



Artigos Originais

Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à violência conjugal: analisando o processo de trabalho em saúde

Nurse of the Family Health Strategy to marital violence: analyzing the work process in health

Italla Maira Pinheiro Bezerra¹

Wilma Lima do Nascimento²

Caroline Antero Machado²

Maria de Fátima Antero Sousa Machado³

¹Mestre, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB - Brasil

²Cirurgiã Dentista, Fortaleza, CE – Brasil

³Professora Adjunto, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE - Brasil

RESUMO - A violência contra a mulher é um sério problema de saúde pública que vem se agravando, causando malefícios na saúde física, mental e sexual da mulher, necessitando, portanto, do preparo dos profissionais de saúde para lidar com esta problemática, principalmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nessa perspectiva, objetivou-se conhecer o enfrentamento do enfermeiro no atendimento a mulheres vítimas de violência conjugal na ESF. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida na ESF do município do Juazeiro do Norte-CE, tendo como informantes dez enfermeiras. Utilizou-se a entrevista como técnica para coleta do material empírico. Com finalidade de organização do material obtido, realizou-se uma análise do conteúdo dos mesmos, que permitiu a identificação de temas e construção das seguintes categorias: 1) Atendimento a mulher vítima de violência conjugal: a vivência das enfermeiras; 2) A busca pelo serviço e as condutas implementadas; 3) Instrumentos de capacitação profissional; 4) Política de atendimento a mulher vítima de violência: percepções. Evidenciou-se que a mulher violentada procura ajuda e orientação junto aos profissionais da ESF, porém as enfermeiras referiram receio em como conduzir situações de violência e ainda destacaram não se sentirem preparadas para este tipo de atendimento, mesmo tendo participado de capacitação sobre a temática. Nesse sentido, faz-se necessário assegurar de modo mais efetivo esta temática na formação dos profissionais de saúde, primeiro pela dimensão da problemática, segundo por ser uma realidade presente na ESF.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Saúde da Família; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT - Violence against women is a serious public health problem has been aggravating, causing harmful effects on physical health, mental and sexual status, requiring, therefore, the preparation of health professionals to deal with this problem, especially within the Strategy Family Health (ESF). From this perspective, aimed to know the face of the nurse caring for women victims of domestic violence in the ESF. This is a qualitative approach, developed in the city of ESF Juazeiro-EC, with ten nurses as informants. We used the interview as a technique to collect empirical data. With the purpose of organizing the material obtained, we carried out a content analysis of the same, which allowed the identification of themes and construction of the following categories: 1) Assistance to women victims of domestic violence: the experience of nurses, 2) The search for service and conduct implemented, 3) Instruments of vocational training, 4) service policy the woman victim of violence: perceptions. Showed that the abused women seeking help and guidance from professionals in the ESF, but nurses reported as driving fear in situations of violence and still outstanding do not feel prepared for this type of care, despite having participated in training on the subject. Thus, it is necessary to ensure the most effective way this subject in the training of health professionals, first by the size of the problem, the second being a present reality in the ESF.

Keywords: Domestic Violence; Family Health; Community Health Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e as doenças novas e, até mesmo as antigas, ilustram que as ações de cura dentro de um paradigma exclusivamente clínico não dão conta da complexidade das inúmeras relações do processo saúde-doença¹, destacando, pois, a questão da violência de gênero.

Segundo o Ministério da saúde² o fenômeno da violência de gênero, também chamada de violência contra a mulher, acontece no mundo inteiro atingindo

mulheres em todas as idades, graus de instrução, classes sociais, raças e etnias. Em seus aspectos de violência física, sexual e psicológica é um problema que está associado ao poder, onde de um lado impera

Autor correspondente

Italla Maira Pinheiro Bezerra

Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão de Saúde, João

Pessoa, PB - Brasil, CEP: 58051-900

Email: itallamaria@hotmail.com

Artigo encaminhado 14/01/2012

Aceito para publicação em 05/04/2012

o domínio dos homens sobre as mulheres, e de outro lado, uma ideologia dominante, que lhe dá sustentação.

Estudos realizados pela Secretaria de políticas de saúde³ em diferentes países demonstram que um dentre quatro casais há violência de maridos ou companheiros contra esposas. Devido a estes dados, a violência nas relações de casal está assumindo um caráter endêmico no mundo. No Brasil, particularmente, um número estimado em 300.000 mulheres referem ter sido agredidas fisicamente por seus maridos ou companheiros a cada ano. A maioria das mulheres assassinadas no Brasil foi morta por seus parceiros íntimos.

Corroborando com as ideias de Guedes, Silva, Coelho⁴, a violência, quando praticada contra a mulher, por ser uma questão de gênero, assume um diferente enfoque, uma vez que, na grande maioria dos casos, o agressor é alguém do sexo masculino, seu parceiro ou cônjuge. Sendo assim, essa violência é resultado de relações de poder construídas ao longo da história pela desigualdade de gênero e consolidadas por uma ideologia patriarcal e machista.

Estudos sobre atendimentos nas emergências dos hospitais de 35 cidades nos 27 estados, apontam que a violência em casa tem sido a causa de um grande número de atendimentos de emergência entre mulheres. No Ceará, foram contabilizados 93 assassinatos de mulheres no ano de 2008. Somente nos três primeiros meses de 2009, já se chegou à marca de 24 mortes violentas no Estado⁵.

Diante ao exposto, compreende-se que a violência de gênero é um sério problema de saúde pública que vem gradativamente se agravando, assim como uma violação dos direitos humanos, causando malefícios na saúde física, mental e sexual da mulher. Sabe-se ainda que os profissionais de saúde muitas vezes são os primeiros a assistirem essas mulheres após um episódio de violência, o que implica a importância das tecnologias do processo de trabalho em saúde precisarem ser eficazes para assistir as necessidades destas mulheres.

Assim, ressalta-se que a nova abordagem social do processo saúde-doença da mulher, requer um enfoque diferenciado à saúde da mulher na Atenção Básica, considerando o impacto da violência doméstica na saúde de suas vítimas⁶.

Porto⁷ revela que as mulheres ao serem vítimas de violência procuram mais os serviços de saúde, entretanto, apesar de frequente, a busca pelos serviços da Atenção Básica ainda é pouco resolutiva,

uma vez que os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento, realizando encaminhamentos automáticos e não efetivos, o que indica a falta de habilidade e competência para lidar com a situação.

Partindo, pois, do pressuposto que a violência contra a mulher é um dos aspectos inseridos no âmbito da saúde coletiva, e que muitas vezes os profissionais de saúde se defrontam com esta realidade, faz-se necessário que esses detenham conhecimentos que possibilitem conduzir o atendimento necessário às mulheres que sofrem este tipo de agressão. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), representa uma dessas realidades e a Equipe de Saúde da Família precisa estar preparada para o enfrentamento dessa situação.

O enfermeiro como membro desta equipe, precisa estar atento, bem como capacitado a atuar neste cenário, tendo em vista a formação prevista para este profissional que requer dele um olhar voltado para a promoção da saúde. Surgem então alguns questionamentos que norteiam esta pesquisa, tais como: O enfermeiro sente-se preparado (a) para atuar diante de casos de violência contra a mulher? Qual atuação do (a) enfermeiro (a) frente a situações de violência contra a mulher? Este profissional conhece os órgãos responsáveis de assistência à mulher?

Em decorrência da dimensão desta problemática enfatizada nas reflexões destacadas neste estudo, objetivou-se conhecer o enfrentamento do enfermeiro (a) no atendimento a mulheres vítimas de violência conjugal na Estratégia Saúde da Família.

Este estudo, sobretudo, tem como relevância contribuir tanto com a sociedade civil como aos profissionais de saúde a refletirem sobre a violência sofrida pela mulher na relação conjugal.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata Estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa realizado na Estratégia Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

Os participantes da pesquisa foram dez enfermeiras da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município.

Para obtenção do material empírico foi realizada uma entrevista semi-estruturada a qual abordava sobre habilidades do processo de trabalho em saúde frente a situações de violência contra a mulher.

Com finalidade de organização do material obtido nas entrevistas, realizou-se uma análise do conteúdo dos mesmos, baseando-se nos depoimentos, utilizando-se do método de análise de conteúdo, na perspectiva de Minayo⁸.

As informações foram categorizadas, analisadas e interpretadas à luz da literatura revisada para a pesquisa.

O estudo respeitou todas as recomendações formais advindas da Resolução n°196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁹ referente a estudos envolvendo seres humanos. Para tanto o presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte-FMJ, sendo aprovado com o parecer 085.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização dos informantes

Os informantes do estudo foram dez enfermeiras das Equipes de Saúde da Família. A faixa etária dessas variou de 24 a 33 anos; o tempo de formação das profissionais variou de um ano e oito meses a 11 anos; e o tempo de vivência na Unidade de Saúde, foi de seis meses a sete anos. Das dez entrevistadas oito enfermeiras tinham especialização na área da saúde coletiva, quer seja em cursos de especialização em saúde pública ou saúde da família.

Um aspecto que merece ser destacado é o fato da maioria das entrevistadas ter feito alguma especialização. Nessa perspectiva, a capacitação desses profissionais é de suma importância para que estes adquiram conhecimento e estratégias que contribuam no desempenho de suas ações junto à clientela. Assim, considera-se relevante essa capacitação dos profissionais de enfermagem para atuarem na ESF, a fim de prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação¹⁰.

O tempo de inserção das profissionais na ESF é importante para a compreensão da dinâmica da Estratégia, bem como, é imprescindível para a formação do vínculo com a comunidade. Para o estabelecimento do vínculo, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento, passando o paciente a tê-lo como

referência fazendo até confidências depois de compreender seu trabalho.

O vínculo é consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde por consequência das visitas domiciliares, que facilita a adesão da população ao serviço de saúde. A população se sente melhor cuidada, pois a equipe intervém com visão mais ampliada pelo conhecimento da população, estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive corresponsabilizando a população pelo seu próprio bem-estar.

Desta forma, a população se compromete com as atividades propostas e permite que o vínculo seja estabelecido quando se sente satisfeita com os serviços de saúde, elevando assim, a qualidade de vida e promovendo a disseminação do programa pelo País. Esses fatores contribuem para a promoção da saúde da comunidade e reduzem o índice de internações hospitalares¹¹.

Partindo da orientação metodológica de análise, foram identificados temas que se referem ao processo de trabalho em saúde dos enfermeiros frente à violência de gênero do profissional, permitindo a construção das seguintes categorias: 1) Atendimento a mulher vítima de violência conjugal: a vivência das enfermeiras; 2) A busca pelo serviço e as condutas implementadas; 3) Capacitação profissional: necessidades apontadas; 4) Política de atendimento a mulher vítima de violência: percepções.

3.2. Atendimento a mulher vítima de violência conjugal: a vivência das enfermeiras

Quando investigado junto às enfermeiras acerca da vivência com o atendimento de mulheres vítimas de violência conjugal, os depoimentos apontaram experiências que denotam a presença dessa realidade, como indicam a seguir:

(...) ela veio aqui no dia de prevenção com o olho roxo, com hematomas no corpo e acabou desabafando comigo que o ex- namorado dela tinha violentado sexualmente; no caso tinha feito todo tipo de sexo a força. (Enf-3).

(...) Um caso de uma paciente que em uma consulta ginecológica contou que tinha medo de ter alguma doença, pois o marido dela obrigava a manter relações sexuais com ela (...). (Enf-5).

(...) Maridos que muitas vezes exigem que a esposa mantenha relação sexual sem a mulher querer naquele dia, muitas vezes exige que não querem ter relação com camisinha. (Enf-6)

3.3. A busca pelo serviço e as condutas implementadas:

As enfermeiras entrevistadas descrevem como conduziram os casos de violência contra a mulher por elas atendida, e seus depoimentos reforçam esta realidade no cotidiano de sua prática.

(...) Nós prestamos os primeiros atendimentos e encaminhamos para a emergência no hospital da cidade. (Enf-1)

Conversei com ela e expliquei que ela tinha vivenciado um tipo de violência, mas ela não queria que ninguém ficasse sabendo(...). (Enf-3).

