



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

Jéssica de Souza Lopes

**Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica:
revisão sistemática a partir da promulgação da Lei Maria da Penha.**

**Brasília
2014**



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

Jéssica de Souza Lopes

**A Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica:
revisão sistemática a partir da promulgação da Lei Maria da Penha.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da
Faculdade de Ceilândia da Universidade de
Brasília, como exigência parcial para
obtenção do título de bacharel em Saúde
Coletiva. Sob orientação da Professora Dr^a
Sílvia Badim Marques.

Brasília
2014

Jéssica de Souza Lopes

A humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica: revisão sistemática a partir da promulgação da Lei Maria da Penha.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília - UnB, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. D.^{ra} Silvia Badim Marques

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia.

Prof. D.^{ra} Maria Inez Montagner

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia.

Prof. D.^r Miguel Ângelo Montagner

Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia.

Brasília

2014

*Dedico este trabalho com toda minha paixão pela Saúde Coletiva,
às mulheres vítimas de violência; aos futuros sanitaristas que farão
a diferença por onde passarem; e a minha mãe amada,
Simone, por que foi quem estive ao meu lado nas horas que chorei
e nas horas que sorri, nas horas que me lamentei e
nas horas que demonstrei total alegria.
A você mamãe, pelo seu sorriso diário, sem mágoas nem rancores,
que vive de peito aberto, de alma explosiva.
Agradeço pelos meus dias de mau humor, que você me acalmou em seu colo.
Hoje quero agradecer e dedicar esse trabalho porque você fez,
faz e fará sempre parte da minha história!
Você é sempre maravilhosa.
Você é a melhor do mundo em ser a melhor mãe!
Obrigada por me dar a vida, minha vida.*

Agradecimentos

Gratidão é um sentimento de reconhecimento, uma emoção por saber que uma pessoa fez uma boa ação, um auxílio, em favor de outra. Gratidão é uma espécie de dívida, é querer agradecer a outra pessoa por ter feito algo muito benéfico para ela. Gratidão ocorre sempre que alguém faz algo que o outro gostaria que acontecesse, sem esperar nada mais em troca, e isso faz com que a pessoa que fez a ação se sinta feliz e a que recebeu também. A gratidão traz junto dela uma série de outros sentimentos, como amor, fidelidade, amizade e muito mais, acredito que a gratidão é um sentimento muito nobre.

Por isso, primeiramente agradeço a Deus e a minha espiritualidade, que juntos permitiram que tudo isso acontecesse. Ao longo de minha vida e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos da minha jornada como ser humano me mostraram força e superação para comigo mesma, e é a maior Fé que alguém pode conhecer e ter em sua vida.

A minha mãe, Simone Souza que é uma vida que chamo de minha vida, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Agradeço por ser tão guerreira e jamais ter me deixado desistir de tudo, principalmente da saúde coletiva. Por ser fundamental e essencial na minha construção como ser humano e como mulher, por me mostrar cada dia mais o quanto a vida vale a pena, e que o amor incondicional existe e é a melhor parte de nós. Amo você a todo instante como todo meu coração mamãe.

Ao meu noivo, Paulo Michel, por compartilhar, compreender e estar ao meu lado em todas as ausências, brigas e estresses nessa longa caminhada da graduação, principalmente na construção desse trabalho e ainda sim não desistir de nós. Mostrar-me o que é o amor e fazer o desejo de construir uma família nascer em mim. O meu sincero muito obrigado por ser o melhor amor, companheiro, amigo, que eu tive a sorte e a felicidade de encontrar tudo isso em você.

Ao meu padrinho Ailton Ferreira e minha madrinha Ione Ferreira, que sempre me incentivaram, apoiaram, corrigiram, acreditaram e cuidaram de mim como uma segunda mãe e um pai faz, sempre sou grata por ter vocês em minha vida.

Ao meu padrasto, Gilmar Peçanha, que me adotou com carinho e amor, me ajudou sempre que pedi e também por fazer feliz meu maior tesouro da vida.

Aos amigos de longa data : Rebert Felipe, Diego Senna, João Luiz Soares, Priscila Rodrigues, Jessica Lopes e Vasconcelos e ao Henrique Bittencourt (in memorian). A amiga Monalisa Guedes que compartilhou grandes momentos comigo esse ano.

À Universidade de Brasília, por me mostrar e me inserir em um mundo tão diferente e tão rico em conhecimento. E um muitíssimo obrigado a Faculdade de Ceilândia, que foi minha segunda casa por quatro anos e meio, me mostrou o que é luta e foco para se conseguir o que quer, e viver o resultado da sua luta é extremamente gratificante.

Agradeço a Saúde Coletiva por me mostrar e me inserir no movimento estudantil, não só o movimento SEM CAMPUS, mas a luta diária de estruturar esse curso pelo o Brasil todo.

Nessa luta grandes nomes se destacaram pra mim, que deixo de citá-los pois certamente esqueceria algum e com cada um aprendi muito a cerca da vida como um todo. A todos os membros das gestões do Centro Acadêmico de Saúde Coletiva - CASCO (Vem Com a Gente – 2012 e RenovAção - 2013) que contribuiu muito ao meu caráter, a vida acadêmica e a entender a liderança na prática. E também cada viagem, cada um que conheci dos outros estados, muito agradecida de ter compartilhado experiências exitosas com vocês. Aos maravilhosos Jéssika Silva, Weverton Vieira, Juliana Frazão, Andréia Puttini, Lívia Resende e Natalia Fernandes vocês se tornaram muito especiais no meu coração a partir de alguma dessas grandes viagens e posteriormente em grandes momentos indescritíveis (os vividos e os que serão vividos).

As amigas que espero levar pra vida inteira, e se der pra outra vida também, as melhores que fazem a diferença em todos os assuntos da vida: Mariane Sanches, Magda Machado, Gessika Cavalcante, Michelle Cordeiro e Mônica Lopes. Eu amo muito vocês, e obrigada por tudo do fundo do meu coração.

A cada um da minha turma de TCC 2, que passaram todos os maus bocados, agradeço por compartilhar as sensações dessa etapa com vocês. Em especial meus queridos Leonardo Passeri e Patrícia Magna, além de compartilhar matérias, sempre me animavam e me ajudaram quando precisei, sem vocês teria sido muito mais difícil essa reta final.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente pelo o ensino, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais, todos, terão os meus eternos agradecimentos.

Aos professores queridos Inez Montagner e Miguel Montagner, por terem lecionado com maravilhosa dedicação e por aceitarem compor a minha banca de avaliação. Em especial professora Clélia Ferreira, pela paciência, extrema calma e por acreditar em mim sempre. Sou uma grande admiradora do seu trabalho e dedicação, e você me inspira para as lutas do futuro.

A professora Mariana Sodário que me ensinou o quanto lutar pelo o que se acredita é muito importante e como a organização planejada é fundamental em grandes planos e processos que perpassam a vida. A professora Karine Wlasenko por me ajudar com paciência e quando mais precisei, na reta final. Muito obrigada não tenho como retribuir cada um de vocês.

E não menos importante, mas muito querida por mim, parte indispensável nessa construção, minha orientadora Silvia Badim. Uma flor que além de profissional me ensina conhecimentos através de suas experiências pra vida toda. Muito obrigada mesmo, pelos conselhos, afagos nos choros, paciência, companheirismo e principalmente muito carinho. Grande parceira, do meu coração muito obrigada por tudo!

Ao Núcleo de Estudos e Saúde Pública, ao comando das Dr.as Ana Valeria Mendonça e Maria Fátima Sousa, por me acolherem e me ensinarem muito a cerca da Saúde Coletiva e tantos aprendizados que levarei pra vida toda.

A todos que não foram citados diretamente ou indiretamente e fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado. E agradeço a mim também, por agüentar tudo (e com sucesso) pois grande parte dependeu de mim. Como citou um dos meus escritores preferidos, Sidney Sheldon (2007):

“As pessoas geralmente são negativas e sem coragem. Nada pode impedi-lo quando você estabelece o objetivo. Ninguém pode impedi-lo, a não ser você mesmo. Eu acredito nisso.”

*“Comigo não, violão
Na cara que mamãe beijou
"Zé Ruela" nenhum bota a mão
Se tentar me bater
Vai se arrepender (...)
Você não vai ter sossego na vida, seu moço
Se me der um tapa
Da dona "Maria da Penha"
Você não escapa”
(Alcione, Maria da Penha)*

RESUMO

A violência doméstica que ocorre com a mulher é um problema de saúde pública. A problemática se torna importante porque a mulher tem direito ao acolhimento humanizado e diferenciado pelo trauma sofrido. Mostrando a necessidade de se identificar e determinar o acolhimento humanizado presente quando estas aportam nos serviços de saúde. Este trabalho tem como objetivo geral identificar estudos sobre acolhimento a mulher vítima de violência doméstica capazes de garantir seus direitos a saúde integral e humanizada, identificando ainda qual o papel do profissional de saúde na garantia desses direitos. Realizou-se uma revisão sistemática sobre o tema nas bases de dados LILACS e SCIELO, ao final da qual foram selecionados dezenove (19) artigos, pelas combinações de três (3) dos cinco (5) descritores: Violência doméstica; Mulheres; Serviços de saúde; Humanização; Profissionais de saúde, no período de 2003 a 2013. Todos os artigos com o Brasil como país de assunto, em língua portuguesa e com o assunto principal sendo violência doméstica. Um dos resultados obtidos foi que no ano de 2012 houve cinco (5) publicações. Dezesesseis (16) dos artigos foram publicados após o ano de 2006, ano da promulgação da lei Maria Penha, comprovando o questionamento desse estudo, que foi o crescimento de publicações sobre humanização no acolhimento das mulheres que são vítimas de violência doméstica, a partir de 2006. A partir dos artigos analisados mostrou-se como os profissionais de saúde atendem às mulheres vítimas de violência doméstica realçando a falta de humanização. Os profissionais não são capacitados e orientados para darem o apoio que estas mulheres precisam. Por isso ainda são falhos em ajudá-las na garantia do direito à saúde integral.

Descritores: Violência doméstica; Mulheres; Serviços de saúde; Humanização; Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Domestic violence that occurs with women is a public health problem. The issue becomes important because the woman has the right to humane and differential host the trauma suffered. Showing the need to identify and determine the humanized host present when these aportam in health services. This work has as main objective to identify studies on host female victims of domestic violence can guarantee their rights to full and humanized health, even identifying the role of health professionals in ensuring these rights. We conducted a systematic review on the topic in the databases LILACS and SCIELO, the end of which nineteen were selected (19) articles, of combinations of three (3) of the five (5) descriptors : Domestic violence; women ; Health services; humanization ; Health professionals, from 2003 to 2013. All with Brazil as a matter of country in Portuguese and with the main subject being domestic violence. One of the results was that in 2012 there were five (5) publications. Sixteen (16) of the articles were published after 2006 , the year of enactment of the law Maria Penha, proving the questioning of this study , which was growth of publications on humanization in the reception of women who are victims of domestic violence, from 2006. From the analyzed articles showed up as health professionals meet the women victims of domestic violence highlighting the lack of humanization. The professionals are not trained and oriented to give the support that these women need. So are still flawed in helping them to guarantee the right to full health.

