implicadas com processos que diferenciam homens e mulheres, incluindo os processos que produzem seus corpos, distinguindo-os e nomeando-os como corpos dotados de sexo, gênero e sexualidade.”^{18:15}

Nessa mesma direção, reforça a construção social e a formação da opinião a influência da mídia, a qual emerge nesse estudo como importante instrumento informativo, porém muitas vezes mal utilizada.

A mídia é uma maneira de informar de mostrar o que existe e acontece, mas é muito mal aproveitada, por exemplo, a novela que assisti, no horário das oito, na mesma semana deu o cara colocando a mulher pra fora pelos cabelos, xingando. (E 10)

Percebe-se a preocupação com a forma como a televisão aborda determinadas questões como a violência, sem resgatar, na maioria das vezes, a importância de prevenção e superação de comportamentos e atitudes violentas. Dessa forma, o público que a assiste pode entendê-la como uma postura aceitável, o que a torna naturalizada socialmente. Salienta-se, desta forma, o papel fundamental da mídia de acarretar mudanças em antigos valores e princípios que se referem às relações entre homens e mulheres, a depender, porém, da interpretação do espectador.

CONCLUSÃO

A contribuição dos profissionais participantes do estudo centra-se no que se compreendeu como fragmentação da assistência e atenção à saúde das mulheres em situação de violência e a falta de preparo profissional, tanto para identificar a violência como para fazer os encaminhamentos necessários.

Assim, aponta-se a urgência em elaborar estratégias que contemplem a qualificação dos profissionais implicados na atenção a essa clientela. Dentre essas, sugere-se que a formação profissional considere as Políticas Públicas dirigidas à saúde das mulheres brasileiras, como diretrizes fundamentais no direcionamento da assistência ao segmento

feminino. Da mesma forma, sugere-se a o desenvolvimento de programas institucionais de educação permanente que abordem a temática, a fim de qualificar a assistência às mulheres.

No que se refere à fragilidade da rede de assistência que dê conta de acolher as mulheres que vivem situações de violência no município, pode-se inferir a necessidade de implementação das políticas públicas vigentes, no sentido de fortalecer essa rede. Assim, recomenda-se a comunicação e reconhecimento entre esses serviços, que haja a referência e contra referência para que a prerrogativa interinstitucional seja contemplada.

Finalmente, espera-se que os achados desse estudo contribuam na sensibilização de gestores, docentes, profissionais e acadêmicos da área da saúde para a necessidade de abordar a questão com compromisso político e ético, somados a competência técnica e humana, como forma de promover a saúde das mulheres, em conformidade com os preceitos do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Taquette SR. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2007.
2. Silva GF, Silva MDB, Silva LR, Santos IM. Violence against woman from the perspective of pregnant women. Rev Enferm UFPE On Line [periódico na internet]. 2009 Jul/Set[acesso em 2009 Dez 10];(3):33-42. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/153/153>
3. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Cad Saúde Pública[periódico na internet]. 2004 mai-jun[acesso em 2009 Dez 10];20(3):646-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300001&script=sci_arttext
4. D' Oliveira AF, Schraiber LB. Violência doméstica como problema para a saúde pública: Capacitação dos profissionais e estabelecimento de redes intersetorialidade reconhecimento, acolhimento e resposta ao problema. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador: ABRASCO; 2000.
5. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 196p.
6. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. Ciênc Saúde Coletiva[periódico na internet]. 2005[acesso em 2009 Dez 10];10(2): 419-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200020
7. Rotania AA, Dias IMV, Sousa KV, Wolff LR, Reis LB, Tyrrell, MAR. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta pra dentro. Escola Anna Nery Rev Enferm. 2003 abr; 7(1): 114-25.
8. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
9. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública[periódico na internet]. 2008 Jan[acesso em 2009 Dez 10];24(1): 17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
10. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004. 488p.
11. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento em pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007. 269p.
12. Lettiere A, Nakaro MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP[periódico na internet]. 2008 Set[acesso em 2009 Dez 10];42(3):467-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300008
13. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, et al. Violência contra mulheres usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev Saúde Pública[periódico na internet]. 2008 Jun[acesso em 2009 Dez 10];41(3):359-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5820.pdf>
14. Ministério da Saúde (Brasil), Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização[texto na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2009 Dez 10]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf
15. Datasenado (Brasil), Secretaria e Pesquisa e Opinião Pública - Senado Federal [homepage na internet]. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Datasenado; 2007. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/senado/central>

[derelacionamento/sepop/pdf/datasenado/relatorio01_2009.pdf](#)

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes[texto na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [acesso em 2009 Dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf

17. Vasconcelos E. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus; 2004.

18. Meyer D. Teorias e Políticas de Gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. Rev Bras Enferm. 2005; 57(1):13-18.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/01/12

Last received: 2010/03/26

Accepted: 2010/03/26

Publishing: 2010/04/01

Address for correspondence

Letícia Becker Vieira

Rua General Neto, 592 – Ap. 202 – Centro

CEP: 97015-240 – Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil