

ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Erenil Erica Ramos¹; Euseli de Jesus¹; Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa²; Michelly Kim De Oliveira Rosa Guimarães²

RESUMO

Introdução: A violência doméstica se refere a todas as formas de violência praticada no ambiente familiar sendo um problema de saúde pública uma violação dos direitos humanos (MOURA et al., 2012). A atuação dos profissionais da saúde é fundamental para a solução do problema sendo importante que o enfermeiro se pauta por ações planejadas, capacitação pessoal e interação com a equipe multidisciplinar. **Objetivo:** Analisar a assistência prestada às mulheres vítimas de violência doméstica em uma unidade de urgência e emergência. **Metodologia:** Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa foi realizada na UPA IPASE do município de Várzea Grande, MT. Através de entrevistas semiestruturada. Participaram da pesquisa quatro profissionais: uma médica, duas enfermeiras e uma assistente social. Utilizou-se análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os resultados foram organizados em duas categorias 1: Assistência profissional às mulheres vítimas de violência doméstica na UPA, compreende-se que o cuidado à vítima de violência exige mais do que as habilidades técnicas, requerendo uma atenção individualizada que ultrapasse o sentido de curar e tratar; e, 2: Desenvolvimento Profissional para Atendimento da Mulher Vítima de Violência Doméstica, nos serviços de saúde os processos educativos visam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuo. **Conclusão:** Diante as informações obtidas verificou-se as fragilidades e potencialidades da assistência na unidade, sendo o acolhimento crucial para a qualidade e a humanização do atendimento. Os profissionais envolvidos devem ter capacitações periodicamente visando uma melhor resolutividade.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Atenção à Saúde; Ação Intersetorial.

¹ Acadêmicas do nono semestre do Curso De Enfermagem do Centro Universitário UNIVAG.

² Docentes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVAG. Mestres em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma questão complexa e de múltiplas aparências que vem sendo tratada sob diferentes perspectivas. Trata-se de um tema atual, considerado, por suas proporções, como um problema de saúde pública e uma das formas mais generalizadas de violação dos direitos humanos (MOURA et al., 2012).

De acordo com a Lei 11.340/2006, configura-se violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, dano moral ou patrimonial, tendo como finalidade proporcionar instrumentos que coibam, previnam e erradiquem, além de oferecer assistência em consonância com os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outros setores de implantação às políticas públicas do país (BRASIL, 2006).

A formação da Rede de Atenção à violência dar-se à por representantes governamentais, não governamentais, comunidade, entre outros, com foco em estratégias de prevenção e proteção. A intenção da atuação conjunta é estabelecer objetivos, metas e ações que previnam e reduzam os casos de violência contra a mulher (BRASIL, 2011).

Em muitas sociedades, inclusive a brasileira, mulheres e meninas são sujeitas a violência física, sexual e psicológica que é transversal a diferentes rendimentos, classes e culturas, tanto na vida pública, como na privada. As mulheres são vítimas de violações, abusos sexuais, assédio sexual ou intimidação, escravidão sexual, como crimes relacionados com o dote, crimes de honra, gravidez forçada, prostituição forçada, esterilização e abortos forçados, bem como a seleção pré-natal do sexo, infanticídio feminino e amotinação genital feminina são também atos de violência cometidos contra as mulheres (SCHRAIBER, 2001). Monteiro (2012) ressalta que a violência psicológica é uma categoria difícil de detectar e as vítimas não são encorajadas a denunciar por acreditarem serem culpadas, muitas vezes, os casos são ocultados, possibilitando a recorrência e agravamento, julgada ideia de normalidade até culminarem em violência física.

Pesquisa realizada pelo Senado Federal evidenciou que no ano de 2015, 18% das mulheres entrevistadas “afirmaram já terem sido vítimas de algum tipo de violência doméstica, seja ela física, sexual, psicológica, moral ou patrimonial” (BRASIL, 2016, p. 04).

Desta forma, o profissional de saúde tem a função de cuidador, o preparo com métodos que auxiliem e assista a mulher vítima de violência doméstica, uma vez que, o agressor não desenvolve reconhecimento de valor sobre a vítima e sua finalidade é mantê-la sob controle, garantindo e afirmando sua superioridade, e violentando também psicologicamente, e na violência psicológica a mulher é vista como “coisa” (SILVINO et al., 2016).

Pesquisas realizadas por Schraiber (2001) apontam que a deficiência de profissionais capacitados para este atendimento pode ser fator implicante na situação. A vítima nem sempre encontra assistência específica e integrada eficiente o bastante para lidar com o silêncio e que

observados por um profissional competente pode ser um gritante pedido de socorro e com as questões subjetivas por detrás dos ferimentos que estampam os rostos e as fraturas que massacraram essas mulheres.