Keywords: Domestic violence; women; Health services; humanization; Health professionals.

Sumário

Introdução	página 12
Objetivo Geral e Objetivos Específicos	página 17
Referencial Teórico	página 18
Metodologia	página 30
Resultados	página 34
Discussão	página 40
Considerações Finais	página 49
Referências Bibliográficas	pagina 51

Introdução

O Direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, as outras pessoas tinham acesso a estes serviços como um favor e não como um direito. Durante a Constituinte de 1988, as responsabilidades do Estado são repensadas e promover a saúde de todos passa a ser seu dever:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação¹.

Há 26 anos o Brasil vem implantando o Sistema Único de Saúde, o SUS, criado para ser o sistema de saúde de mais de 200 milhões de brasileiros, sem nenhum tipo de discriminação. Engana-se os que pensam que o SUS se resume a consultas, exames e internações, etc. Nosso Sistema está alicerçado sobre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; e se estrutura sobre a concepção de universalidade e integralidade, abarcando todos os níveis de complexidade para todas as pessoas que deles necessitarem (MACHADO, 2007).

É universal porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades; e sem cobrar nada, sem levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social. Basta ser cidadão brasileiro, ou estrangeiro residente no país, para ter acesso ao SUS. É integral, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida e, sim, deve ser tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, em todos os níveis de complexidade, sempre respeitando a dignidade humana (SANTOS, 2005).

A ‘integralidade’ como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao se constituir como ato em saúde nas

¹ Constituição Federal de 1988, artigo 196.

vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (PINHEIRO, 2009).

A integralidade também é uma diretriz que orienta a maneira com que o governo organiza suas políticas de saúde e o seu conteúdo. Dentro de um sistema geral de saúde, por força do princípio, é necessária a criação de políticas especiais voltadas a problemas de saúde específicos e às necessidades diferenciadas de determinados setores sociais. O desenvolvimento desta compreensão está associado à interação entre movimentos sociais e instituições estatais. A relação entre estes impõe a alteração de escopo dos programas estatais para que estes efetivamente enfrentem o problema a que são voltados (MATTOS, 2001).

Um exemplo é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que, por pressão do movimento feminista, modificou a perspectiva da política de saúde das mulheres de seu público materno-infantil para uma política mais ampla. O Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica em 1983. A discussão pautava-se predominantemente sobre o controle da natalidade. O Ministério da Saúde teve um papel fundamental, pois influenciou o âmbito do Governo Federal e este por sua vez, se posicionou e defendeu o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as (BRASIL, 2013).

Trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também princípios norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas

ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. O direito à saúde da mulher – incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva – constitui-se como componente essencial dos direitos humanos, concepção refletida em diversos documentos produzidos nas conferências internacionais das Nações Unidas das últimas décadas (BRASIL, 2013).

Em 1990, a violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera tal ação um obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico e uma violação dos direitos humanos (MENEGHEL, 2011).

A violência em relação à mulher é referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 80, é denominado como violência doméstica e, na década de 90, os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero (BRASIL, 2011).

A violência contra a mulher é uma questão que incide diretamente nos direitos humanos. Este tipo de violência afeta milhões de mulheres ao redor do mundo, tanto nas nações desenvolvidas como nas em desenvolvimento as mulheres, em especial, são vulneráveis ao abuso físico e sexual, que decorrem frequentemente de circunstâncias sociais que permitem ou dão margem a tal violência. A violência contra a mulher acontece tanto na vida privada, nas famílias, nos relacionamentos íntimos, quanto na vida pública. Tal violência atravessa as barreiras sociais, culturais e religiosas (SOCHUM, 2006).

A violência contra a mulher pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema. Tipos de violência contra a mulher: de gênero, intrafamiliar, doméstica, física, sexual, psicológica, econômica ou financeira, institucional (BRASIL, 2002).

A violência doméstica contra a mulher ocorre na maioria das vezes em função da distribuição desigual de poder entre homens e mulheres, onde homens objetivam obter poder e controle sobre a mulher. Esse tipo de violência apresenta características transversais que perpassam a discussão de gênero, pois caracteriza um confronto entre a dimensão objetiva e subjetiva da realidade social. Estudos apontam os altos índices de homicídios provocados pelos diversos tipos de violência contra a mulher e mostram como a violência doméstica, em especial, vem crescendo nas últimas décadas (JORNAL REDESAUDE, 2000).

A violência doméstica contra as mulheres tornou-se um problema de saúde pública. A problemática torna-se importante porque a mulher tem direito ao acolhimento humanizado e diferenciado pelo trauma sofrido; e também ao acompanhamento mesmo depois do retorno ao seu contexto social. Por isso a necessidade de se identificar e determinar se o acolhimento humanizado está presente na temática do atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica que aportam nos serviços de saúde (Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica, 2006).

O acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada. Com base nesse conceito, o desenvolvimento do acolhimento como tecnologia essencial para a reorganização dos serviços caracteriza-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica (AB) e aos demais níveis do sistema. O acolhimento relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários (GUERRERO, 2013).

O tema tornou-se mais evidente após a promulgação da Lei nº 11.340 de 7 de Agosto de 2006, também denominada Lei Maria da Penha, hoje uma das principais ferramentas legais no enfrentamento a violência doméstica contra a mulher. A Lei Maria da Penha tem o objetivo de punir os casos de violência contra as mulheres. A sua execução questiona e, muitas vezes, retira o poder que, sócio historicamente, foi conferido aos homens. No entanto, muitas são as controvérsias para a sua aplicação, sobretudo, por ela estabelecer rupturas quanto à punição da violência de gênero, quando comparada às punições anteriores, que traziam penas brandas para agressões dessa natureza (SILVA, 2010).

Em acréscimo, a Política Nacional de Humanização (PNH), em vigor a partir de 2004 e com o objetivo de humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS, desponta como importante estratégia, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, da atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo. Nos serviços de saúde, a mulher vítima de violência, principalmente sexual e física, necessita de acolhimento, fator fundamental para a humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça um relacionamento de forma adequada entre o profissional e a usuária (HIGA, 2008).

Outra contribuição de destaque para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher foi a obrigatoriedade de preenchimento da ficha da notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, implantada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeita de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, respeitando leis e portarias já em vigor (WAISELFISZ, 2012).

A justificativa da escolha desse tema foi pra contribuir com literatura, a própria Lei Maria da Penha recomenda estudos e pesquisas sobre a temática violência doméstica e familiar contra a mulher (Gomes, 2012b).

Em virtude também de alertar sobre os altos índices de homicídios contra as mulheres, que nos 30 anos decorridos entre 1980 e 2010 foram assassinadas no país acima de 92 mil mulheres, 43,7 mil só na última década. O número de mortes nesse período passou de 1.353 para 4.465, que representa um aumento de 230%, mais que triplicando o quantitativo de mulheres vítimas de assassinatos no país. A partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde foram registrados no país 107.572 atendimentos relativos a Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências: 70.285 (65,4%) mulheres e 37.213 (34,6%) homens (74 não tem indicação de sexo da vítima). Praticamente dois em cada três atendimentos nessa área foram mulheres, o que resulta um claro indicativo dos níveis de violência hoje existentes contra as mulheres (WAISELFISZ, 2012).

Também trazer evidência a importância do acolhimento humanizado no atendimento as mulheres vítimas. Através desse constituiria um espaço de acolhimento e atendimento em saúde, orientação e encaminhamento jurídico a mulheres (COSTA, 2011).

Egberto Turato (2005) aponta que, no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas compreender seu significado individual ou coletivo para as pessoas. Por esse motivo, torna-se fundamental reconhecer o que os fenômenos de adoecimento e da vida, em sentido amplo, representam. Para o autor, “o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (TURATO, 2005. pag.509).

Este tipo de entrevista baseia-se na utilização de um questionário como instrumento de coleta de informações, o que garante que a mesma pergunta será feita da mesma forma a todas as pessoas que forem pesquisadas (AGUIAR; MEDEIROS, 2009).

Com a abordagem quali-quantitativa, os dois (2) artigos analisados (8,15) realizaram estudo transversal, Para se conhecer e compreender o papel das organizações sociais, em sua complexidade (...) neste caso, o interesse do pesquisador está voltado tanto para compreensão de um determinado processo social quanto para as relações estabelecidas entre variáveis (GODOI, BANDEIRA-DE-MELLO; SILVA, 2006).

Estudos sobre como profissionais de saúde atendem às mulheres vítimas de violência doméstica realçam que são muitos os desafios, constituindo-se tema complexo para o campo da Saúde Coletiva. Portanto, esse trabalho se torna importante contribuição para a Saúde Coletiva e para o SUS, porque a humanização no acolhimento à mulher vítima de violência doméstica ainda se apresenta como um tema escasso entre os debates contemporâneos.

Serão abordadas quatro discussões a respeito do tema. A primeira refere-se ao acolhimento das mulheres vítimas de violência doméstica, principalmente no SUS, que na maioria dos casos é o primeiro lugar para onde elas recorrem. A segunda apontará quais são os direitos assegurados para a proteção destas mulheres contra a violência doméstica por meio de leis, portarias, políticas etc. Convém destacar que tal violência vem crescendo na última década, principalmente por parte de maridos, companheiros e namorados. O terceiro aspecto

abordado será qual o papel dos profissionais de saúde no atendimento a essas mulheres, garantindo o direito integral à saúde, colaborando para a superação do trauma sofrido e evitando sua reincidência. O quarto aspecto será identificar, com base em revisão sistemática, se houve crescimento ou declínio de publicações a partir da principal lei de enfrentamento à violência doméstica, a lei Maria da Penha, em 2006.

Objetivo Geral

Identificar estudos sobre acolhimento à mulher vítima de violência doméstica através de revisão sistemática e o papel do profissional de saúde nesse contexto.

Objetivos Específicos

- 1) Delinear o papel do profissional de saúde neste acolhimento tendo em vista a garantia integral do direito a saúde dessas mulheres vítima de violência doméstica.
- 2) Realizar revisão sistemática sobre o tema nas principais bases de dados da saúde coletiva, observando crescimento ou declínio de publicações a partir da principal lei de enfrentamento a violência doméstica.

Referencial Teórico

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira carta política no Brasil a reconhecer e assegurar expressamente o direito à saúde: a saúde como direito fundamental de todos, direito social e dever do Estado, pelo artigo 196 da constituição, a ser garantido mediante a adoção de políticas públicas, com a garantia do acesso universal igualitário às ações e aos serviços.

A saúde, sob essa perspectiva, surge como uma condição essencial à dignidade da pessoa humana, cabendo ao Estado, por meio de políticas públicas e de seus órgãos, assegurá-la como direito a todos os cidadãos. O direito à saúde se traduz em um direito público subjetivo e exige do Estado atuação positiva para sua eficácia e garantia. Por essa razão, as ações e os serviços de saúde no Brasil são considerados de relevância pública e devem estar sujeitos aos mecanismos de controle social democrático a fim de coibir eventuais abusos a esse direito (art.197, da CR/88). Ao reconhecer as ações e os serviços de saúde como de relevância pública, o Constituinte também deixou claro que o bem jurídico saúde prepondera no sistema jurídico brasileiro (BRASIL, 1988).

