

Modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência: revisão integrativa

Model of health care for women suffering violence: integrative review

Modelo de atención a la salud de las mujeres en situación de violencia: revisión integrativa

Letícia Becker VIEIRA¹; Stela Maris de Mello PADOIN²;
Maria Celeste LANDERDAHL³, Cristiane Cardoso de PAULA

RESUMO

A violência é um fenômeno complexo que tem, em suas raízes, a interação de fatores biológicos, econômicos, sociais, culturais, históricos, éticos e políticos. Objetivou-se descrever o modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência, a partir da produção do conhecimento de enfermagem no Brasil. **Método:** trata-se de estudo de revisão integrativa. Foi desenvolvida a análise de conteúdo dos artigos selecionados na base de dados LILACS, com as palavras “violência” and “mulher” or “mulheres”, no período de 1994 a 2008. Foi desenvolvido mapeamento estatístico e análise de conteúdo. **Resultados e discussões:** apontou-se um modelo que opera na racionalidade e no reducionismo biológico, somados aos limites dos serviços de saúde organizacionais e estruturais, bem como às implicações da falta de preparo profissional que repercutem em uma assistência fragmentada e pouco resolutiva. **Conclusão:** destaca-se a necessidade de os serviços e profissionais assumirem a responsabilidade social no enfrentamento da violência, desenvolvendo redes de apoio intersetoriais e interinstitucionais. **Descritores:** Enfermagem; Saúde da Mulher; Violência contra a Mulher, Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The violence is a complex phenomenon that has, in its roots, the interaction of biological, economical, social, historical, ethical and political factors. This study is a integrative review aimed to describe the model of health care for women in situation of violence from the Brazilian nursing production of knowledge. **Method:** the analysis was developed from articles selected in the LILACS database, with the words "violence" and "woman" or "women", between 1994 and 2008. The data were submitted to statistical treatment and content analysis. **Results:** it reveals a model that operates on the rationality and biological reductionism allied to the organizational and structural limits of the health care system, as well as the implications of the lack of professional training leading to a fragmented and non-resolutive care. **Conclusion:** the study highlights the need for the professional and the care services to take a social responsibility in combating violence, therefore developing intersectoral and interinstitutional support networks.

Descriptors: Nursing; Women's Health; Violence Against Women; Health Care.

RESUMEN

La violencia es un fenómeno complejo que tiene, en sus raíces, la interacción de factores biológicos, económicos, sociales, culturales, históricos, éticos y políticos. Esta investigación tuvo como objetivo describir el modelo de atención a la salud de las mujeres en situación de violencia, a partir de la producción del conocimiento de enfermería en el Brasil. **Método:** se trata de un estudio de revisión integradora. Fue desarrollado el análisis de contenido de los artículos seleccionados en la base de datos LILACS, con las palabras “violencia” y “mujer” o “mujeres”, en el periodo de 1994 a 2008. Fue desarrollado un levantamiento estadístico y análisis del contenido. **Resultados:** se apuntó un modelo que opera en la racionalidad y reduccionismo biológico, sumados a los límites de los servicios de salud organizacionales y estructurales; bien como las implicaciones de la falta de preparo profesional que hacen repercutir en una asistencia fragmentada y poco resolutiva. **Conclusión:** se destaca la necesidad de que los servicios y los profesionales asuman la responsabilidad social en el enfrentamiento de la violencia, desarrollando redes de apoyo intersectoriales e interinstitucionales.

Descriptores: Enfermería; Salud de la Mujer; Violencia contra la Mujer; Atención a la Salud.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem (PPGEnf). Vice-líder do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Dep. Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

²Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas, famílias e sociedade (UFSM)

³Enfermeira, Mestre em Enfermagem e professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria. Doutoranda DINTER – Novas Fronteiras (UFSM/ UNIFESP/ UFRJ). Líder do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas do Dep. Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

⁴Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Líder do grupo de pesquisa Cuidado a saúde das pessoas, famílias e sociedade.