Orientando, e quando existe um caso de DST, encaminho para os locais específicos, para ser orientada quanto aos direitos (...). (Enf-7)

(...) tentei aliviá-la por que ela estava muito depressiva e me propus a ir à delegacia com ela até por que já existia a Lei Maria da Penha, só que ela não quis ir(...). (Enf-10)

3.4. Capacitação profissional: necessidades apontadas:

Quando investigado junto às enfermeiras acerca da capacitação no atendimento a mulher vítima de violência conjugal, mesmo afirmando ter recebido algum tipo de capacitação, referiram não se sentirem preparadas para atender esta clientela:

Não tenho capacitação para esse atendimento. O suporte para atender uma lesão nem eu nem a unidade estamos preparados (...) a minha ação fica restrita porque meu campo de ação é muito limitado. (Enf-1)

(...) Já fiz muitos cursos sobre essa temática mas sempre achei um assunto muito delicado, e não me sinto preparada. (Enf-2)

Na verdade não sei se me sinto preparada para este tipo de atendimento, não é porque não saberia agir diante da situação é por não saber o que se espera da reação da mulher. A gente vê que na prática é só mesmo notificar e pronto. (Enf-4)

(...) É muito complexa a questão social, muitas vezes são pessoas muito carentes e a gente de verdade não tem capacitação. (Enf-7)

3.5. Política de atendimento a mulher vítima de violência: percepções

Quando indagado sobre o conhecimento das enfermeiras a respeito da política de atendimento à violência conjugal estas denotam conhecimento nos discursos, que estão apresentadas a seguir:

Eu sei que tem a Lei Maria da Penha e acho que precisa melhorar muito, assim como sei que existe a questão da inserção desta temática na atenção básica e a capacitação desses profissionais para atender essa demanda. (Enf-3)

Conheço, mas isso tudo na prática não é realizado(...). (Enf-4)

Sim, tivemos reunião na Secretaria de Saúde sobre o assunto e participei de fórum de violência, mas não me sinto preparada para esse tipo de atendimento. (Enf-5)

Sim, mas praticar não, porque quando atendo essas mulheres muitas vezes você não coloca no prontuário e acaba perdendo a rotina daquela mulher. (Enf-6)

4. DISCUSSÃO

Ao buscar, neste estudo, conhecer o enfrentamento do enfermeiro (a) no atendimento a mulheres vítimas de violência conjugal na Estratégia Saúde da Família, os resultados evidenciaram que além dos fatores relacionados à organização dos serviços, existe uma forte influência da cultura e do conhecimento das enfermeiras envolto à decisão que devem tomar diante dessas mulheres.

Conforme evidenciado, as enfermeiras confirmaram ter atendido casos de violência de diversas formas, desde uma agressão verbal até mesmo violência com instrumento cortante, identificando a violência contra a mulher no momento do atendimento, com maior frequência na consulta ginecológica, quando na identificação de lesão.

A Organização Mundial de Saúde conceitua violência como qualquer ato de violência baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher; inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade sejam na vida pública ou privada¹².

Assim, o conceito de violência, assume diversas dimensões; a violência não só é o produto de um ato da força física, ela ocorre também quando a pessoa encontra-se em uma situação de negligência que possa resultar em iminente perigo de morte, de privação ou sofrimento.

Desta forma, sendo a violência concebida como um fenômeno socialmente construído, esta é representada de forma diferente entre as sociedades e entre os grupos de uma mesma sociedade. No contexto das mudanças culturais provocadas pela sociedade pós-industrial, a família reconfigurou seus papéis com uma distribuição desigual de autoridade e poder e uma maior fragilidade de diálogo¹³.

A violência contra a mulher está incluída no tipo de violência que a Organização Mundial de Saúde reconhece como “violência contra parceiros íntimos”. A partir de dados de um estudo sobre população em todo o mundo, foi evidenciando que até 69% de mulheres comunicaram ter sofrido maus-tratos físicos, sexuais e psicológicos por parceiros íntimos, por longo período de tempo¹⁴.

Vale destacar que os serviços de saúde fazem parte da rota percorrida por grande parte de mulheres vítimas da violência doméstica. Contudo, nesses serviços, muitas vezes, não se valorizam as agressões, mas a lesão ou o dano causado por ela, uma vez que a lesão constitui o problema específico da área da saúde, sobretudo no enfoque hegemônico do modelo de assistência cartesiano e exclusivamente biologicista¹⁴.