O direito à saúde da mulher – incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva – constitui-se componente essencial dos direitos humanos, concepção refletida em diversos documentos produzidos nas conferências internacionais das Nações Unidas das últimas décadas. Decidir se terá ou não filhos, planejar quantos filhos gostaria de ter e quando engravidar são direitos de toda mulher. Para que ela possa fazer escolhas informadas e saudáveis, é importante uma política pública que garanta acesso a métodos contraceptivos aliado a um trabalho de orientação (JORNAL REDESAUDE, 2000).

Com a criação da Política Nacional de Atenção a Mulher ampliam-se os direitos à saúde da mulher, buscando compreender a relação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher sob um enfoque de gênero. A integralidade e a promoção da saúde apresentam-se como princípios norteadores que buscam consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

No Brasil, o Código Penal de 1940 considera crime a prática do aborto, exceto quando não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto necessário) ou se a gravidez é resultante de estupro (aborto sentimental consentido). Apesar desse direito, há 60 anos garantido pela legislação nacional, as mulheres que desejam recorrer à prática do abortamento nas condições legalmente autorizadas encontram inúmeros obstáculos ao exercício desse direito (PUCCINI, 2004).

O SUS prevê a garantia de direitos às mulheres, traduzidos por ações como a realização da cirurgia de laqueadura de trompas em toda a rede pública e conveniados quando desejar, contanto que seja maior de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos e, se em convivência conjugal, com o consentimento do marido ; esterilização também será possível quando houver risco de vida ou à saúde da mulher (Brasil, 1996).

A Constituição Federal do Brasil estabelece em seu artigo 5º, inciso I, a relação jurídica de igualdade de gênero, no qual postula, em teoria, que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”. A questão da desigualdade entre homens e mulheres é um fator histórico das sociedades ocidentais. Desde a antiguidade a mulher foi considerada e tratada como um ser inferior ao homem, devido a crenças religiosas que legitimavam essa relação desigual que permeava os costumes sociais, sobretudo na sociedade hebraica, caracterizada pelo patriarcado e pela hierarquização das relações sociais (FARIA; NOBRE, 1997).

A diferença entre homens e mulheres é um fato anatômico que não teria nenhuma significação especial, não fossem os arranjos de gênero vigentes, que reconhecem a diferença, hierarquizando-a. Transformar essa diferença em desigualdade é um ato social. A intersecção entre violência e gênero é também abordada por diversos autores, englobando “violência física”, “violência psicológica” (que inclui humilhações, isolamento, desprezos e intimidações); “violência patrimonial” (que se concretiza em roubo, retenção ou danos aos bens materiais, recursos e/ou documentos); “violência verbal” (caracterizada por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias); e “violência sexual” (caracterizada por relações sexuais forçadas ou práticas sexuais não consentidas) (SHCRAIBER, 1999).

Os homens são estimulados permanentemente a praticarem o ideal da masculinidade hegemônica, que inclui diferentes dimensões de dominação, por exemplo: sexual, intelectual, econômica, política e bélica (SEGATO, 2010). Não é natural que homens sejam agressivos e

nem que mulheres sejam passivas e submissas, mas esse é o discurso que estabelece o efeito sobre a prática das relações entre os seres, imprimindo uma suposta inferioridade as mulheres e ao feminino e uma superioridade aos homens e ao masculino. O silenciamento da violência não está só na não divulgação da violência sofrida, mas principalmente em não detectá-la ou percebê-la como violência, o que talvez seja a forma mais eficaz de controle para efetivar o silêncio e a repetição da violação (TIMM, 2012).

A violência doméstica contra a mulher ocorre na maioria das vezes em função da distribuição desigual de poder entre homens e mulheres, com base no controle masculino sobre a mulher. Essa distribuição desigual de poder apresenta características transversais que perpassam a discussão de gênero, pois caracteriza um confronto entre a dimensão objetiva e subjetiva da realidade social. A violência de gênero, no caso a violência contra a mulher, fundamenta-se em relações diferentes de poder entre os sexos, nas quais a mulher mais comumente se encontra em situação de subordinação. Estima-se entre 20% a 50% o índice de mulheres em todo o mundo que já sofreram algum tipo de agressão, seja ela física e/ou sexual, sendo cometida principalmente pelos seus parceiros ou companheiros em algum momento de suas vidas (AGUIAR, 2013).

Estudos populacionais e em serviços indicam maior risco de agressão às mulheres por parte de pessoas próximas, como parceiros e familiares, do que por estranhos. A violência física na vida adulta vinda de um parceiro, por exemplo, que é a situação melhor estudada, atinge cerca de 20% a 50% das mulheres ao redor do mundo ao menos uma vez na vida. Apresentam também um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor em aproximadamente 77,6% dos casos registrados. Os únicos dados populacionais colhidos no País a que se teve acesso, desenhados para averiguar vitimização, mostram, em geral, o mesmo padrão. Mais recentemente, a partir da década de 90, essa forma de violência vem sendo concebida como baseada nas relações de gênero e também como uma questão de saúde e de direitos humanos (SCHRAIBER, 2002).

[...] atualmente, as mulheres estão maciçamente presentes na força de trabalho e no mundo público, a distribuição social da violência reflete a tradicional divisão dos espaços: o homem é vítima da violência na esfera pública, e a violência contra a mulher é perpetuada no âmbito doméstico, onde o agressor é, mais frequentemente, o próprio parceiro. (GIFFIN, 1994, pag.146)

Frequentemente, o problema traduz-se em diversas repercussões para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida. A violência conjugal e o estupro têm sido associados a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Os episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves. Os estudos apontam também para uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, delineando-se, assim, uma clientela expressiva. Apesar disto, a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde, sendo pouco relatada. Estudos internacionais mostram altas prevalências do problema nos serviços de saúde. Pesquisa em atenção primária apresenta uma frequência de 21,4% das mulheres relatando violência doméstica a partir dos 18 anos. Já em serviços de emergência, as ocorrências encontradas variam de 22% a 35% durante a vida da mulher (SCHRAIBER, 2002).

A violência atinge homens e mulheres de diferentes maneiras e em diversas etapas da vida provocando múltiplas repercussões e gerando desafiadora agenda para o sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo, uma em cada três mulheres é, já foi, ou será vítima de violência doméstica. Embora de difícil quantificação em “valores absolutos, algumas pesquisas, em especial aquelas de caráter multicêntrico vêm relatando que esse problema é ainda mais comum nos chamados “países em desenvolvimento”, estando o Brasil neste grupo (SIGNORELLI, 2013).

Em 2012, o sociólogo Julio Waiselfisz afirmou que nos 30 anos decorridos entre 1980 e 2010 foram assassinadas no país acima de 92 mil mulheres, 43,7 mil somente na última década. O número de mortes nesse período passou de 1.353 para 4.465, que representa um aumento de 230%, triplicando o quantitativo de mulheres vítimas de assassinato no país. Espírito Santo, com sua taxa de 9,6 homicídios em cada 100 mil mulheres, mais que duplica a média nacional (3,6) e quase quadruplica a taxa de PiauÍ de 2,5, o estado que apresenta o menor índice do país. O Distrito Federal aparece em 8.º lugar com a taxa de 5,8, ultrapassando a media nacional.

Diante do exposto se verifica a importância em erradicar a violência contra a mulher, que progressivamente compõe o cenário dos grandes problemas de saúde pública e criminal no país. Travam-se muitas discussões a respeito desse tema pela sua importância. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais

comumente chamada de Convenção de Belém do Pará, Adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) no dia 09 de junho de 1994 se apresenta como importante ferramenta para a promoção da emancipação das mulheres. Ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995, promoveu um grande avanço para a compreensão e maior visibilidade sobre o tema, incluindo o conceito sobre violência contra a mulher, que se caracteriza como [...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada [...]. A violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades (Convenção de Belém do Pará, 2004).

Uma das violências mais graves contra as mulheres é a violência doméstica, aquela praticada dentro do lar (ou no espaço simbólico representado pelo lar). Fundamenta-se em relações interpessoais de desigualdade e de poder entre mulheres e homens ligados por vínculos consangüíneos, de afetividade, de afinidade ou de amizade. O agressor se vale da condição privilegiada de uma relação de casamento, convívio, confiança, amizade, namoro, intimidade ou privacidade que tenha ou tenha tido com a vítima (Convenção de Belém do Pará, 2004. pag.36).

São cinco as formas de violência doméstica: violência moral; violência patrimonial; violência sexual; violência psicológica e violência física; sendo as três últimas as mais frequentes e podendo ocorrer juntas em um mesmo caso. É importante enfatizar que a violência psicológica causa, por si só, graves problemas de natureza emocional e física. Independentemente de sua relação com a violência física, a violência psicológica deve ser identificada, em especial pelos profissionais que atuam nos serviços públicos, sejam estes de saúde, segurança ou educação. Não raro, são detectadas situações graves de saúde, fruto do sofrimento psicológico, dentre as quais se destacam: dores crônicas (costas, cabeça, pernas, braços etc.), síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares, o que confirma a ideia de que a violência psicológica deve ser enfrentada como um problema de saúde pública pelos profissionais, independentemente de eclodir ou não a violência física (SILVA, 2008).

Por ser um assunto de relevância, o governo criou e cria, constantemente, diversos mecanismos para combater os problemas relacionados à violência contra a mulher. Essa

problemática pública se intensifica pela frequência com que ocorre e pela gravidade da violência cometida. Nessa direção, grupos de mulheres passaram a se mobilizar exigindo uma resposta do poder público para sanar a violência contra a mulher. A Lei Maria da Penha, citada anteriormente, é resultado das pressões do movimento feminista e de direitos humanos, objetivando lidar de forma mais eficaz com a questão. Segundo o artigo 5º da lei, "configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial".

A lei recebeu o nome em homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, biofarmacêutica cearense. Atualmente com 61 anos, fez da sua tragédia pessoal uma bandeira de luta pelos direitos da mulher e batalhou durante 20 anos por justiça. O seu agressor, o professor universitário de economia Marco Antonio Herredia Viveros, era seu marido e pai de suas três filhas. Na época ela tinha 38 anos e suas filhas idades entre 6 e 2 anos. . Na primeira tentativa de assassinato, em 1983, Viveros atirou nas costas da esposa, enquanto ela ainda dormia, alegando ter sido um assalto. Depois do disparo, foi encontrado na cozinha, gritando por socorro. Dizia que os ladrões haviam escapado pela janela. Maria da Penha foi hospitalizada e ficou internada durante quatro meses. Voltou ao lar paraplégica e foi mantida em regime de isolamento completo. Nessa época ocorreu a segunda tentativa de homicídio: o marido a empurrou da cadeira de rodas e tentou eletrocutá-la embaixo do chuveiro. Herredia foi a júri duas vezes: a primeira, em 1991, quando os advogados do réu anularam o julgamento. Já na segunda, em 1996, o réu foi condenado a cumprir pena de dez anos e seis meses, mas recorreu. Com a ajuda de diversas ONGs, Maria da Penha enviou o caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), pela demora injustificada em não se dar uma decisão ao caso. Após as tentativas de homicídio, Maria da Penha começou a atuar em movimentos sociais contra a violência e a impunidade e hoje é coordenadora de Estudos, Pesquisas e Publicações da Associação de Parentes e Amigos de Vítimas de Violência (APAVV) no Ceará. Atua junto à Coordenação de Políticas para as Mulheres da prefeitura de Fortaleza e é considerada símbolo contra a violência doméstica, batizando a lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (PORTAL BRASIL, 2012).