INTRODUÇÃO

A violência é considerada pelos estudiosos como um fenômeno complexo e de difícil conceituação, manifestando-se de diferentes formas, em distintas circunstâncias, e com diversos tipos de atos e ações violentas¹⁻². Sua definição perpassa pela noção de multicausalidade, que atinge todos os grupos sociais, instituições e faixas etárias.

Configura-se num fato histórico que acontece também nas sociedades, cujas raízes encontram-se alicerçadas em estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais².

A violência contra as mulheres repercute de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas, configurando-se como um problema de saúde pública³. Apesar de atingir as mulheres em diferentes partes do mundo, dados e estatísticas sobre a dimensão do problema da violência ainda são bastante escassos e esparsos⁴.

Compreender esse fenômeno do ponto de vista da saúde oferece caminhos para captar as dimensões que a violência assume, no sentido de reconhecer seus aspectos sociais, epidemiológicos, psicológicos e jurídicos, tendo em vista a necessidade de desenvolver respostas multisetoriais.

Apesar de frequentemente apresentar uma prevalência em relação a muitas patologias, a violência sofre uma invisibilidade de origem social.

Destaca-se nessa invisibilidade, a compreensão de que a violência entre parceiros íntimos é um problema privado, que precisa ser resolvido pelos envolvidos⁵.

No Brasil, denúncias de violência contra as mulheres começaram a partir da segunda metade do século XX. Ganhou notoriedade ao ser denunciada pelo Movimento Feminista, o qual representou um marco social propulsor para discussões e conquistas de iniciativas oficiais ao enfrentamento da violência.

A partir da década de 1990, foram desenvolvidos diversos tratados, convenções, conferências com propostas de intervenção sobre a violência, a fim de garantir a proteção dos direitos dos cidadãos⁶.

A visibilidade e reconhecimento da violência, por parte da sociedade e do governo, são frutos de um processo que se estende até hoje na mobilização e organização de movimentos sociais e políticos que não se calam para a violência contra as mulheres.

Como questão de saúde no campo das intervenções, o Estado brasileiro, na tentativa de alinhar propostas 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 violência⁷.

Inscritos na política pública, os serviços de saúde configuram-se como locus para identificação da violência e acolhimento de suas demandas. Entretanto, o setor saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema, o qual se dilui em outros agravos, sem que se leve em consideração a intencionalidade do ato que gerou o estado de morbidade decorrente das ações de violência sofridas pelas mulheres.

Retrata-se a lacuna existente na formação acadêmica e educação permanente, que repercute na identificação dos casos de violência e na atenção a saúde dessas mulheres⁸. Aponta-se como estratégia, o desenvolvimento de competências e habilidades para a prestação de uma assistência dinâmica no processo saúde-doença das mulheres em situação de violência.

Para tanto, é necessário compreender a interface da violência com a saúde, com vistas ao reconhecimento e acolhimento de situações de violência nos

serviços⁹.

Dada a magnitude da problemática, é dever da Enfermagem incorporar em suas práticas de cuidado às mulheres, ações de enfrentamento e de prevenção dos agravos nas situações de violência. Nessa esteira, a investigação realizada teve como **objetivo**: analisar a produção de conhecimento científico da enfermagem brasileira acerca da temática violência contra as mulheres. Neste espaço, opta-se por abordar uma das categorias que emergiu do estudo, qual seja, o modelo de atenção às mulheres em situação de violência.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão integrativa de literatura, desenvolvida em seis etapas¹⁰: seleção de questão norteadora; busca bibliográfica e definição das características das produções científicas primárias da amostra; seleção dos artigos que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão proporcionando um exame crítico dos achados. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Essa busca procedeu-se em julho de 2009, a partir das

palavras “violência” *and* “mulher” *or* “mulheres”. A delimitação temporal foi de 1994 a 2008, com ponto inicial determinado pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, ocorrida no ano de 1994, em Belém do Pará, a qual representa um marco em conquistas e visibilidade da temática¹¹.

Foi composta uma população de 761 produções. Os critérios de inclusão foram: artigo, disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacionais, autoria de enfermeiros/as brasileiros/as. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais.