Desse modo, mesmo a violência sendo reconhecida não é devidamente valorizada nos serviços de saúde, favorecendo na sua invisibilidade como fenômeno social interferindo no processo saúde-doença. Nesse contexto, a violência doméstica praticada contra as mulheres constitui um problema de saúde pública e coletiva e, como tal, requer a articulação dos serviços de saúde com outras instituições, como as Secretarias de Segurança e Delegacias da Mulher. Requer também uma reformulação na área da educação, na formação dos Recursos Humanos e a adoção de estratégias para o enfrentamento do problema em foco¹⁵.

Como observado, as enfermeiras têm conduzido de diversas formas os casos de violência conjugal atendidos na ESF. Desde orientações até encaminhamentos para serviços especializados tanto do setor saúde, bem como a delegacia da mulher para os procedimentos cabíveis, no entanto relatam não estarem preparadas para a assistência a essas mulheres.

A prevenção da violência contra a mulher deve estar inserida em ações de comunicação, culturais e econômicas, que sejam capazes de gerar uma consciência coletiva e um compromisso frente aos problemas de discriminação e desigualdades aos que estão submetidos a diferentes grupos populacionais³.

Um passo importante para o combate à opressão feminina e à violência conjugal é o fomento ao desenvolvimento da igualdade como conteúdo no âmbito da educação, desde o nível de escolaridade mais simples ao mais complexo da formação profissional das diversas categorias profissionais que apresentam intercessão com a área da saúde¹⁵.

Ao confirmar as consequências que a violência traz para a saúde das mulheres, ressalta-se a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para lidar de forma sensível e eficaz com as mulheres vítimas de violência que buscam os seus cuidados. Destacam também que seu enfrentamento não deve ser centralizado no tratamento de suas consequências, mas na sua prevenção primária¹⁵.

Assim, é imprescindível que o enfrentamento da violência de gênero no interior dos serviços sejam implementados considerando um agir ético com escuta qualificada e orientações em saúde, o estabelecimento do vínculo e da responsabilização, a valorização do processo saúde-doença na sua interface social. Deste modo, conduzindo sob esta perspectiva, os profissionais estarão conduzindo suas práticas privilegiando não apenas o adoecimento, mas o contexto de vida das mulheres em situação de violência de gênero⁶.

Em 07 de agosto de 2006 foi aprovada a Lei 11.340 - Lei Maria da Penha que veio saldar os compromissos do Estado Brasileiro com as mulheres e com a comunidade internacional. Antes da nova Lei, os crimes de violência contra as mulheres, cujas penas não ultrapassavam dois anos, eram considerados “delitos de menor potencial ofensivo” e julgados pela Lei 9099/95¹⁶.

A Lei 11.340/2006 vem resolver esse conflito legislativo, adequando-se à Convenção de Belém do Pará, ao retirar a competência dos Juizados Criminais para julgar os delitos de violência doméstica contra as mulheres e ao determinar a criação dos Juizados Especiais de Violência Doméstica Familiar e contra as mulheres. Fruto da necessidade de por fim à impunidade dos crimes cometidos contra as mulheres no âmbito doméstico e familiar e da mobilização dos movimentos de mulheres em todo o País, esta Lei nasceu de um amplo debate social promovido, inicialmente pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SPM e, posteriormente, pelo Congresso Nacional, com audiências públicas em todas as regiões do país. A Lei aprovada é, portanto, fruto de um rico processo democrático¹⁷.

Tendo em vista a necessidade de um trabalho emancipatório de caráter social, vale ressaltar que o processo de trabalho em saúde frente à violência de gênero deve ir além do aspecto técnico, sendo imprescindível que o profissional tenha uma formação de caráter político, o que implica a transformação da assistência de um olhar biomédico para uma assistência que requer um posicionamento sobre as questões de gênero, o que no momento os exige da

responsabilidade de atuar e buscar transformação na realidade imediata, mais concreta⁶.

Nesse sentido, acredita-se que os profissionais de saúde, especialmente os inseridos na ESF, pelo que se propõe o atendimento desta estratégia, devem dar resposta aos problemas de saúde da população, precisam deter conhecimentos acerca tanto do aspecto legal, bem como dos tipos e formas de conduzir essa problemática.

Em relação à capacitação das enfermeiras na assistência a mulheres vítimas de violência, estas, mesmo afirmando terem recebido algum tipo de capacitação, referiram não sentirem-se preparadas para atender esta clientela.