Um antecedente legislativo ocorreu em 2002, através da Lei nº 10.455/02, que acrescentou ao parágrafo único do art. 69 da Lei nº 9.099/95 a previsão de uma medida cautelar, de natureza penal, que consiste no afastamento do agressor do lar conjugal na

hipótese de violência doméstica, a ser decretada pelo Juiz do Juizado Especial Criminal. Outro antecedente ocorreu em 2004, com a Lei nº 10.886/04, que criou, no art. 129 do Código Penal, um subtipo de lesão corporal leve, decorrente de violência doméstica, aumentando a pena mínima de 3 (três) para 6 (seis) meses. Nenhum mostrou eficácia contra a violência doméstica (BASTOS, 2006).

Criou-se também a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), que tem como principal objetivo promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente. Desde a sua criação em 2003, pelo então Presidente Lula, a SPM vem lutando para a construção de um Brasil mais justo, igualitário e democrático, por meio da valorização da mulher e de sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País. No interior dessa secretaria presidencial se encontra a Secretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (SEV). A SEV tem como missão básica promover a prevenção e o combate à violência contra as mulheres, o atendimento à mulher em situação de violência e a garantia dos seus direitos. Para tanto, atua diretamente ou em cooperação com organismos governamentais, nos três níveis de Governo, o Sistema de Justiça e organizações não governamentais, em consonância com as diretrizes do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2013).

Considerando que a violência doméstica contra a mulher é um problema de saúde pública, a problemática se torna importante porque a mulher tem direito ao acolhimento humanizado e diferenciado pelo trauma sofrido e também em seguir acompanhada mesmo depois que retornar ao seu contexto social. Esses direitos estão explicitados na quinta diretriz geral para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção, o que remete à sensibilização das equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) em todos os procedimentos de saúde realizados, desde a recepção. A sexta diretriz da PNH visa adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável (BRASIL, 2004).

Com base nas manifestações de diversos tipos de violência doméstica principalmente a física e sexual, muitas mulheres aportam no Sistema Único de Saúde (SUS) buscando cuidado e, por diferentes razões, nem sempre os/as profissionais de saúde relacionam as lesões

observadas à violência doméstica. Em alguns casos, essas mulheres são denominadas pelos/as profissionais de saúde como poliqueixosas, dada a diversidade de sinais e sintomas físicos e psicológicos, muitas vezes difíceis de serem localizados, explicados, diagnosticados e tratados. Conseqüentemente, essas mulheres buscam, de maneira mais frequente e recorrente, por assistência nos serviços de saúde. Dessa maneira, lançar o olhar sobre os modos com que operam essas interações, que envolvem mulheres, profissionais e o SUS, em distintos cenários dos serviços, pode ser uma alternativa para tentar compreender melhor as diferentes facetas desse complexo panorama. Esse pode ser um dos alicerces para a construção, proposição e implementação de políticas públicas estratégias de minimização dessa problemática, pensando-se especialmente no âmbito da Saúde Coletiva (SIGNORELLI, 2013).

A oferta de atendimento humanizado às mulheres que passaram por situações de violência nos serviços de saúde ainda é um desafio em todos os níveis de atenção. São necessários espaços para capacitação, reflexão e suporte ao profissional para que ele se sinta apto e seguro para trabalhar com a questão. As mudanças pedagógicas nos currículos do ensino superior em saúde são estratégias significativas para o enfrentamento da violência nos serviços, por demandar transformação das concepções e práticas dos profissionais, ainda muito centradas no enfoque biomédico. Estudos sobre como profissionais de saúde atendem às mulheres vítimas de violência doméstica realçam que são muitos os desafios, constituindo-se tema complexo para o campo da Saúde Coletiva. É preciso considerar não apenas as questões biológicas envolvidas no problema, mas as diferentes condições sociais, econômicas, culturais, psicológicas e ambientais (PEDROSA; SPINK, 2011).

A notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeita de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo as Leis 8.069 – Estatuto da Criança e Adolescente; 10.741 - Estatuto do Idoso e 10.778. Essa notificação é realizada pelo gestor de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante o preenchimento de uma ficha de notificação específica (WAISELFISZ, 2012).

A violência doméstica provoca múltiplas repercussões na saúde das mulheres e gera desafiadora agenda para os profissionais do SUS. As observações e vozes que emergiram do campo foram categorizadas tematicamente e cotejadas com discursos dos estudos de gênero,

de violência, e do campo da saúde coletiva, no que tange aos modos de atendimentos e cuidado por profissionais de saúde. Os reflexos desse problema são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam (COSTA, 2011).

Os profissionais inseridos nos serviços que atendem a vítimas se deparam com situações de violência doméstica que, inicialmente, manifestam-se de modo silencioso e muitas vezes não são sequer percebidas. Refere-se, aqui, aos primeiros sinais de violência que o agressor doméstico manifesta. Ainda que isso não se verifique em todos os casos, poderá gerar novos e mais graves episódios de violência. A violência se inicia de uma forma lenta e silenciosa, que progride em intensidade e conseqüências. O autor de violência, em suas primeiras manifestações, não lança mão de agressões físicas, mas parte para o cerceamento da liberdade individual da vítima, avançando para o constrangimento e humilhação (SILVA, 2011).

Outras ações mais específicas de prevenção estão sendo desenvolvidas, mas são ainda incipientes frente ao universo incomensurável das violências cometidas, em especial as que são silenciadas. Entre as ações preventivas, pode-se destacar a importância de se realizarem palestras informativas, tanto em escolas de ensino fundamental e médio da rede pública quanto nas universidades, sobre os direitos das vítimas e serviços de apoio existentes. Constata-se que a desinformação ainda é presente em todos os níveis de ensino, tanto em relação às formas de violência que ocorrem no dia-a-dia, como em relação à existência de serviços para atendimento às vítimas. Esse desconhecimento geral torna-se significativo quando se trata de violência psicológica. Parece existir uma verdadeira negação de que fenômenos como humilhação, desqualificação, críticas destrutivas, exposição a situações vexatórias, bem como desvalorização da mulher como mãe e como amante constituem, de fato, formas de violência contra a mulher e que, muitas vezes, culminam na violência física (SILVA, 2007).

Convém destacar os atendimentos de profissionais de saúde às mulheres vítimas de violência doméstica que se colocam entre alguns aspectos da biomedicina e o acolhimento em saúde, pautado em abordagens mais subjetivas, tendo o diálogo e o estabelecimento de vínculo como eixos estruturantes. Tais abordagens coexistem e foram destacadas com base na pesquisa etnográfica. Baseando-se nas acepções teóricas, foram realçadas ações profissionais que (mesmo pontuais e informalmente), por vezes, convergem com aquilo que vem sendo

designado como acolhimento em saúde. As estratégias de profissionais devem ser tragos à tona e relacionado com a literatura, destacando-se que num sistema que tem bases sólidas da biomedicina, percebem-se iniciativas que potencializam outros modos de cuidado às mulheres vítimas de violência doméstica, mas que ainda deixam a desejar (OSIS, 2012).

O papel das emergências hospitalares para prevenção de reincidências das violências domésticas é fundamental. A emergência apresenta-se muitas vezes como a porta de entrada e, em muitos casos, o único contato com o sistema de saúde. Se, por um lado, é claro que o atendimento emergencial deve prestar um atendimento clínico e cirúrgico de qualidade, por outro, não pode se restringir ao socorro médico. Também é importante destacar que, em um atendimento que se proponha a iniciar uma ação protetora e preventiva de reincidências, a presença maciça de acadêmicos, como elemento principal do atendimento, não é a mais adequada, dado que ainda não possuem experiência e articulação institucional suficiente para dar encaminhamento adequado a tais demandas (MOURA, 2011).

Portanto, os serviços de saúde cumprem um papel importante no enfrentamento da violência que atinge a vida cotidiana das mulheres, pois na maioria dos casos constituem o primeiro lugar que as mulheres vítimas de violência procuram para tratar as lesões decorrentes dos agravos sofridos. Se faz necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento da temática que envolve a discussão sobre o machismo, o patriarcalismo, a inferioridade de gênero e demais valores que perpetuam a condição de desigualdade e dominação, inclusive a pobreza material. É fundamental também conhecer a rede de atenção às mulheres em situação de violência para promoção de uma ação articulada e assim acolher de forma integral e humanizada tais vítimas (DULLIUS, 2011).

O acolhimento, na interface da violência doméstica contra a mulher e a justiça, se faz despreparado e sem estruturas para oferecer o diferencial nesse acolhimento. O agente geralmente coloca em evidência a violência sexual doméstica ou violência física doméstica, deixando de lado os outros tipos citados. Casos de denúncia são raros, pois o medo ainda impede essas mulheres de relatarem o agressor e se protegerem. É importante salientar o papel do profissional de saúde, pois a mulher pode estar fragilizada demais para buscar outros tipos de proteção. Procura os serviços de saúde para o atendimento, mesmo que por motivos não relacionados diretamente à violência sofrida, porém mostrando sinais desta. Nos serviços de saúde a mulher que sofre violência necessita de acolhimento e compreensão por parte dos

profissionais de saúde, porém o que encontra muitas vezes é desconhecimento e até preconceito por parte destes profissionais, o que configura muitas vezes outra forma de violência (ALVES *et. al* 2011).

O profissional de saúde deve estar apto a ouvir, ver e acolher o sofrimento das vítimas, olhando para além dos sintomas alegados pela paciente. É importante promover a atenção integral, compreendendo a criação de um processo de monitoramento que avalie regularmente o acesso e a qualidade do cuidado prestado nas instituições de saúde, visando identificar e prevenir a violência institucional, do próprio sistema de saúde e seus profissionais, assim como detectar o desenvolvimento rotineiro de cursos de capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento das mulheres que sofrem violência, promovendo assim uma ação afirmativa em saúde (ALVES; AMORIM; RIBEIRO, 2011).