A seleção dos artigos foi desenvolvida a partir da leitura prévia dos títulos e resumos, totalizando 138 artigos da área da saúde. Para o acesso ao texto completo, foram usados os seguintes recursos: *link* disponível diretamente na base de dados LILACS, busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado, busca no portal CAPES e buscador *Google*.

Foi composta uma amostra de 37 artigos com texto completo disponível em suporte eletrônico e produções de autoria

exclusiva de enfermeiros/as.

Para a análise dos artigos na íntegra, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta das variáveis: objetivo; tipologia de violência; abordagem metodológica; método; cenário; sujeitos e resultados. Foi desenvolvida a análise de conteúdo temática, com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados¹². Efetuaram-se leitura flutuante e fichamentos (ficha documental e ficha de extração de dados), possibilitando uma visão abrangente do conteúdo. A leitura integral do artigo possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. A leitura exaustiva se deu pela releitura dos textos, quando foi desenvolvida a codificação cromática nos achados fichados.

Realizou-se a composição das categorias temáticas, com referências dos autores e análise sintética dos textos, a fim de visualizar os textos de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes sob a ótica de diferentes autores. A categoria temática destacada neste artigo foi: modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Nos resultados e discussão apresentam-se os artigos que compuseram o corpus da análise desta categoria com o código de A1-15 (Tabela 1).

Tabela 1 - Artigos que compuseram o corpus da análise da categoria modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência. Brasil, 1994-2008.

Referências dos artigos que compuseram o corpus de análise temática
A1- Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Ver Esc Enferm. USP. 2008; 42(3):467-73.
A2- 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.
A3- Guzmán YER, Tyrrell MAR. Construyendo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conjugal. Esc. Anna Nery. 2008;12(4):679-84.
A4- Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Ver Esc. Enferm USP. 2007;41(4):505-12.
A5- Freitas FC, Luna MG, Dytz JLG. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no programa Violeta, Distrito Federal. Comum Ciênc Saúde. 2007;18(3):185-196.
A6- Medina ABC, Penna LHG. A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. Texto Contexto Enferm. 2008;17(3):466-73.
A7- Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem: revisão. Rev Esc Enferm. USP. 2004;38(4):448-57.
A8- Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. 2008;17(3):138-51.
A9- Rotania AA, Dias IMV, Souza KV, Wolf LR, Reis LB, Tyrrell MAR. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. Esc Anna Nery. 2003;7(1):114-25.
A10- Oliveira EM. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. Acta paul. enferm. 2000;13(n.esp.1):171-5.
A11- Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm. USP. 2008;42(2):377-82.
A12- Rocha CR, Siqueira PRA, Oliveira PRF, Moura MAV, Spindola T. A enfermagem e a saúde da mulher: questões de gênero e geopolíticas. Esc Anna Nery. 2000;4(1)105-14.
A13- Couto TM, Lopes RLM. Ser - mulher que vivenciou violência conjugal na gestação. Rev. enferm. UERJ. 2003;11(3):296-9.
A14- 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.
A15- Monteiro CFS, Moraes SCR, Ferreira MTA, Carvalho RXC, Canuto MAO, Moreira ICCD. Conhecimento dos enfermeiros sobre o serviço de atenção às mulheres vítimas de violência sexual. Rev Bras Enferm. 2008;61(4):454-8.

RESULTADOS

Dentre os 37 artigos analisados na íntegra,

verificou-se que a região brasileira de procedência dessas produções com maior destaque foi a Sudeste (54,1%), seguida

pela Nordeste (29,7%), Sul (13,5%) e Centro-oeste (2,7%).

A distribuição da produção científica, segundo a variável tipo de estudo, demonstra que, no segundo quinquênio, houve um investimento nos relatos de experiências (67%). A partir do terceiro quinquênio, destacaram-se as pesquisas (71%) de modo ascendente (Gráfico 1).

Da análise de conteúdo, elaboraram-se duas categorias temáticas: cotidiano da violência contra as mulheres, implicações da violência na saúde das mulheres e modelo de atenção a saúde das mulheres em situação de violência, destaque neste artigo.

