

## A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Letícia Becker VIEIRA<sup>a</sup>Stela Maris de Mello PADOIN<sup>b</sup>Maria Celeste LANDERDAHL<sup>c</sup>

### RESUMO

Estudo qualitativo que objetivou conhecer percepções de profissionais de saúde acerca da assistência às mulheres em situação de violência. O cenário foi um hospital de ensino no sul do Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram 12 profissionais de saúde do Centro Obstétrico e Pronto Socorro. A coleta dos dados realizou-se em abril/maio de 2008, a partir de vinheta e entrevista semi-estruturada. As informações foram organizadas e estruturadas por meio da análise temática. Dos resultados emergiram duas categorias: o diálogo como instrumento facilitador para a identificação da violência e seus encaminhamentos, e a complexidade do fenômeno e suas implicações na assistência. Aponta-se a necessidade de criação de espaços de responsabilização dos órgãos formadores e serviços de saúde na formação de equipe multiprofissional que discuta e implemente a política de atendimento às mulheres em situação de violência.

**Descritores:** Violência contra a mulher. Saúde da mulher. Assistência à saúde.

### RESUMEN

*Estudio cualitativo que tuvo por objetivo conocer las percepciones de profesionales de salud acerca de la asistencia a las mujeres en situaciones de violencia. El escenario fue un hospital de enseñanza en el sur de Brasil. Los sujetos de la investigación fueron 12 profesionales de salud del Centro Obstétrico y Hospital de urgencias. La recolección de los datos se realizó en abril/ mayo de 2008, a partir de viñeta y entrevista semiestructurada. Las informaciones fueron organizadas y estructuradas por medio del análisis temático. De los resultados emergieron dos categorías: el diálogo como instrumento facilitador para la identificación de la violencia y sus encaminamientos las mujeres y la complejidad del fenómeno y sus implicaciones en la asistencia. Se evidencia la necesidad de creación de espacios de responsabilidad de los órganos formadores y servicios de salud en la formación del equipo multiprofesional que discuta e implemente la política de atención a las mujeres en situación de violencia.*

**Descriptorios:** Violencia contra la mujer. Salud de la mujer. Prestación de atención de salud.

**Título:** La percepción de profesionales de salud de un hospital sobre la violencia contra la mujer.

### ABSTRACT

*This qualitative study aimed at finding out the perceptions of health professionals about the assistance to women living in a violent situation. The scenery was a teaching hospital of southern Brazil. The participants were 12 health professionals from the obstetric and emergency units. The data were collected by semi structured interviews started by a short story in April to May of 2008. The information was organized and categorized and subject to thematic analysis. The results showed two categories: the dialogue as a facilitator instrument to identify the violence and their referrals and the complexity of the phenomena and their implications to the assistance. We pointed out the necessity of to create spaces of the responsibility of agencies devoted to training human resources in health and health services. It is in order to form multiprofessional team that discuss and implements the policy care to women living in a violent situation.*

**Descriptors:** Violence against women. Women's health. Delivery of health care.

**Title:** The perceptions of the health professionals at a hospital about the violence against women.

<sup>a</sup> Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Vice-líder do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Departamento de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da UFSM, Líder do grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Mestre em Enfermagem, Professora Adjunta da UFSM, Líder do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Departamento de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher definiu violência contra as mulheres como todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico ao segmento feminino, situação que viola seus direitos humanos e fere sua cidadania<sup>(1)</sup>.

No Brasil, denúncias de violência contra as mulheres começaram a partir da segunda metade do século XX. Até então, era mencionada como um evento restrito ao âmbito privado, sendo exercida nos lares, sem a intervenção de terceiros. Ganhou notoriedade ao ser denunciada pelo Movimento Feminista, o qual se configurou como um importante impulsionador para discussões e conquistas de iniciativas oficiais ao enfrentamento da violência.

Nesse sentido, o Estado brasileiro, na tentativa de alinhar apelos e recomendações de conferências e convenções internacionais elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que incorporou em suas ações prioritárias a promoção da atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência<sup>(2)</sup>. Evidencia-se assim, o reconhecimento do problema como uma questão de saúde pública.