A identificação e a notificação de uma violência já se mostram como o começo de um caminho de proteção à vítima, que se sente mais acolhida e pronta para expor seu sofrimento. Paralelamente a isso, o conhecimento das ferramentas necessárias para o atendimento das vítimas de violência contra mulher remete ao profissional de saúde segurança e domínio na condução dos casos, possibilitando melhorias na rede de atendimento e na saúde pública como um todo. O profissional de saúde deve ter em mente que a assistência a esse tipo de paciente vai além do diagnóstico clínico. A conscientização da importância da notificação, a quebra de paradigmas e o treinamento contínuo no diagnóstico de situações de violência trazem subsídios para a construção de políticas públicas em saúde mais eficazes e que contribuem para a solução de um problema expressivo em nossa realidade. O conhecimento da legislação específica, o domínio no preenchimento das fichas de notificação e a inserção participativa dos profissionais de saúde nos programas governamentais relativos ao tema, não é apenas uma obrigação legal, mas uma prova de cidadania e valorização do próximo (VIEIRA, 2009).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão sistemática da literatura científica com o objetivo de identificar estudos sobre acolhimento à mulher vítima de violência doméstica e o papel do profissional de saúde na garantia do mesmo.

O percurso metodológico concretizou-se em dois momentos distintos, o primeiro por meio do levantamento de artigos científicos, leis, portarias, políticas. No segundo momento foi realizada a revisão sistemática, uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica ou assunto, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Para evitar viés de análise na revisão sistemática, os métodos de seleção e análise dos dados são estabelecidos antes da revisão ser conduzida, num processo rigoroso e bem definido. Inicia-se com a elaboração da questão central, ou seja, o objetivo principal; e um projeto de revisão. A seguir é realizada uma ampla busca da literatura com o objetivo de se identificar o maior número possível de estudos relacionados à questão. Uma vez selecionados, aplicam-se critérios para avaliação da qualidade metodológica conforme o delineamento do estudo original. Quando os estudos forem semelhantes, os resultados podem ser finalmente sintetizados numa metanálise, média ponderada desses resultados (ATALLAHN; CASTRO, 1998).

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura sobre o acolhimento humanizado das mulheres vítimas de violência doméstica que são atendidas no SUS, artigos científicos dentro do período de 2003 a 2013, dentro das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. Foram excluídos os artigos que não tiveram adequação ao tema.

A técnica de levantamento de dados constituiu em fazer um levantamento bibliográfico a fim de identificar os principais estudos para contextualizar o tema em questão “*Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica*”, além da análise da relação que o profissional de saúde tem nesse contexto para garantia da saúde integral a essas mulheres.

- Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram estabelecidos com base em combinações de três dos cinco descritores: Violência doméstica; Mulheres; Serviços de saúde; Humanização; Profissionais de saúde; e pelo menos dois desses obrigatoriamente: 1) estarem no resumo, 2) estarem nos descritores do artigo ou 3) um descritor no resumo e outro nos descritores do artigo. O artigo deveria ter sido publicado no período compreendido entre 2003 e 2013 e constar na base de dados LILACS ou SciELO. Deveria tratar-se de artigo científico, estar em contexto nacional e no idioma português e apresentar como assunto principal a violência doméstica. Na estratégia de busca o tema foi delimitado por meio dos critérios de inclusão respeitando-os rigorosamente e inserindo como primeiro filtro o assunto principal: violência doméstica, a fim de que não fossem incluídos outros temas como: violência doméstica com outra população (que não fossem mulheres) ou violência obstétrica, por exemplo. Seguiu-se a ordem da filtragem: assunto principal (violência doméstica); tipo de documento (artigo); idioma (português); país como assunto (Brasil) e ano de publicação (2003 a 2013) em todas as bases e em todas as combinações para facilitar a busca precisa e delimitada.

- Coleta de Dados

Nas duas bases de dados foram realizados os mesmos procedimentos (estratégia de busca e critérios de inclusão e exclusão), ainda que a LILACS e SCIELO não apresentem os mesmos filtros. Por se assemelharem, o levantamento bibliográfico não seria prejudicado.

Os descritores foram organizados em três grupos: 1) Violência doméstica (mulheres, humanização); 2) Violência doméstica (mulheres, serviços de saúde) e 3) Violência doméstica (mulheres, profissionais de saúde).

Primeiramente recorreu-se à base de dados da LILACS, seguindo a ordem dos grupos de descritores e a estratégia de busca e critérios de inclusão e exclusão alimentando uma grande planilha que se dividiu em subtítulos: filtragem, identificação dos artigos, resumos e repetições de artigos. Na filtragem foi registrada a quantidade dos artigos pesquisados à medida que se utilizaram os filtros com os títulos de: descritor (s), base de dados, número de artigos, assunto principal (violência doméstica), tipo de documento (artigo), língua portuguesa (português), país como assunto (Brasil), ano de publicação, 2 dos descritores aparecem no Resumo, 2 dos descritores selecionados aparecem nos descritores do artigo, 2 dos descritores selecionados aparecem um no resumo e outro nos descritores do artigo, após filtragem selecionados, metodologia do artigo. Na identificação dos artigos, foram colocados os títulos: base de dados, combinação de descritores, numeração do artigo, título, autor, referência bibliográfica, tema/ objetivo, metodologia, fonte (revista) e ano (2003 a 2013). Nos resumos foram colocados o título de: número do artigo, resumo e pontos importantes para ressaltar de cada artigo. Em repetições de artigos colocou-se como título: repetições de artigos/ descritores, número do artigo na filtragem e título do artigo.

Resultados

Após a filtragem, foram selecionados trinta e um (31) artigos e excluídos dois (2) artigos que passaram nos filtros da pesquisa, mas que não tinham relação com o acolhimento humanizado das mulheres vítimas de violência doméstica. As dez (10) repetições de artigos identificadas ao longo da seleção foram contabilizadas uma única vez. No total, foram analisados dezenove (19) artigos que fazem referência ao acolhimento humanizado das mulheres vítimas de violência doméstica e aos os profissionais de saúde quanto à garantia do direito a saúde integral dessas vítimas, em diferentes contextos e profundidade do assunto, no período compreendido entre os anos de 2003 a 2013. A tabela 1 sintetiza o quantitativo de artigos selecionados e analisados:

**Tabela 1. Quantitativo de Artigos, Brasil
2003-2013**

Total dos Artigos filtrados	Artigos excluídos	Repetições de artigos	Artigos analisados
31	2	10	19

Fonte: Elaboração própria.

O primeiro artigo excluído da análise foi o de número cinco (5) na pesquisa, na base de dados SCIELO com os descritores: violência doméstica, mulheres, profissionais de saúde, com o título: “*Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde*” porque se referia ao acolhimento dos agressores a mulheres vítimas de violência doméstica. O segundo artigo excluído foi o de número dez (10) na pesquisa, com os mesmos descritores e base de dados acima, com o título: “Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres”, por se relacionar ao uso de medicamentos como consequência da violência doméstica, e não ao acolhimento humanizado nessa situação.

Na base de dados LILACS, foram encontrados mais artigos em cada grupo de descritores sem a estratégia de busca e os critérios de inclusão e exclusão: Grupo I (violência doméstica, mulheres, humanização) = 3 (três); Grupo II (violência doméstica, mulheres, serviços de saúde) = 124 (cento e vinte e quatro); Grupo III (violência doméstica, mulheres, profissionais de saúde) = 85 (oitenta e cinco).

Na SCIELO: Grupo I (violência doméstica, mulheres, humanização) = 1; Grupo II (violência doméstica, mulheres, serviços de saúde) = 10 (dez); Grupo III (violência doméstica, mulheres, profissionais de saúde) = 17 (dezesete). Após a filtragem e estratégia de busca com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados mais artigos da base de dados da SciELO, totalizando 19 (dezenove) artigos dos 31 (trinta e um), como mostra a tabela 2 a seguir:

Tabela 2. Quantitativo de artigos por descritores e bases de dados, Brasil 2003-2013

Descritor (s)	Base de Dados	Número de artigos	Após filtragem
Violência doméstica - Mulheres - Humanização	LILACS	3	1
Violência doméstica - Mulheres - Serviços de Saúde		124	5
Violência doméstica - Mulheres - Profissionais de Saúde		85	5
Violência doméstica - Mulheres - Humanização	SCIELO	1	1
Violência doméstica - Mulheres - Serviços de Saúde		10	7
Violência doméstica - Mulheres - Profissionais de Saúde		17	12
Total =		240	31

Fonte:

Elaboração própria.

Foram observadas as repetições de artigos, no intuito de não se analisar o mesmo artigo mais de uma vez. No entanto, todos os artigos que se repetiram foram classificados, pois obedeciam aos critérios de inclusão, como mostra a tabela 3 abaixo:

**Tabela 3. Repetições dos Artigos, Brasil
2003-2013**

Repetições de Artigos - Descritores:	Número do Artigo na filtragem	Título do Artigo
Violência doméstica - Mulheres - Humanização / Violência doméstica - Mulheres - Serviços de Saúde / Violência doméstica - Mulheres - Profissionais de Saúde	1,1,5 e 9	Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde
Violência doméstica - Mulheres - Serviços de Saúde / Violência doméstica - Mulheres - Profissionais de Saúde	7,7	Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher
Violência doméstica - Mulheres - Serviços de Saúde	3,6,11	Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde.
Violência doméstica - Mulheres - Profissionais de Saúde	1,1	Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA;
Violência doméstica - Mulheres - Profissionais de Saúde	4,2	Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre
Violência doméstica - Mulheres - Serviços de Saúde / Violência doméstica - Mulheres - Profissionais de Saúde	8,2	A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem

Fonte: Elaboração própria.

Outro resultado obtido com base em um dos critérios de inclusão foi a combinação dos descritores pesquisados em pelo menos dois desses obrigatoriamente: 1) no resumo, 2) nos descritores do artigo ou 3) um descritor no resumo e outro nos descritores do artigo.

Observa-se na tabela 4 que do total de 31 (trinta e um) artigos filtrados na pesquisa, em 26 (vinte e seis) artigos foram encontrados 2 (dois) dos descritores no resumo; enquanto em apenas 2 (dois) artigos, dois (2) dos descritores selecionados aparecem nos descritores do artigo.

Tabela 4. Combinação dos descritores nos artigos filtrados, Brasil 2003-2013

Dois (2) dos descritores aparecem no Resumo	Dois (2) dos descritores selecionados aparecem nos descritores do artigo	Dois (2) dos descritores selecionados aparecem um no resumo e outro nos descritores do artigo	Após filtragem selecionados
Sim (todos os descritores)	Não	Não	1
Sim 2 (Mulheres e Serviços de saúde)	Sim 1 (Violência Doméstica e Serviços de Saúde)	Sim 2 (Mulheres no resumo e Violência Doméstica no Descritor)	5
Sim 1 (todos os descritores); 1 (Mulheres e Profissionais de saúde); 1 (Violência Doméstica e Mulheres); 1 (Mulheres e Profissionais de Saúde)	Não	Sim 1 (Mulheres no resumo e Violência Doméstica no Descritor)	5
Sim 1 (todos os descritores)	Não	Não	1
Sim 2 (Violência Doméstica e Mulheres); 4(todos os descritores); 1 (Mulheres e Serviços de Saúde)	Não	Não	7
Sim 4 (Todos os descritores); 5 (Violência Doméstica e Mulheres); 2 (Mulheres e Profissionais de Saúde)	Sim 1 (Violência doméstica; Profissionais da saúde);	Não	12
Total = 26	Total = 2	Total = 3	31

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a tabela 5, o ano em que houve maior número de publicações foi 2012, com 5 (cinco) publicações; seguido de 4 (quatro) publicações no ano de 2008. Dos 19 (dezenove) artigos analisados, 15 (quinze) foram publicados após o ano de 2006, o que evidencia o maior debate e interesse pelo tema após a promulgação da Lei Maria da Penha.