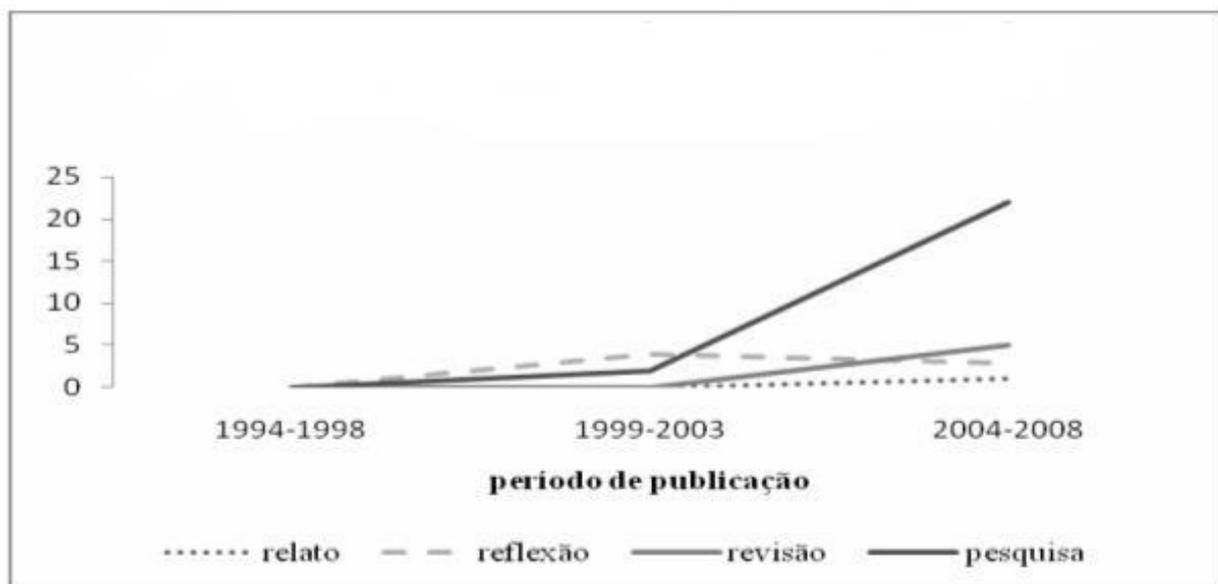


Gráfico 1 - Distribuição do tipo de estudo dos artigos na temática violência contra as mulheres, segundo o período de publicação. Brasil 1994 - 2008.

DISCUSSÃO

Modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência

A violência contra as mulheres perpetua doenças e sofrimentos e, por vezes, coloca a vida efetivamente em risco. Requer um modelo de atenção à saúde das mulheres que acolha, identifique, promova a saúde e prevenção das consequências da violência.

Entretanto, quando se reporta aos serviços de saúde, que deveriam estar alinhados a pressupostos do Sistema Único de Saúde, tais como atendimento integral e humanizado balizado pela escuta, vínculo e responsabilização, percebem-se lacunas a serem superadas.

As produções científicas apontaram para um modelo de atenção às mulheres

em situação de violência que opera na racionalidade e no reducionismo biológico, apontando um modelo biomédico no cuidado realizado pelos profissionais de saúde (A1-3). O cuidado à mulher em situação de violência conjugal está envolto num mundo que valoriza o técnico, ou seja, uma assistência racional, causal e distante, sinônimo de instrumentação e procedimentos (A2).

Diante de uma assistência de cunho biologicista, que privilegia a técnica em detrimento do ser humano, a visão da violência como enfermidade é reforçada por parte dos profissionais de saúde, que tendem a desconsiderá-la e banalizá-la, alegando ser esse um problema de ordem social e psicológica, o qual não podem intervir (A2-3). As posturas e as práticas dos profissionais na atenção à saúde dessas mulheres não somente valorizam as queixas físicas, como também não consideram os aspectos biopsicossociais, conduzindo suas ações por protocolos institucionais (A1).

Centrados na abordagem pragmática, curativa e repetitiva, desconsideram, muitas vezes, a escuta qualificada e um atendimento integral, podendo reforçar o modelo biomédico de cuidado. Percebe-se que o fato de a violência não possuir uma base patológica, implica na invisibilidade com as interfaces

epidemiológicas e sociais, o que evidencia um dos limites nos serviços de saúde.