Nesta perspectiva, a violência contra as mulheres está associada a um maior risco para diversos agravos à sua saúde física e mental, implicando em aumento de demanda aos serviços de saúde<sup>(3)</sup>, cenário eleito por muitas mulheres na busca por ajuda. Na maioria das vezes o setor de emergência é a porta de entrada, e o único contato da mulher em situação de violência com o sistema de saúde<sup>(4)</sup>.

No entanto, há um desconhecimento por parte dos profissionais sobre o fenômeno da violência e seus diferentes matizes, prejudicando dessa maneira, a assistência oferecida às mulheres que vivenciam essa problemática. Frequentemente o profissional não identifica a situação de violência, e quando o faz não se sente preparado para dar a solução ou o encaminhamento adequado<sup>(5)</sup>.

Observa-se que o modelo de atenção às mulheres em situação de violência opera na lógica da racionalidade e reducionismo, reforçando o modelo biomédico na assistência realizada pelos profissionais de saúde<sup>(6)</sup>. Compreende-se, assim, ser imprescindível que os serviços assumam uma postu-

ra de responsabilização, implementando uma estrutura de atendimento voltado à identificação e acompanhamento terapêutico das situações de violência<sup>(7)</sup>.

Tais reflexões conduziram o presente estudo, o qual teve como questão norteadora: como os profissionais de saúde identificam e encaminham a situação de violência? E, como objetivo: conhecer as percepções de profissionais de saúde que atuam no centro obstétrico e pronto socorro adulto de um hospital de ensino, acerca da assistência às mulheres em situação de violência.

## TRAJETÓRIA

Estudo qualitativo, o qual teve como cenário um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, no Brasil. 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. Os sujeitos foram 12 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. A composição do grupo foi feita segundo os critérios: pertencimento ao quadro funcional e à equipe envolvida na assistência direta à mulher em situação de violência, totalizando seis técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, três enfermeiras e dois médicos.

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. O fechamento amostral foi definido pela saturação teórica a partir da convergência dos achados ao objetivo proposto no estudo<sup>(8)</sup>. Na sequência foi realizada a produção dos dados, no período entre abril e maio de 2008. Para manutenção do sigilo foi utilizado um código com letra E (entrevistado) e número.

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<sup>(9)</sup>; no estudo em tela, a assistência a mulheres em situação de violência. A entrevista semi-estruturada foi composta por oito questões, 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.

As informações obtidas foram transcritas para posterior análise temática, que constituiu-se de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final<sup>(10)</sup>. Foram identificadas as idéias centrais e aspectos relevantes acerca da assistência às mulheres em situação de violência, no intuito de construir categorias empíricas. Para análise final, foi articulado o material estruturado ao referencial teórico do objeto de estudo, visando à identificação do conteúdo subjacente ao manifestado, na tentativa de responder às questões da pesquisa com base no objetivo.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ante a interpretação dos dados, emergiram duas categorias: o diálogo como instrumento facilitador para a identificação da violência e encaminhamentos das mulheres e a complexidade do fenômeno e suas implicações na assistência.

### O diálogo como instrumento facilitador para a identificação da violência e encaminhamentos das mulheres

A visibilidade da violência contra as mulheres, bem como o aumento da demanda de casos desta natureza aos serviços de saúde, vem exigindo, de forma crescente, conhecimento e preparo dos profissionais de saúde, com vistas ao alcance de uma assistência resolutiva. Dentre os requisitos **conhecimento** e **preparo**, os dados desta investigação apontaram para a relevância da relação dialógica entre os envolvidos, instrumento fundamental para identificação da violência e encaminhamentos das mulheres a serviços de apoio.

As informações elucidaram a necessidade do diálogo, no intuito de estabelecer vínculo por meio de uma escuta sensível e atenta como forma de conhecer a história de cada mulher assistida. A partir daí a identificação de situações de violência contra as mulheres passa a ser uma possibilidade.

Sublinha-se a preocupação de alguns profissionais em disponibilizar uma sala reservada, a fim de que a mulher sintasse-se segura e à vontade para falar sobre si. Entretanto, quando o diálogo não se efetiva, os profissionais alegaram dificuldades em identificar a violência, sendo as marcas corporais possíveis sinalizadores desta agressão.