**Tabela 5. Publicações de artigos por ano, Brasil
2003-2013**

Ano (2003 a 2013)	Quantidade de Artigos
2003	(1)
2004	(2)
2006	(1)
2007	(1)
2008	(4)
2009	(1)
2010	(2)
2011	(1)
2012	(5)
2013	(1)

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à abordagem metodológica dos artigos (demonstrada na tabela 6), nota-se que a maioria é de natureza qualitativa (13 (treze) artigos); quantitativos somam 4 (quatro) artigos.

**Tabela 6. Quantitativo de artigos por metodologia, Brasil
2003-2013**

Metodologia	Quantidade de Artigos
Estudo Quantitativo	Quatro artigos
Estudo Qualitativo	Treze artigos
Estudo Quanti-Quali	Dois artigos

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 7 pode-se visualizar que dos 16 (dezesesseis) autores, 2 (dois) tiveram mais de uma publicação constante na revisão. A repetição dos autores não exclui os artigos selecionados, pois apresentam contextos e objetivos diferentes, além de se relacionarem às exigências do presente estudo. Gomes, N.P. publicou 3 (três) artigos relacionados à violência doméstica no ano de 2012; a autora Diniz, N.M.F. publicou 2 (dois) artigos, sendo um no ano de 2004 e outro em 2011. Verifica-se que 10 (dez) autores aparecem com a expressão “*et al.*” acompanhada, o que indica mais de 3 (três) autores para sua realização. Apenas a autora Silva, I.V. publicou o artigo sozinha. Adicionalmente, esse foi o artigo mais antigo encontrado (ano de publicação: 2003).

**Tabela 7. Autores e ano de publicação, Brasil
2003-2013**

Numero	Autor	Ano (2003 a 2013)
1	MOREIRA, S.N.T. <i>et al</i>	2008
2	D'OLIVEIRA, A.F.P.L <i>et al</i>	2009
3	ALMEIDA, A.P.F. <i>et al</i>	2008
4	SILVA, I.V.	2003
5	GOMES, N.P. <i>et al</i>	2012
6	GALVÃO, E.P.; ANDRADE, S.M.	2004
7	DINIZ, N. M.F. <i>et al</i>	2011
8	OLIVEIRA, Ane R; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L.	2008
9	ALVES, E. S.; OLIVEIRA, D. L. C.; MAFFACCIOLLI, R.	2012
10	PEREIRA, V. N. <i>et al.</i>	2012
11	DINIZ, N. M.F. <i>et al</i>	2004
12	MONTEIRO, C.F.S <i>et al</i>	2006
13	SANTI, L.N.; NAKANO, Ana M.S.; LETTIERE,A.	2010
14	RISCADO, J.L.S.; OLIVEIRA,M.A.P.; BRITO,A.M.B.B.	2010
15	KISS,L.B.; SCHRAIBER,L.B; D'OLIVEIRA,A.F.P.L;	2007
16	ANDRADE,C.J.M.; FONSECA,R.M.G.S.	2008
17	GOMES, N.P. <i>et al</i>	2012
18	SIGNORELLI, M.P.; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G.;	2013
19	GOMES, N.P. <i>et al</i>	2012

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Na revisão tornou-se possível identificar semelhanças entre as diversas produções localizadas. Os autores são unânimes em afirmar que a violência doméstica contra mulher é um problema de saúde pública.

A partir de 2007 houve crescimento das publicações relacionadas ao tema. Dos 19 (dezenove) artigos analisados, 15 (quinze) foram publicados após o ano de 2006, ano de promulgação da lei Maria da Penha. Com isso, verifica-se a intensificação do interesse e o surgimento de um debate mais amplo sobre o tema. A própria lei ressalta essa importância, conforme citado por Nadirlene Gomes (2012a, p. 177):

(...) embora a Lei Maria da Penha recomende estudos e pesquisas sobre a temática violência doméstica e familiar contra a mulher. Ainda assim, é notória a importância da rede de serviços no processo de empoderamento das mulheres para o enfrentamento da violência, visto que este tipo de articulação possibilita uma atenção integral.

Quanto à abordagem metodológica dos artigos observou-se que a maioria apresentava pesquisa qualitativa (13 (treze) artigos); 4 (quatro) artigos apresentaram pesquisa quantitativa, e os outros 2 (dois) de pesquisa quali-quantitativa.

Dentre os 13 (treze) artigos qualitativos, 9 (nove) destes (1, 3,4,5,9,10,13,17,18,) foram realizados com base em entrevistas, 1 (um) por relato de experiência (2), 1 (um) por análise de fichas individuais (6); 1 (um) por grupo focal (14); e 1 (um) por estudos de literatura (16). Na abordagem quantitativa, os 4 (quatro) artigos (7,11,12,19) utilizaram de modo unânime entrevistas estruturadas.

O tema em questão se apresenta muito amplo, com questionamentos e variações de estudos relacionados a assuntos e abordagens diferentes na questão da humanização no acolhimento, como foi constatado nessa revisão. Os autores concordam que é de extrema importância a humanização fazer parte do acolhimento.

Destacando Silva (2003, pag.9): “percebe-se a necessidade de se ter uma preocupação maior, um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento a essas mulheres que recorrem à unidade de saúde em busca de ajuda.” Monteiro

(2006, p.6) afirma “(...) objetivando disseminar informações sobre as atitudes a serem adotadas pelas mulheres agredidas (...) o acolhimento humano e o tratamento humanizado dispensado pelos profissionais de saúde.”

Para Almeida (2008, p.8): “(...) reside no impacto que terá na qualidade de vida das vítimas, e essa qualidade depende, entre outros fatores, do tipo de atendimento (...), tanto no atendimento como na prevenção dos casos de violência.” D’oliveira (2009, p.1048): “(...) reconhecimento mútuo dos diferentes serviços da rede por parte de seus respectivos profissionais, bem como facilita o atendimento das mulheres, para que possam viabilizar suas necessidades.” Diniz (2011, p.4): “Os profissionais de saúde não podem restringir a assistência à esfera técnica. É preciso considerar as diversas demandas das mulheres.”

É importante mencionar que no total da amostra de artigos analisados, nem todos fizeram referência à carência da humanização no acolhimento às mulheres vítimas de violência doméstica especificamente. Esses artigos não foram excluídos por estarem relacionados ao tema. Verificou-se 2 (dois) artigos que retratam o acolhimento das mulheres que abortam voluntariamente ou espontaneamente em decorrência da violência conjugal, com duas percepções semelhantes. As pesquisas aconteceram em Salvador – BA, com predominância de mulheres negras, de baixa escolaridade e dependentes financeiramente do parceiro íntimo (namorado, marido, ou por união estável). Em um deles a autora conclui que :

... existe uma associação entre a vivência de violência doméstica e o aborto provocado (...). Necessita-se, portanto, de um olhar por parte dos profissionais de saúde de modo a identificar a violência doméstica enquanto agravo e associá-la ao aborto provocado, o que requer transformação no modelo de formação, incorporando a violência doméstica como objeto da saúde” (DINIZ, 2004. p.1014).

No estudo de Pereira, 2012 encontra-se a seguinte afirmação:

“A identificação da vivência de violência doméstica pelos profissionais de saúde enquanto agravo associado ao aborto provado é de extrema importância para o processo de cuidar das mulheres, o que requer transformação no modelo de formação que incorpore a violência doméstica como fator importante e ações intersetoriais, especialmente no que tange aos encaminhamentos para serviços especializados no atendimento as pessoas em situação de violência.
(PEREIRA, 2012. p.1061)

Outros artigos não retratam o acolhimento de fato, nem mesmo indiretamente, mas colocam percepções sobre o tema, como um artigo que apresenta como seu objetivo “estimar

a violência de gênero vivida por trabalhadoras de enfermagem, caracterizando os agressores, a busca de ajuda e a percepção da própria violência sofrida”. O artigo de Oliveira e D’Oliveira (2008) procura identificar a percepção da violência doméstica vivida pelas enfermeiras, sob o título: “Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP)”.

Por outro lado, quinze (15) dos artigos que foram publicados após o ano de dois mil e seis (2006), ano da promulgação da lei Maria Penha, comprovaram um dos questionamentos desse estudo, mostrando crescimento em publicações a cerca do tema de violência doméstica. Destaque em especial a um dos artigos que tem como título ‘ Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre’. Este procurou analisar as repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica contra mulheres, na cidade de Porto Alegre, a partir da visão dos profissionais que constituem a rede de atendimento a elas. O estudo permite concluir que a LMP promoveu mudanças no cenário do atendimento a mulheres expostas à violência doméstica, particularmente no campo da prevenção, da assistência e da punição. Acredita-se que a Lei Maria da Penha precisa ser incorporada em todas as instâncias sociais e por todos os atores como importante dispositivo para este enfrentamento (ALVES *et al* , 2012).

Em um dos artigos cujo título é “Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher” a lei é citada no seu referencial teórico. Mas não baseia suas propostas de pesquisa nos fragmentos ou no total desta, apenas cita: “Vale lembrar que, em agosto de 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha, exigindo do Poder Público, nas três esferas, a criação, manutenção e gestão de serviços públicos de prevenção e combate à violência doméstica.” (GOMES, 2012a. Pag.174)

E no artigo com o título “Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social” da autora Santi, 2010 foi citada nas considerações finais como questionamento para reflexão. Expresso assim:

“Frente a esta realidade, ficam as questões: será que o poder da Lei foi tão forte que os agressores não agredem mais, ou será que a “Lei Maria da Penha” silenciou ainda mais as mulheres? Em que medida o respaldo legal é o suficiente para atender as necessidades destas mulheres vítimas de violência? (SANTI, 2010. pag.423)

Foi enfatizado pela a maioria dos artigos analisados, que o maior dos vários motivos, que essa mulher não consegue se desvencilhar da situação de violência é pela dependência financeira dos agressores com que vivem. Silva (2003, p.8) afirma que “mulheres que trabalham recebem menos violência de seus companheiros e por isso seria importante para a mulher aumentar sua autonomia econômica.” Santi , 2010 apresenta dados de 3 (três) capitais:

Procuramos ainda investigar os possíveis motivos que as levariam a suportar a violência. O que mais se destacou foi o fato dessas mulheres serem dependentes financeiramente (22% no geral, 24% em Salvador, 30% em Recife e 16% em Aracaju. (SANTI, 2010. pag.355)

As autoras Alves *et al* (2012 pag.146) também se posiciona (...) somada à dependência emocional e financeira e ao sofrimento psíquico experimentado na família, torna a situação bastante complexa e pouco promissora (...).