O cuidado de enfermagem à mulher em situação de violência no serviço de saúde também converge com o modelo biomédico de atuação do restante da equipe de saúde, visto que as ações de cuidar estão direcionadas para um fazer que remeta para a predominância da dimensão técnica. Acredita-se que, a própria evolução da profissão, associado ao avanço tecnológico e científico, tenha contribuído para esse modo de fazer, que se configura em intervenções, por vezes em detrimento da subjetividade na relação entre o ser cuidado e o ser cuidador¹³.

Nesse contexto, onde impera um fazer automatizado, estudos reforçam o receio que o profissional sente ao atuar quando o assunto é a violência contra as mulheres. Como ele/a não se percebe capacitado/a para cuidar nessas situações, a atitude tomada se resume em afastamento ou negação (A2, A4).

Os profissionais envolvidos na atenção a esta clientela percebem a complexidade e intensidade da violência vivenciada, o que por vezes, mobiliza questões pessoais de cada um. Ainda, denota-se a dificuldade encontrada no processo de estabelecer estratégias para lidar com as repercussões da violência na

saúde e na vida das mesmas, principalmente diante da escassez e fragilidade de uma rede de apoio para o enfrentamento dessas situações¹⁴.

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 saúde¹⁵. Sublinha-se que o afastamento do profissional possa denotar a impotência frente à situação. Possivelmente a crença de que não adiante fazer alguma coisa ou de que os encaminhamentos não têm resolubilidade constituem-se como fatores de inércia na assistência às mulheres em situação de violência¹⁶.

Acerca das dificuldades para manter uma assistência de qualidade, de forma contínua e ampliada, apontam-se alguns limites institucionais no âmbito interno, tais como: espaço físico limitado, baixo número de recursos humanos frente à demanda atendida e, ainda, despreparo dos profissionais da instituição para lidar com as situações de violência (A5).

No entanto, é esse o lugar que as mulheres elegem para buscar ajuda (A6). O serviço de emergência que configura-se como porta de entrada é, na maioria das vezes, o único contato dessas mulheres com o sistema de saúde (A7).

As instituições de saúde podem (ou devem) representar um local de referência para que as mulheres em situação de violência, bem como os demais envolvidos, possam de alguma forma encontrar não só apoio e escuta profissional para as situações vividas como também os devidos encaminhamentos para a denúncia.

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, bem como encaminhamentos a serviços especializados¹⁷.

Entretanto, a violência pode ser cometida na própria instituição de saúde pelos profissionais de enfermagem e da área médica.

Apesar das entrevistadas do estudo elogiarem o atendimento quanto a alguns aspectos relacionais e valores humanísticos, identificou-se elementos graves de não-cuidado, como indiferença profissional e falta de capacidade de olhar

nos olhos da cliente. Esses elementos identificados nos relatos das mulheres, principalmente em mulheres em trabalho de parto e pós parto, demonstram uma desatenção dos profissionais, levando-as a sentirem-se desvalorizadas como pessoa (A8).

O processo histórico e social tem afirmado as mulheres como prováveis vítimas de algumas violências. Dada sua complexidade e variadas facetas, tem-se um tipo de violência ainda comum nos serviços de saúde, a violência consentida por mulheres em trabalho de parto e pós-parto. Ao refletir acerca dessa assistência cita-se a perspectiva da humanização conforme prerrogativa ministerial¹⁸.

Nessa preconiza-se a necessidade de reconhecer a individualidade e humanizar o atendimento, significando que o profissional deve estabelecer com cada mulher um vínculo, percebendo suas necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento. Refere, ainda, que relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de assumir o comando da situação, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e a criança¹⁸.

O termo humanização reforça a legitimidade política da reivindicação e

defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, uma vez que demanda um cuidado que promova o parto seguro, assim como uma assistência livre de violência. Dessa forma, falar em humanização é também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde¹⁹.