*Quando a coisa salta aos olhos, como hematomas, arranhaduras, escoriações, queimaduras, facilita a identificação, mas têm muitas mulheres que sofrem violência que não identifico, passa despercebido (E 08).*

Os sujeitos do estudo acusaram como fundamental perceber a vontade ou não da mulher expressar a situação a que foi exposta, ou ocultá-la. É a partir da confirmação que o profissional poderá desenvolver ações que venham ao encontro das necessidades da usuária. Nesse sentido, percebe-se a importância do diálogo, com o intuito de criar vínculo de confiança com a mulher.

*Têm pacientes que contam que caíram, mas que na verdade foram empurradas pelo marido. Elas negam a violência no momento que você suspeita da história. Aí respeitamos a paciente, só identificamos com o aval dela (E 12).*

Existem muitas razões – emocionais, sociais, econômicas, dentre outras – pelas quais, tanto a mulher na situação de violência quanto o agressor, tentam dissimular e ocultar a situação de violência. Há a possibilidade dessa mulher sentir vergonha, culpa e medo de falar abertamente, porque co-habita com esta violência<sup>(11)</sup>.

Tais sentimentos podem ter raízes na posição ocupada pela mulher no lar e dos papéis por ela desempenhados nesse ambiente, tais como o de mãe, esposa e dona-de-casa<sup>(12)</sup>. Essa concepção de mulher, no prisma das relações familiares, conduz a responsabilizá-la pela estabilidade do lar. Dessa forma, ocultar a violência é condição básica para preservação de um ambiente doméstico suportável.

Nesta direção, a omissão, negação ou distorção do acontecimento, implica na naturalização da violência e afastamento dos profissionais de saúde das mulheres que sofrem esse tipo de agressão<sup>(13)</sup>.

O despreparo para identificar casos de violência contra as mulheres é evidenciado nas falas dos profissionais quando enfatizam a necessidade

de capacitação profissional para a qualificação das ações em saúde nesta esfera.

*Como a gente não é preparada, a maneira mais fácil é fazer de conta que não existe, encaminhar para o psicólogo e ele resolve [...] aqui no serviço viu a paciente só uma vez, ela conta que caiu de bicicleta e eu acredito (E 04).*

*Não me sinto preparada, porque, não temos esse preparo. Não tive nenhum tipo de capacitação, sabemos o básico (E 11).*

Corroborar-se com estudo que ressalta a importância do preparo técnico e emocional do profissional para identificar as possíveis situações de violência contra as mulheres, recomendando a escuta sensível e um acolhimento adequado e resolutivo, bem como a formação de equipes multiprofissionais, que possibilitem implementação de programas de atendimento às mulheres nesta situação<sup>(14)</sup>.

A dificuldade da identificação da violência e encaminhamento da mulher foi, também, atribuída à forma rápida que a assistência é realizada, o que impede o estabelecimento de diálogo. Os profissionais atribuem isto à complexidade e natureza do trabalho do pronto socorro principalmente, quando são priorizados casos em que há risco de vida. Neste cenário os esforços concentram-se na reparação de casos agudos, havendo uma lacuna no que diz respeito à prevenção e reabilitação da mulher. Reitera-se assim, uma assistência racional e intervencionista, sinônimo de instrumentalização<sup>(15)</sup>.

*No pronto socorro a relação é muito pouca, é muito paciente, não tem diálogo, é tudo mecanizado, faz a medicação e não conversa com a paciente, falta ter mais diálogo! (E 04).*

*Realmente não se preocupa em saber o que aconteceu com elas antes de chegarem. É dada medicação para dor, curativo e só. No pronto socorro é assim, claro que não é correto, mas é assim que ocorre (E 03).*

No setor de emergência hospitalar, a falta de atenção dos profissionais aos casos de violência é recorrente, sendo que a assistência está voltada para a queixa imediata que os pacientes apresentam no momento. Um fator que talvez contribua para isso é a alta demanda de pacientes no serviço, o que dificulta a oferta de atendimento articulado. Além

disso, a assistência nesse serviço é voltada à lesão causada pelo trauma e não inclui um olhar à violência, pois esta não é considerada um problema de saúde, e muitas vezes, não é identificada como causa do trauma<sup>(16)</sup>.