Como já abordado neste estudo, as profissionais de saúde encontram-se em posição estratégica para detectar os riscos e possíveis situações de violência, uma vez que as mulheres procuram os serviços de saúde em consequência de danos físicos ou emocionais. No entanto, em muitas situações, o problema da violência fica oculto, e o tratamento se encaminha para os sintomas que compreendem desde palpitações, ansiedade, insônia e alterações digestivas, decorrentes desse contexto. Sem conhecer mais da história de vida dessa paciente, o tratamento pode ajudar, porém, a causa do sofrimento continuará¹⁸.

A reprodução dos atendimentos que os profissionais dispensam à mulher, sem se dar conta da situação de violência que a mesma está envolvida, decorre da falta de capacitação e sensibilização durante a formação profissional e nos serviços que por sua vez, fecham os olhos a esse problema de Saúde Pública¹⁹.

Portanto, a atenção à saúde da mulher por meio de um trabalho profissional com potencial emancipatório da opressão de gênero implica na capacitação dos profissionais para viabilizar o empoderamento de mulheres que buscam os cuidados daqueles profissionais⁶.

Em relação às habilidades dos profissionais para reconhecerem precocemente os casos de violência contra a mulher, é necessário que os serviços se articulem com os centros de referência especializados, sendo eles as casas-abrigo, delegacias especializadas e outros centros de referência. Dessa forma, o profissional, ao prestar o primeiro atendimento, ficaria responsável pelas orientações, acompanhamento e se necessário, encaminhamento para um local especializado¹⁹.

Portanto, além dos profissionais de saúde necessitar de formação relacionada à problemática da

violência, é imprescindível que os serviços assumam uma postura de responsabilização, bem como desenvolvam uma estrutura de atendimento voltado à identificação e acompanhamento terapêutico das situações de violência¹⁹.

Nesse sentido, observa-se que os profissionais de saúde, por muitas vezes, representam a única chance de ajuda para mulheres em situação de violência e, se isso não for compreendido, é possível que essas situações não sejam desveladas. Contudo, os serviços de saúde e até mesmo os centros educacionais, necessitam de uma política de atendimento que auxilie na visibilidade da problemática. Profissionais qualificados na identificação de tais situações e serviços articulados intersetorialmente configuram uma possibilidade do rompimento da cadeia de violência que interliga as pessoas que a ela são submetidas.

Desta forma, é importante ressaltar que atualmente, o modelo de atenção tendo como centro a família, coloca os profissionais de saúde em posições estratégicas que permitem o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem a conscientização e o empoderamento das mulheres para desconstruir a desigualdade estabelecida e reconstruir relações equitativas de gênero¹⁵.

Ao abordar sobre a política de atendimento, a maioria das enfermeiras afirmou deter esse conhecimento, mas muitas vezes os depoimentos denotam que na prática não se envolvem muito com o problema, restringindo-se somente a proceder às orientações as vítimas.

Sabe-se que a Política Nacional para as mulheres orienta-se pelos princípios da igualdade e respeito à diversidade, princípio de equidade, da autonomia das mulheres, da laicidade do estado, da universalidade das políticas, da justiça social, da transferência dos atos públicos, da participação e controle social²⁰.

Assim, segundo essa Política Nacional, as mulheres e homens são iguais em seus direitos; o acesso de todas as pessoas aos direitos universais deve ser garantido com ações de caráter universal, mas também por ações específicas e afirmativas voltadas aos grupos historicamente discriminados; deve ser assegurado às mulheres o poder de decisão sobre suas vidas e corpos, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e país; as políticas públicas do Estado devem ser formuladas e implementadas de maneira independente de princípios religiosos, de forma a assegurar efetivamente os direitos consagrados na Constituição Federal e nos diversos instrumentos intencionais

assinados e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas; as políticas devem ser cumpridas na sua integralidade e garantir o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais, e ambientais para todas as mulheres; entre outros²⁰.

Diga-se, ao final, que tais políticas públicas devem visar o mesmo, qual seja a equidade entre homens e mulheres, constituindo, destarte, um caminho digno e sério para alterar a violência em geral e de gênero em particular, fiscalizando o fiel cumprimento destas políticas citadas, sem se esquecer que o objetivo maior somente será cumprido com a plena e total participação da sociedade civil como um todo.