Gomes, 2012 também enfatiza a cerca da independência financeira quando informa que:

(...) os próprios serviços já apontam para a necessidade de estratégias que viabilizem a geração de renda para as mulheres em situação de violência, o que lhes proporcionaria suporte financeiro, não só para facilitar os deslocamentos para as instituições como também no sentido de favorecer o rompimento do ciclo de violência. Um dos motivos mais alegados pelas mulheres para continuar em um relacionamento abusivo é justamente a perda do suporte financeiro ou dependência financeira. (GOMES, 2012a. pag.177)

Evidência em especial para o artigo de título “Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas” do autor Gomes, 2012b que tem por objetivo identificar características socioeconômicas de mulheres e homens com história de violência conjugal em Salvador. E afirma que:

A dependência financeira é um dos motivos relatados pelas mulheres para não deixar seu companheiro, especialmente quando existem filhos, pois sem remuneração, a mulher fica impossibilitada de se auto-sustentar e de sustentar seus filhos. (...) A análise da renda se faz necessária uma vez que estudos apontam que a dificuldade financeira vem sendo fator de desentendimentos e, portanto, motivo para criar situações de conflitos que culminam em agressões no âmbito doméstico.” (GOMES, 2012b. pag.113)

E alguns autores concluíram que o acolhimento humanizado agiria, se corretamente, como facilitador na identificação correta da violência doméstica. Assim, resultaria em mais certeza ao profissional de saúde e confiança as mulheres ao relatarem o problema, como afirmam Galvão e Andrade, 2004:

(...) esse mesmo despreparo dificulta uma intervenção mais efetiva dos profissionais de saúde quanto ao reconhecimento dos casos de violência, ao atendimento e ao encaminhamento das mulheres aos demais serviços de apoio nessa área (...) comprometendo a identificação dos casos e a realização de atendimentos e de encaminhamentos adequados. (GALVAO; ANDRADE, 2004, pag.96)

E afirma Moreira (2008, pag. 612) (...) 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 (...) Mas apresentam dificuldades a cerca da identificação correta, como quando a autora Santi, 2010 se posiciona:

(...) os casos de violência ficam mais fáceis de serem identificados quando apresentam lesões aparentes. No entanto, quando as queixas são de ordem psicológica e social, as barreiras estruturantes entre a rede de assistência à mulher impedem o fluxo de assistência devida. (SANTI, 2010, pag.421)

Os autores concordam que o motivo principal para a falta de atendimento humanizado a essas vitimas, acontece por causa dos profissionais não estarem preparados e capacitados para este atendimento diferenciado, como Silva, 2003 em concordância “Conclui-se que os serviços de saúde têm de ter profissionais preparados para atender essas mulheres, que muitas vezes buscam a unidade para aliviar suas dores sem, no entanto, receber uma resposta concreta às suas reais necessidades.” (pag.09)

As autoras Galvão e Andrade (2004) colocam:

Os profissionais da saúde não contam com instrumentos que os orientem no reconhecimento e no registro dos casos atendidos nos serviços de saúde e não estão preparados para orientarem as mulheres sobre seus direitos e para encaminhá-las aos demais serviços de apoio existentes. (GALVAO; ANDRADE, 2004. pag.09).

Dois (2) autores concluíram, através das experiências dos seus artigos, o papel fundamental do profissional de saúde ao atender essa mulher. E como ele pode ser um facilitador em orientar para que elas possam lutar em romperem com o ciclo de violência doméstica; e ainda

ajudar a garantir direito a saúde integral das mesmas. É colocado em questão o ouvir e dialogar com as pacientes, a fim de identificar a situação de violência doméstica como afirma a autora D'Oliveira, 2009:

(...) não apenas o alívio da dor e o tratamento dos sintomas e agravos conseqüentes à violência, [...] é necessária uma forma de agir com uma importante dimensão interativa, baseada na escuta, na orientação, no acolhimento, com ênfase na comunicação com a mulher usuária e entre os profissionais [...] tendo como referência a garantia de direitos e a emancipação. (D'OLIVEIRA, 2009. pag.1042)

Gomes, 2012 também afirma “Para o atendimento de qualidade às mulheres vítimas de violência são essenciais organização do serviço e preparo dos profissionais.”(pag.176). D'Oliveira, 2009 a importância da orientação qualificada na atenção básica como um todo quando afirma “(...) técnica de conversa”, cuja base é a detecção, escuta e orientação qualificadas para o trabalho com violência contra as mulheres na atenção primária à saúde.”(pag.1042) E no artigo de Signorelli, 2013 questionados ao conceito de acolhimento em saúde, é relatado:

Muitos/as profissionais citam o termo com frequência, mas quando indagados/as sobre o que entendem por “acolhimento em saúde” e sobre sua intersecção com mulheres vítimas de violência doméstica, relacionam com provimento de abrigo; ou com terapia de grupo, nomeando como “acolhimento psicológico”; ou ainda “acolhimento econômico”, visando a prover recursos econômicos emergenciais, trabalho e autonomia financeira às mulheres. (SIGNORELLI, 2013. pag. 1236)

Vale também ressaltar que poucos autores destacaram não só a violência física e sexual é considerada violência doméstica. Mas que os outros tipos dessa violência também trazem danos à saúde da mulher. Por exemplo, com a autora Silva (2003. Pag.07) : Observa-se que a violência não se restringe à agressão física que demanda um atendimento médico, mas existem formas mais sutis que, embora não deixando marcas, podem provocar sérios danos à saúde da mulher.

E ainda se evidencia o artigo com o título “Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência” das autoras Kiss, Schraiber e D'Oliveira, 2007 que traz como foco a rede intersetorial, mas não dos serviços de saúde e sim dos centros especializados em atendimento a mulher vítima de qualquer tipo de violência, como as delegacias da mulher (DDM). E também se refere a falta de sensibilização por parte desses profissionais que atendem nesses locais, como agentes civis e delegadas, por exemplo. Que

foi conclusivo em afirmar o quanto precisa de um atendimento por uma rede integrada, quando afirmam sobre:

(...) grande dificuldade de comunicação entre os serviços da assistência psicossocial e policial. Apesar de as DDM participarem ativamente da rede de encaminhamentos, como destinatárias e enviantes, destoam no sentido da definição do problema e, sobretudo, da proposta de atendimento”. (KISS; SCHRAIBER; e D’OLIVEIRA, 2007. pag.496)

Houve limitações para essa pesquisa. Como as dificuldades em restringir o tema, por se apresentar com magnitude e extensão. Ainda que tenha filtros de exclusão e inclusão, passou-se um artigo que não faz nem relação aproximada ao tema em questão. O artigo do autor Riscado, 2010 que tem como título “Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas” tem por objetivo analisar as formas de violência racial e de gênero e o comportamento das mulheres quilombolas diante das DST/AIDS em nessas comunidades específicas.

Ainda, Riscado (2010, pag. 101). Posiciona-se quanto à violência doméstica quando “A análise dos depoimentos apontou que um acentuado contingente de mulheres padece de violência doméstica em níveis físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral.” Mas a questão do artigo é relacionada ao racismo e ao perfil dessas mulheres que sofrem com essa situação.

Em comparação a outros estudos semelhantes, relacionados ao tema e que utilizaram a mesma metodologia, foram encontradas discussões equivalentes. Por exemplo, quando a autora Letícia Vieira (2011), que tem como título “Modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência: revisão integrativa” afirma através da visão do conhecimento produzido pela enfermagem no Brasil:

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 instituições. (VIEIRA, 2011. pag.369)

E também Moura, Guimarães & Crispim (2011, pag. 579) no artigo de título “Assistência de enfermagem as mulheres de violência: Revisão Integrativa” evidencia sobre o acolhimento humanizado:

(...) a equipe de enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional deve ter um atendimento integral, solidário, com cuidados mais efetivos, escutando as vítimas com ética, o que torna esse atendimento humanizado, com a instituição de vínculo, facilitando a assistência esperada.

Dificuldades a cerca da grande abrangência, por que a violência doméstica remete a muitas questões, como já abordadas anteriormente, mas a humanização do acolhimento dessas mulheres é apontado mais as críticas do que a diferença e conseqüências positivas no direito integral a saúde dessas em questão. Quando não é retratada na grandeza do assunto, se remetem a violência física e sexual doméstica que ocorre com mais freqüência, sem grandes alarmes para os outros tipos que também trazem sérios danos a saúde da mulher. Nota-se que a escassez sobre o tema ainda perpetua-se, mesmo com o aumento das publicações a partir de 2006. Ainda não é suficiente para literatura, mas contribui para o avanço que já se inicia.

Considerações Finais

Esse trabalho mostrou como profissionais de saúde atendem às mulheres vítimas de violência doméstica, realçando a falta de humanização nesse atendimento. Os profissionais não são capacitados e orientados para darem o apoio que estas precisam. Por isso ainda falham em ajudar estas a garantirem o direito a saúde integral.

Dessa forma esse estudo colocou em evidencia quatro discussões a cerca do tema. A primeira foi que o procedimento no acolhimento dessas mulheres vítimas, principalmente no SUS, ainda mostra que esta em falta. Que em suma maioria dos casos, é o primeiro lugar pra onde elas recorrem, sendo tratadas apenas com olhar físico e biomédico. A segunda é que existem os direitos que asseguram (leis, portarias, políticas, por exemplo) que estas mulheres não precisam sofrer tal violência, principalmente doméstica como vem crescendo na ultima década. A maioria das mulheres, não sabem da existência de centros especializados (delegacias da mulher por exemplo) em atendê-las frente a esse problema.

É preciso solucionar, por diversos ruídos de comunicação, essa disseminação quanto a esses recursos que existem também para contribuir a cerca de soluções para a situação dessas. E a terceira é que o papel dos profissionais de saúde que atendem essas mulheres não deve ser apenas para tratamento de sintomas físicos, mas devem garantir o direito integral à saúde delas, ajudando em encaminhamentos para que se rompa com o ciclo da violência. Por ultimo concluiu-se que a partir dessa revisão sistemática, houve crescimento de publicações a partir do ano de 2006, ano de promulgação da principal lei de enfrentamento a violência doméstica, a lei Maria da Penha. Observou-se que se apresenta escasso quando o tema é muito limitado, em virtude de se apresentar com magnitude. Entretanto a lei contribuiu para mudanças significativas para acabar com a situação que as acometem.

Nos demais, acredita-se que mesmo que ainda não explícita nas discussões e objetivos, por exemplo, a lei pode estar presente indiretamente. Porque estes fazem referencias de como é importante que os serviços de saúde tenham ações interdisciplinares e multiprofissionais no enfrentamento a violência. Mas não se colocam relacionados com a justiça, afim de que os profissionais ajudem e orientem aos serviços e centros especializados que as mulheres devem recorrer. Para assim ter garantido o direito a saúde integral. Para que estas bem orientadas e acolhidas de forma humanizada frente ao complexo problema social enfrentado, saibam o que

fazer quanto as próximas atitudes a serem tomadas. E isso se aproxima a idéia que os autores entendem o quanto esta fez e ainda faz significativas mudanças para o direito das mulheres a romperem com o ciclo de violência doméstica.

Portanto é importante entender que a Lei Maria da Penha e suas diretrizes não respondem a todos os problemas que vulnerabilizam determinados segmentos sociais, como a solução para a mulher se tornar independente financeiramente do marido, por exemplo. É preciso que o Estado possa garantir meios dessas mulheres se tornarem independentes, para que não seja motivo que justifique estar presa a essa violência. Mas reconhecer que a promulgação desta contribuiu para uma visibilidade maior do problema e cada vez mais se apresenta como tema de inquietação e preocupação dos debates a serem discutidos em varias áreas.