A política pública de saúde recomenda o uso de serviços de apoio como meios de enfrentamento à violência, na tentativa de buscar a reestruturação moral, psíquica e social da mulher<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, quando questionados quanto ao conhecimento de serviços de apoio para encaminhamento das mulheres em situação de violência, as referências apontadas pelos profissionais dizem respeito à Delegacia de Polícia para Mulher e serviço municipal de apoio psicossocial às vítimas de violência. Relatam que fazem as primeiras orientações e encaminham as mulheres para esses serviços, mas desconhecem seu funcionamento e não sabem quais as ações que são desencadeadas. Da mesma forma, com os serviços de apoio, não formalizam um diálogo, nem um fluxo de atendimento.

*Fizemos o primeiro atendimento, depois perdemos essa mulher. Não temos a contra referência. É feito atendimento e encaminhamos para serviço de psicologia, infectologia, mas não soubemos mais dela; passa o cuidado pra outro serviço e não retorna a informação (E 08).*

*No hospital fazemos a nossa parte, mas não tudo. Chamamos psicóloga, mas não é tudo. Porque depois que sai daqui como fica? Elas saem e não sabemos o que acontece, se procuraram ajuda nos outros serviços (E 09).*

Semelhante a inquietação dos profissionais deste estudo, enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, ressaltam o enfrentamento às situações de violência como um trabalho difícil, complexo e que não depende apenas das iniciativas do setor saúde. Algumas profissionais referiram frustração pessoal com a falta de resolubilidade da rede de apoio, aliados à falta de recursos materiais e humanos<sup>(17)</sup>.

Algumas profissionais deste estudo alegaram que tentam minimizar a falta de resolução no que tange aos encaminhamentos, defendendo o estímulo à independência e autonomia das mulheres como forma de prevenir situações violentas em seu cotidiano. Defendem, desta forma, o empoderamento feminino como possibilidade de superação das relações de opressão de seu cotidiano.

*Devemos trabalhar com as mulheres a independência, falar sobre isto com elas. Muitas acabam se submetendo e se sujeitando à violência, porque não têm uma profissão nem como se livrar dos agressores (E 06).*

Pesquisa realizada no município de São Paulo em um conjunto de serviços de assistência aos casos de violência contra mulheres aponta dados que vão ao encontro dos achados desse estudo. Ao classificar vocações assistenciais: a policial, a jurídica, a psicossocial e as orientações básicas; nesta última, incluíam-se os profissionais de saúde, com uma assistência enfocada na orientação e educação das mulheres. Tais profissionais enfatizaram a importância da participação da mulher na solução de seus problemas, no sentido de fortalecer a emancipação e independência feminina, mostrando ainda, esses como princípios centrais nas suas práticas de saúde<sup>(18)</sup>.

### **A complexidade do fenômeno e suas implicações para a assistência**

Quando questionados sobre sua compreensão a respeito da violência contra as mulheres, os profissionais trouxeram na discussão o entendimento de ser um fenômeno complexo e grave. Definiram a violência como agressões e atos físicos, sexuais, psicológicas, emocionais; que lembram humilhação, intimidação, desrespeito e inferioridade das mulheres.

*Violência contra a mulher é toda aquela agressão de desrespeito, tanto físico, quanto moral, psicológico, que pode acontecer tanto na rua como em casa (E 02).*

*É um ato muito grave, é todo e qualquer ato que possa desrespeitar, humilhar, não somente físico, mas também o emocional (E 07).*

Tal concepção pode demonstrar o entendimento dos profissionais quanto à magnitude do problema, vindo ao encontro da definição da Convenção de Belém do Pará, a qual reconhece a violência, também, como um problema de saúde pública, pois afeta a integridade física e a saúde mental das mulheres<sup>(1)</sup>. Percebe-se, na compressão dos profissionais, que a mulher poderá estar suscetível a estas agressões não somente no âmbito privado, como também em sua vida social pública.

Convergindo com esses achados, a compreensão da violência e a vitimização da mulher são

caracterizados por médicos e enfermeiros de uma maternidade pública de Ribeirão Preto, São Paulo, como um problema sério e importante na sociedade. A complexidade do fenômeno é percebida pelo grupo pesquisado e reconhecida em comportamentos nocivos praticados contra a mulher<sup>(15)</sup>.

Destaca-se, ante essa percepção, que o profissional de saúde envolvido com a assistência à mulher que sofre violência tem sentimentos aflorados, pelo impacto que a situação carrega em seu bojo. Os relatos pelos profissionais deste estudo estão associados à indignação, revolta, raiva, pena, dentre outros. Percebe-se que a violência cometida contra a mulher apresenta-se como um fenômeno difícil e penoso não somente para a usuária do serviço, mas também aos profissionais que a assistem.