Assim, as ações em saúde para as mulheres em situação de violência demandam uma intervenção que precisa de um novo parâmetro do que é ser mulher, e este parâmetro redefinindo o que é saúde, atenção e assistência em saúde, fundado em uma perspectiva de gênero mais internalizada que problematize e contextualize a questão¹⁴.

Conhecer a política voltada ao atendimento de mulheres vítimas de violência conjugal pode ser um caminho a seguir pelos profissionais para a concretização de um trabalho humanizado dentro da Estratégia Saúde da Família.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, apreende-se que a violência contra a mulher é um problema cuja solução depende de profissionais de diferentes campos de atuação, como também de uma efetiva mobilização de órgãos públicos e da sociedade civil, de tal forma que viabilizem a construção de ações e serviços, gerando novas atitudes de compromisso e colaboração em relação ao problema.

Entende-se que o envolvimento dos profissionais de saúde com a temática estudada, representa um desafio para os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, tendo em vista a aproximação desses com a população, bem como, com os problemas do seu cotidiano, entre esses, a violência contra a mulher. Isto certamente requer desses profissionais preparo para lidar com essa realidade, portanto, deve ser um esforço por parte desses e gestores, a capacitação para atuarem diante desta realidade.

Faz-se necessário e urgente assegurar de modo mais efetivo esta temática na formação dos profissionais de saúde, primeiro pela dimensão da

problemática, segundo por ser uma realidade presente na Estratégia Saúde da Família, contexto de inserção desses profissionais.

Desataca-se a importância que não apenas enfermeiros, mas os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família possam refletir sobre a conduta necessária à assistência à mulher vítima de violência, a fim de promover mudanças estratégicas que aperfeiçoem a qualidade e, conseqüentemente, a resolutividade de sua atuação. É necessário que se implemente ações que facilitem o acesso da mulher ao serviço, no sentido de gerar, nos profissionais, um senso de responsabilidade em relação ao acolhimento dessas, proporcionando maior efetividade ao serviço.

Para tanto, torna-se necessário à mudança do processo de trabalho de olhar biomédico para um olhar emancipatório com enfoque no processo saúde-doença, tendo, sobretudo, um caráter político, no sentido de viabilizar uma assistência considerando a realidade destas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. *Rev Brasileira Promoção Saúde* 2006; 19(3): 182-7
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas Contra as Mulheres – Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: Dialogo sobre a Violência Doméstica e de Gênero: Construindo Políticas para as Mulheres – Brasil; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviços – Cadernos de Atenção Básica n 8º: Serie A- Normas e Manuais técnicos, nº131. Brasília; 2001.
4. Guedes RN, Silva ATMC, Coelho EAC. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. *Revista Eletr de Enf* 2007, 9(2): 362-78.
5. Diário do Nordeste (CE). Violência contra mulher cresce no Nordeste. Fortaleza; 2009.
6. Almeida LR, Silva ATMC, Silva CC, Sousa JÁ, Lucena KDT. A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica. *Saúde Debate* 2011, 35(90): 396-404.
7. Porto M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia: Ciência Profissão* 2006; 26(3): 426-39.
8. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde- Brasília; 1996.
10. Bezerra IMPB, Machado MFAS. Comunicação no processo educativo desenvolvido pelos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. Crato: Departamento de Enfermagem. Universidade Regional do Cariri-URCA; 2008.
11. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 727-33.
12. Organização Mundial de Saúde (OMS): Relatório Mundial sobre violência e saúde, Genebra; 2002.

13. Batista C, Basso E, Cocco M, Geib LTC. Representações sociais dos adolescentes acerca da violência doméstica. *Rev Eletr Enf* 2004; 6(3):350-57.
14. Coelho EAC. (Tese). Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
15. Lucena KDT, Silva ATMC. (Monografia). A abordagem de gênero no contexto de trabalho no Programa de Saúde da Família no município de João Pessoa. João Pessoa: Departamento de Enfermagem; UFPB, Brasil; 2008.
16. Azevedo RG. A informalização da justiça penal e a Lei 9.099/95 – Entre a rotinização do controle social e a ampliação do acesso à justiça". *Rev Bras Ciências Criminais* 2000, (31):311-24.
17. Dias MB. A Lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2007.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. 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.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulher – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2004.