É imprescindível que todos se conscientizem, de que a violência doméstica contra a mulher, deve ter seu conteúdo incorporado na formação acadêmica dos cursos que preparam para a assistência ao ser humano, assim como na graduação em Saúde Coletiva. Através da capacitação e preparo desses profissionais que atendem as vitimas, pode-se ajudar essas mulheres a romperem com o ciclo de violência no âmbito doméstico; orientando e encaminhando aos centros especializados para tratar do tema cuidadosamente. Formando assim profissionais mais sensíveis para a identificação, atenção e enfrentamento da violência contra a mulher. Configurando-se como um dos meios de ir ao encontro da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e somada a Política da Humanização (PNH).

Diante dos resultados, são muitos os desafios, porém deve-se conquistar e ter a solução para que a humanização no acolhimento à mulher vítima de violência doméstica faça parte do cotidiano deste; e também aos demais relacionados a qualquer tipo de violência contra a mulher. Pois a diferença desse olhar por parte dos profissionais, principalmente do SUS, provoca múltiplas repercussões na saúde das mulheres de forma positiva.

Referências Bibliográficas¹

AGUIAR, V. R. L.; MEDEIROS, C. M. Entrevistas na pesquisa social: o relato de um grupo de foco nas licenciaturas. Anais do IX Congresso Nacional de Educação (EDUCERE), 26 a 29 de outubro de 2009, PUC-PR: Curitiba, Paraná.

AGUIAR, R. S. R. **O Cuidado de enfermagem a mulher vítima de violência doméstica.** *Enferm. Cent. O. Min.v.* 3, n.2, p.723-73, mai/ago 2013.

ALMEIDA, A. P. F. *et al.* **Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que freqüentam um serviço especializado de saúde.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online]. 2008, vol.8, n.1, pp. 83-91. ISSN 1519-3829.

ALVES, E. S. *et al.* **Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre.** *Rev. Gaúcha Enferm.*[online]. 2012, vol.33, n.3, pp. 141-147. ISSN 1983-1447.

ALVES, M. H. I.; AMORIM, C. N. V.; RIBEIRO, Y. L. **Mulheres em situação de violência doméstica: dificuldades para promoção de um atendimento de qualidade.** In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 93, out 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10536&revista_caderno=24>. Acesso em setembro, 2014.

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M G. S. **Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 591-595. ISSN 0080-6234

ATALLAHAN, CASTRO AA. Revisão sistemática e metanálise. in: Atallah AN, Castro AA. *Evidências para melhores decisões clínicas.* São Paulo: Lemos-Editorial; 1998. Disponível em: <http://www.epm.br/cochrane/bestevidence.htm> Acesso em agosto, 2014.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BASTOS, M. L. **Violência doméstica e familiar contra a mulher. Lei "Maria da Penha". Alguns comentários.** Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1189, 3 out. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/9006>>. Acesso em: Agosto, 2014.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 196. Seção II.

_____, Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Artigo 10 °. Regula o § 7° do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996

_____, Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, Artigo 1°. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para a Prática em Serviço. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2002.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, Artigo 5°, Inciso II, Parágrafo 2°. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília – 2004.

_____, HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei nº 11.340/06, de 7 de agosto de 2006. Que coíbe a violência doméstica e familiar contra as mulheres. Brasília – 2006

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual : matriz pedagógica para formação de redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____, Ministério da Saúde. Brasília. Secretaria de Estado da Saúde. Mais sobre Saúde da Mulher. Setembro, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>>. Acesso em :Out,2014.

_____, Portaria nº 078, de 09 de agosto de 2013, Artigo 87, da Constituição Federale tendo em vista a lei 10.683, de 28 de Maio de 2003, com redação dada pela lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010, e o art. nº5 do decreto nº 8.030 de 20 de Junho de 2013. Disponível em :<<http://www.spm.gov.br/sobre>>. Acesso em: Setembro, 2014.

Convenção de Belém do Pará. 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher/ Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento – Brasília: AGENDE, 2004.36 p

COSTA, A. M. *et al.* **Violência contra a mulher**: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referencia. *Rev Rene*. Fortaleza, v.12, n.3, p.627-35, jul/set 2011.

D'OLIVEIRA, Ana F. P. L. *et al.* **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1037-1050. ISSN 1413-8123

DULLIUS, A. A; ZORZAN, M. **Princípio da dignidade da pessoa humana e atendimento interdisciplinar as vítimas da violência doméstica.**In:Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 93, out 2011. Disponível em: <[52](http://ambito-</p></div><div data-bbox=)

juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=10477&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em set 2014.

DINIZ, N. M. F. *et al.* **Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.3, pp. 354-356. ISSN 0034-7167.

DINIZ, N. M. F. *et al.* **Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.6, pp. 1010-1015. ISSN 0034-7167.

FARIA, N; NOBRE, M. **Gênero e desigualdade.** São Paulo; SOF; 1997. 51 p.(Coleção cadernos Sempreviva).

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. de. **Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil.** *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.2, pp. 89-99. ISSN 0104-1290.

GIFFIN, K. **Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 146-155, 1994.

GODOI, C.K; BANDEIRA DE MELLO, R. SILVA, A.B.(Org.) São Paulo: Saraiva. 2006. ISBN: 85-02-05948-3

GOMES, N. P. *et al.* **Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo.** *Saúde debate* [online]. 2012a, vol.36, n.95, pp. 514-522. ISSN 0103-1104.

GOMES, N. P. *et al.* **Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas.** *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2012b, vol.33, n.2, pp. 109-116. ISSN 1983-1447.

GUERRERO, P.; MELLO, Ana L. S. F.; ANDRADE, S. R.; ERDMANN, A. L. **O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde.** *Texto contexto -enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp. 132-140. ISSN 0104-0707. **O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde.**

HIGA, R.; MONDACA, A. D. C. A.; REIS, M. J.; LOPES, M. H. B. M. **Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 377-382. ISSN 0080-6234.

Jornal da RedeSaúde .Nº. 21, setembro de 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/jornal/005.pdf>>. Acesso em: Outubro, 2014.

KISS, L. B; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.23, pp. 485-501. ISSN 1807-5762.

MACHADO, M. F. A. S. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus** - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.

MENEGHEL, S. N. *et al.* **Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.4, pp. 743-752. ISSN 0102-311X

MOREIRA, S. N. T. *et al.* **Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.6, pp. 1053-1059. Epub Oct 03, 2008. ISSN 0034-8910.

MONTEIRO, C. S. F *et al.* **A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2006, vol.10, n.2, pp. 273-279. ISSN 1414-8145.

MOURA, M. P. B; GUIMARAES, N. C. F.; CRISPIM, Z.M. **Assistência de enfermagem as mulheres de violência:** Revisão Integrativa. *R Enferm. Cent. O. Min.* v.1, n.4, p.571-582, out/dez 2011.

OLIVEIRA, A. R.; D'OLIVEIRA, A. F. P L. **Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP).** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.5, pp. 868-876. ISSN 0034-8910

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. **Violência entre usuárias de unidades de saúde:** prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo, v.46, n.2, abr 2012.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A. **Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde:** desafios para a formação Médica. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

PEREIRA, V.N. *et al.* **Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas.** *Saude soc.*[online]. 2012, vol.21, n.4, pp. 1056-1062. ISSN 0104-1290.

PINHEIRO, R. **Integralidade como Princípio do direito a saúde.** *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. 2009

PORTAL BRASIL. Governo. Maria da Penha. 05 de abril, 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/04/maria-da-penha-1>>. Acesso em: Agosto, 2014.

Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica. Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil. 2006. Disponível em :<http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulher/docs/cartilha_violencia_domestica.pdf>. Acesso em : Agosto, 2014.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1342-1353. ISSN 0102-311X

PARENTE, R.C.M. *et al.* **Revisão Sistemática e Metanálise de Intervenções Terapêuticas: Como Melhor Entendê-las.** *Bras. J. Video-Sur*, 2011, v. 4, n. 2: 065-07

RISCADO, J. L. S; OLIVEIRA, M. B. A.; BRITO, A. M. B. B. **Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas.** *Saude soc.* [online]. 2010, vol.19, suppl.2, pp. 96-108. ISSN 0104-1290.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, MC. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** *Rev. bras. fisioter.* [online]. 2007, vol.11, n.1, pp. 83-89. ISSN 1413-3555.

SANTI, L. N; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. **Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social.** *Texto contexto - enferm.*[online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 417-424. ISSN 0104-0707.

SANTOS, L. **Saúde:** Conceito e as atribuições do Sistema Único de Saúde. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul Av. Aureliano de Figueiredo Pinto, 80 - Porto Alegre. Jun/ 2005 Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id387.htm> Acessado em Agosto de 2014.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. **Violência contra mulheres:** interfaces com a Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* v.3, n.5, 1999.

_____, *et al.* **Violência contra a mulher:** estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública.* v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SEGATO, R. L. **Feminicídio y femicidio:** conceptualizacion y apropiacion. In: O direito achado na rua- Volume IV. A violência contra as mulheres. CEAD. Pg182. VI 5. 2010.

SIGNORELLI, M.C *et al.* **Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.29, n.6, jun 2013

SILVA, Iracema Viterbo. **Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, suppl.2, pp. S263-S272. ISSN 0102-311X.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica.** *Interface (Botucatu)* vol.11 no.21 Botucatu Jan./Apr. 2007.

SILVA, S. *et al.* **Violência doméstica contra a mulher.** *Rev. Eletr.de Ciências*.v.1, n.1. jan/jun 2008.

SILVA, C. M. O. G. **Violência contra as mulheres: a Lei Maria da Penha e suas implicações jurídicas e sociais em Dourados-MS.** /Cláudia Melissa de Oliveira Guimarães Silva. – Dourados, MS : UFGD, 2010. 182f.

SILVA, M. A. **A saúde pública e as questões de gênero: reflexões para enfrentamento da violência doméstica.** *Hygeiav*.7, n.13, p.186-196, dez 2011.

SOCHUM. Comitê Social, Humanitário e Cultural. Guia de Estudos. Tópicos: Violência Contra as Mulheres, 2006 [Meio eletrônico]. Disponível em:
<www.gcsp.org.br/file/SOCHUM.pdf>

TIMM, F. **A violência contra as mulheres.** In: O Direito Achado na Rua - Volume IV. CEAD. Pg182. vl 5. 2012.

TURATO, E. R. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*.2005; 39 (3): 507-14

VIEIRA, E. M. *et al.* **Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero.** *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2009, vol.12, n.4, pp. 566-577.

VIEIRA, L. B; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. **A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres.** *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*[online]. 2009, vol.30, n.4, pp. 609-616. ISSN 1983-1447.

VIEIRA, L. *et al.* **Modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência:** revisão integrativa. *J Nurs Health, Pelotas (RS)* 2011 jul-dez;1(2):359-372

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012, atualização:** homicídios de mulheres no Brasil. Agosto, 2012.