*Sinto muita raiva do agressor e revolta. Não se sabe se acolhe, se bota no colo. É uma mistura de coisas, aparece eu, como mulher (E 08).*

O sentimento despertado nos profissionais evidencia envolvimento emocional com a mulher agredida. Esta capacidade de se envolver e interessar-se pela outra pessoa parece expressar a noção de responsabilização sentida pelos profissionais. As falas permeiam também a empatia que a situação desperta, principalmente em profissionais do sexo feminino, mobilizando-as a pensarem em sua condição de mulher. Ao mesmo tempo essa identificação parece possibilitar um olhar mais solidário às mulheres, implicando em uma assistência acolhedora e humanizada.

*Eu como mulher, como mãe, como esposa, fico bastante sensibilizada com isso (E 10).*

*Sinto revolta, procuro me colocar no lugar da paciente. Ninguém gosta, ninguém quer (E 11).*

As mulheres em situação de violência não apresentam perfil muito diferente das mulheres que não sofrem violência dentro de uma mesma sociedade. Não existem diferenças significativas entre essas e as outras mulheres de sua cultura ou classe social, embora as apreciações pessoais do valor próprio e competências diminuam em situações de violência<sup>(19)</sup>.

Em contra ponto, discursos de alguns profissionais preservam o não envolvimento, evidenciando o receio em se envolver com a situação e/ou com a mulher em situação de violência. Entende-

se que tal postura possa ser uma estratégia para o profissional se proteger diante de uma situação que também o agride. Ao mesmo tempo, pode se pensar que a visão de mundo racional, o modelo de assistência intervencionista e tecnicista possam ser facilitadores de comportamentos dessa natureza<sup>(6,11)</sup>.

*Nós médicos, não temos que nos colocar no lugar da paciente, não tem que fazer isso, porque senão acaba sentindo raiva [...] Porque senão, não vai poder ajudar essa paciente (E 12).*

Profissionais de saúde de duas equipes do Programa de Saúde da Mulher do município do Rio de Janeiro, sendo uma delas referência para o atendimento às situações de violência, apontam inquietações em relação a comportamentos como este. Na unidade não-referência os profissionais dizem preferir não se envolver, por anteverem os obstáculos e não poderem garantir à mulher a resolução do seu problema. Já, na unidade referência, os profissionais acolhem tal demanda. Entretanto, constatam que, embora com a tentativa de realizar um atendimento qualificado, muitas vezes, não conseguem impedir que a mulher continue vivenciando as situações de violência<sup>(20)</sup>.

Considerando a complexidade da temática, bem como a crescente exigência dos profissionais em oferecer uma atenção qualificada às usuárias que sofrem violência, os sujeitos deste estudo demonstraram preocupação por não terem vivenciado discussões com tal abordagem, tanto na academia como em cursos de nível médio. Expressam que a lacuna desta contribuição na formação são limitações que implicam na qualidade da assistência articulada às mulheres.

*Na formação não ouvi falar quase nada. Só quando existia algum caso de suspeita de violência era abordada muito superficialmente (E 08).*

*Na minha formação não ouvi falar praticamente nada (E 10).*

Nesta mesma esteira, no que diz respeito ao conhecimento da legislação e da política que envolve o tema, os profissionais de saúde referem não conhecer, ou sabem muito pouco sobre o assunto. Apontam a Lei Maria da Penha como instrumento legal de enfrentamento à violência e como possibilidade de oferecer à mulher orientações pautadas

em referenciais afeitos aos direitos humanos e cidadania; embora seu conhecimento restrito acerca deste dispositivo possa limitar sua atuação.

Profissionais, em geral, saem das universidades sem condições de assumir a responsabilidade de trabalhar em um serviço público, em defesa da vida dos usuários, ou com capacidade para escutar o que o paciente diz e o que não diz; ver o que está por trás de uma queda ou de um assalto<sup>(19)</sup>.

Neste estudo, os profissionais destacaram a necessidade de capacitação para qualificação e humanização de sua assistência, como forma de suprir lacunas de sua formação. É premente perceber a violência como problema social que afeta profundamente a saúde das mulheres e reconhecer seu papel específico como parte de uma rede de suporte social<sup>(3)</sup>. É imprescindível que os serviços assumam uma postura de responsabilização e implementem uma estrutura de assistência voltada à identificação e acompanhamento terapêutico das situações de violência<sup>(7)</sup>.