Vislumbra-se a necessidade de uma mudança na postura e atitude dos profissionais de saúde que prestam atendimento às mulheres. Valorizar seus direitos à integridade corporal, ao direito de escolha, o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante são possibilidades para a prevenção da violência consentida e uma assistência humanizada tal como definida nas políticas públicas brasileiras.

Cabe ressaltar que as mulheres que sofrem violência podem ser especialmente vulneráveis aos efeitos da violência institucional, na medida em que não são devidamente atendidas na sua queixa (A7). Esse tipo de violência é exercida, portanto, nos serviços públicos pelos profissionais, por meio de alguma ação e/ou omissão.

A carência dessa atitude sensível na atenção à mulher em situação de violência poderá desencadear baixa estima e

sentimento de exclusão, o que, muitas vezes, gera a perda de confiança nos serviços (A8, A10).

Assim sendo, dentre tantos aspectos envolto na violência, a mulher que é comumente alvo de tantas formas, ainda é vulnerável à violência institucional. Situação essa que as submete a constrangimentos nos serviços de saúde, e limita total ou parcialmente, sua cidadania em todos os níveis de hierarquia social²⁰.

A necessidade de refletir tais questões no âmbito dos serviços se torna imprescindível, visto que a maioria dos profissionais de saúde precisa desenvolver a sensibilidade para lidar com as queixas trazidas pelas mulheres. Por vezes, estas são rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras. Assim, os processos patológicos que sugerem associações à violência e ao sofrimento psicoemocional não são abordados de forma integrada e humanizada, tornando, por vezes, a assistência ineficaz (A9).

A causa da procura ao serviço de saúde é mascarada por outros problemas e sintomas, que isoladamente não se caracterizam com elementos de diagnóstico de violência. Portanto, cabe ao profissional de saúde estar despido de preconceito e ter preparo técnico e humanístico para

identificar e prestar uma assistência adequada a essa mulher (A9).

Nesse sentido, algumas produções compreendem a importância do preparo técnico e emocional do profissional para não só identificar as possíveis situações de violência contra a mulher, como também proceder a uma escuta sensível, que permita a realização do acolhimento.

É necessário um movimento por parte dos profissionais para saírem da impotência e se tornarem novos agentes de mudança social, capazes de dar uma direção para as mulheres que vivem em situação de violência (A4-5).

Olhar para tais questões requer (re)pensar possibilidades e desafios.

Dentre os quais está a necessidade de preparar e capacitar profissionais e formar equipe multiprofissional, que discuta e implemente programas de atendimento à mulher em situação de violência no país com vistas a proporcionar maior autonomia à mulher e aos profissionais, favorecendo o trabalho colaborativo e interativo (A11).

Além de abordar o fenômeno da violência de forma multidisciplinar, devendo ser, ao mesmo tempo, social, epidemiológica, psicológica e biológica (A12 -13).

Os estudos assinalam para a necessidade de os profissionais de saúde obterem formação relacionada à problemática da violência, para isso é imprescindível que os serviços assumam uma postura de responsabilização, bem como desenvolvam uma estrutura de atendimento voltado à identificação e ao acompanhamento terapêutico das situações de violência (A9, A14). Ainda o aprimoramento e a educação permanente configuram-se como elementos essenciais, que refletem positivamente na atuação profissional (A15).

Ressalta-se, a urgência das instituições e dos órgãos formadores de profissionais da saúde compreenderem a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública.

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, bem como faz-se necessário, abordar a questão de forma sistematizada em processos de educação permanente nas instituições⁸.

Salienta-se a indicação da promoção de um cuidado personalizado, da capacitação dos profissionais para lidar com as questões relacionadas às

desigualdades de gênero e da preparação para a abordagem cultural dessa situação (A6). Compreender as relações de gênero como substrato das situações de violência possibilita um novo olhar sobre as questões que emergem do cotidiano dos serviços de saúde (A12).

Da mesma forma ressalta-se a importância de engajar as mulheres no enfrentamento das situações de violência. Há necessidade de ações de promoção e educação em saúde para mulheres, incluindo toda a rede que integra o atendimento, principalmente no que diz respeito aos direitos e ao caminho a ser percorrido pela mulher (A5). Nesse sentido, refletir e potencializar questões acerca da prevenção da violência perpassa pelo desenvolvimento de ações de educação em saúde que promovam o empoderamento das mulheres.