Evidencia-se assim, a responsabilidade dos órgãos formadores no preparo de futuros profissionais, de compreender essa questão no âmbito da saúde e reconhecer seu papel social na identificação e assistência articulada nas situações de violência contra as mulheres.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação realizada em um hospital de ensino, no qual as pesquisadoras desenvolvem atividades teórico-práticas, possibilitou perceber importante receptividade dos sujeitos envolvidos, tendo em vista a pertinência do tema estudado. Na medida em que evidenciou limitações na assistência às mulheres em situação de violência, representadas pela falta de diálogo e conhecimento para identificar a violência e fazer encaminhamentos necessários, demonstrou a urgência em abordar a questão de forma sistematizada em processos de educação permanente no nível institucional.

Da mesma forma, a mobilização emocional dos profissionais, ante situações a que estão expostos, tanto no centro obstétrico como no pronto socorro da instituição cenário do estudo, direciona para reflexões relevantes, que denunciam certa violência também aos profissionais dos serviços, tendo em vista a posição de meros expectadores de situações que poderiam resolver se houvesse maior conhecimento e existência de uma rede integrada de

apoio às mulheres em situação de violência no município.

O estudo aponta, de forma contundente também, a urgência das instituições e dos órgãos formadores de profissionais da saúde compreenderem a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública. Nesta ótica, portanto, deve ter seu conteúdo ministrado formalmente na academia e em cursos que preparam para a assistência ao ser humano, como forma de ir ao encontro da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Pode-se afirmar o impacto positivo deste estudo, na medida em que tem mobilizado o Observatório da Violência da instituição para esta direção, chamando para a discussão os atores envolvidos com essa questão, no sentido de construir coletivamente uma rede assistencial que permita às mulheres uma assistência qualificada em nível municipal.

## REFERÊNCIAS

- 1 Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará" (1994) [Internet]. São Paulo: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo; 1994 [citado 2009 jun 02]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-da-Mulher/convencao-interamericana-para-prevenir-punir-e-erradicar-a-violencia-contra-a-mulher-qconvencao-de-belem-do-para-1994.html>.
- 2 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. Brasília (DF); 2007.
- 3 Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica: projeto gênero, violência e direitos humanos: novas questões para o campo da saúde. 2ª ed. São Paulo: Fundação Ford, CREMESP; 2003.
- 4 Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(4):448-57.
- 5 Porto JRR, Luz AMH. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. Rev Gaúcha Enferm. 2004;25(2):207-18.
- 6 Guzmán YER, Tyrrell MAR. Construindo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conjugal. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(4):679-84.
- 7 Riquinho DL, Correia SG. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(2):301-10.
- 8 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
- 9 Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 11 Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. Saúde Soc. 2008;17(3):113-25.
- 12 Signori M, Madureira VSF. A violência contra a mulher na perspectiva de polícias militares: espaço para a promoção da saúde. Acta Sci, Health Sci. 2007; 29(1):7-17.
- 13 Corrêa MSM, Lopes RLM, Diniz NMF. Reflexões sobre o cuidar de mulheres que sofrem violência conjugal em uma perspectiva heideggeriana do mundo da técnica. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(3):223-9.
- 14 Freitas FC, Luna MG, Dytz JLG. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. Comun Ciênc Saúde. 2007; 18(3):185-95.
- 15 Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):467-73.
- 16 Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(2):419-31.
- 17 Rückert TR, Lima MAS, Marques GQ, Garlet ER, Pereira WAP, Acosta AM. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(2):180-6.

- 18 Kiss LB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface Comun Saúde Educ. 2007;11(23):485-501.
- 19 Meneghel SN, Camargo M, Fasolo LR, Mattiello DA, Silva RCR, Santos TCB, et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2000;16(3):747-57.
- 20 Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13(28):165-74.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor /  
Author's address:**

Letícia Becker Vieira  
Rua Reinoldo Schmidt, 33, Centro  
96900-000, Sobradinho, RS  
E-mail: [lebvieira@hotmail.com](mailto:lebvieira@hotmail.com)

Recebido em: 07/07/2009  
Aprovado em: 08/12/2009

---