CONCLUSÃO

Este estudo encontrou um modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência que reforça o tecnicismo e reducionismo biológico, características da visão cartesiana da vida que ainda vigora no modelo de saúde, a despeito da Reforma Sanitária em vigor no Brasil. Esse modelo limita o reconhecimento da complexidade da situação de violência, que envolve seus aspectos sociais, culturais, econômicos e

de gênero. Tais limites se somam não só às condições estruturais físicas e humanas das instituições, como também às condições organizacionais.

Os artigos analisados apontaram os serviços de saúde como porta de entrada das mulheres em situação de violência e os profissionais como aqueles que atendem as demandas desse segmento. Destacaram a implicação da falta de preparo do profissional, a qual repercute em uma atenção fragmentada e pouco resolutiva.

Vislumbra-se a necessidade de qualificação das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar na atenção à saúde dessas mulheres. Para tanto, uma possibilidade está no fortalecimento de redes de apoio intersetoriais e interinstitucionais.

O desafio perpassa pela articulação da co-responsabilidade do Estado, dos serviços de saúde, da comunidade e da família no enfrentamento dessa problemática.

Ressalta-se o compromisso da academia na formação de profissional com competência técnica e humanística, que valorize a subjetividade, a sensibilidade, a escuta e o diálogo. O que converge com os princípios do Sistema Único de Saúde e das Políticas Públicas, como diretrizes fundamentais no direcionamento da

atenção à saúde das mulheres em situação de violência, consolidando avanços no conceito ampliado de saúde.

Faz-se relevante o investimento dos profissionais em ações de educação em saúde que minimizem a vulnerabilidades dessas mulheres e promovam o seu empoderamento. Essas ações visam estimular sua autonomia familiar, social e de cuidado à saúde para prevenir e enfrentar situações de violência em seu cotidiano.

Acredita-se, ainda, que a desconstrução social e cultural da relação desigual entre homens e mulheres seja fundamental na prevenção e combate da violência.

Os limites deste estudo em acessar somente a base de dados LILACS, com seleção de produções brasileiras de enfermagem com texto completo em suporte eletrônico, apontam a possibilidade de ampliação desta investigação.

Outros estudos podem ser desenvolvidos contemplando outras bases de dados, inclusive internacionais, bem como outras áreas de conhecimento que confirmem contribuições para o campo de ação e produção do conhecimento na temática de violência contra as mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 23-47.
2. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
3. 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 2010 out 10];3(3):33-42. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/153>
4. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência contra a Mulher. Brasília (DF): Presidência da República; 2007.
5. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):604-10.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França J, Pinto AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):470-7.
7. 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):Ministério da Saúde; 2007.
8. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(4):609-16.
9. Oliveira EM, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. Rev Rene. 2007;8(2):93-100.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. 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 2010 jun 06]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/DireitosdaMulher/convencaointeramericanaaparaprevenir-punir-e-erradicar-a-violencia-contra-a-mulher-qconvencao-de-belem-do-paraq-1994.html>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
13. Moraes SCR, Monteiro CFS, Rocha SS. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. Texto Contexto Enferm. 2010;19(1):155-60.
14. Penna LHG, Carinhonha JI, Rodrigues RF. Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua na ótica dos profissionais cuidadores do abrigo. Rev Eletr Enf. [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 fev 08]; 12(2):301-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a11.htm>.
15. Ministério da Saúde (BR) Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde (DF): Ministério da Saúde; 2004.

16. Vieira LB, Landerdahl MC, Padoin SMM. Identification and referrals given to situations of violence against woman by health professionals those work in a teaching hospital. Rev Enferm UFPE on line [periódico na Internet]. 2010 Abril/Jun [acesso em 2010 out 10];4(2):275-82. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/893/pdf_12

17. 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:

Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2000 Ago. 28-29; Salvador: ABRASCO; 2000.

18. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

19. Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):627-37.

20. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(Supl. 2):263-72.