Muitas vítimas, após os atendimentos voltam para suas casas com a incerteza de que a questão foi resolvida, às vezes o sistema de fato não dá conta de todas as dimensões que tal problema suscita e elas voltam a conviver com ao agressor sem nenhuma resolução concreta. Como diz Porto (2006, p.427) “voltando para as consultas com as queixas: agonia, insônia, impaciência, angústia, dentre muitos outros sintomas, e os serviços de saúde continuam medicando”.

Acredita-se que o conhecimento sobre a atuação dos profissionais de saúde no que tange a assistência das mulheres vítimas de violência domésticas permitirá aos gestores refletirem sobre a temática e buscar estratégias de ampliar o olhar sobre essa problemática.

O cenário gerado pela violência física e outras formas de abuso não físicos que afetam a saúde da mulher nos motivou a elaborar esta pesquisa. Assim, este estudo objetivou conhecer como se dá a assistência prestada às mulheres vítimas de violência doméstica em uma unidade de urgência e emergência do Município de Várzea Grande em Mato Grosso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizado na Unidade de Urgência e Emergência UPA IPASE no município de Várzea Grande. A unidade de pronto atendimento foi construída e habilitada para atender Porte III conforme a portaria GM/MS nº2953 de 26 de dezembro de 2016, a UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências - RAU com funcionamento 24 horas.

A coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2018, por meio de entrevistas semi-estruturadas contendo 14 perguntas discursivas abertas. A entrevista foi realizada no próprio local de trabalho, na sala de reunião da unidade. A escolha desses profissionais se deu pela condição de serem as equipes que compõe o quadro do nível superior da UPA. Participaram do estudo quatro profissionais: médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que atuam na unidade. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente.

Abordou-se a categorização dos participantes onde enfermeira 1 da educação permanente e enfermeira 2 da classificação de risco, e ainda a médica e a assistente social. Foram aplicados como critério de inclusão: Colaboradores (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) que prestam serviço na unidade de saúde de urgência e emergência UPA IPASE, bem como aqueles que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido independentemente do tempo de atuação na unidade. Para preservar a privacidade dos sujeitos de nosso estudo, os apelidamos pela função exercida na

unidade.

O estudo respeitou as normas, princípios e diretrizes éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme estabelece a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o segmento do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Várzea Grande, Mato Grosso.

A pesquisa não implicou em danos físicos ou materiais aos participantes, porém ofereceu risco potencial. Pois, existiu risco de constrangimento ao responder a entrevista. Foram preservadas suas identidades com garantia de anonimato e sigilo quanto às informações prestadas. Esta pesquisa previu que poderia haver riscos psicológicos advindos da participação na pesquisa, ou a possibilidade da pessoa se sentir constrangida ou com algum tipo de insatisfação, neste ínterim, caso o participante avalie a necessidade, as pesquisadoras poderiam encaminhá-los para atendimento psicológico ou este próprio pode solicitar o atendimento de forma gratuita junto ao Serviço de Psicologia da UNIVAG.

Neste estudo, não acarretou benefícios diretos aos participantes, a participação no estudo pôde propiciar momentos de reflexão sobre as condições de trabalho e autoconhecimento, o que foi um benefício indireto da pesquisa.

A análise de dados ocorreu após transcrição das entrevistas gravadas. Para o tratamento do material analítico utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2010) que é subdividido nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os resultados foram agrupadas duas categorias maiores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 4 (quatro) profissionais, sendo 1 médica, 2 enfermeiras, 1 assistente social. Os resultados foram categorizados em duas categorias distintas e descritas a seguir.

Categoria 1: Assistência profissional às mulheres vítimas de violência doméstica na Unidade de Pronto Atendimento.

Ao questionar os profissionais a respeito do estado emocional e físico das vítimas de violência doméstica quando chegam a UPA, encontrou-se casos de fragilidade emocional e lesões físicas evidentes:

Enfermeira 1- Têm mulheres que são até fortes sabe, elas chegam aqui com sinais de violência, mas, elas relatam tranquilamente, mas tem muitas que chegam nervosas, chorosas [...], quando são mulheres mais velhas, elas chegam muito abaladas [...].

Enfermeira 2- Muitas apresentam lesões pelo corpo [...], outras chegam com o estado emocional bem abalado e triste o medo sempre mais forte, [...].

Assistente Social- Com hematomas, é visível, as que eu atendi; e com emocional abalado, frágeis, com autoestima rebaixado, [...].

Médica- Eu vejo que as que são casadas abalam muito mais, porque não esperam essa atitude do marido.

A equipe de saúde tem que estar capacitada para realizar o atendimento à mulher vítima de violência, o Ministério da Saúde preconiza que a assistência deva ser prestada por uma equipe multiprofissional que planejem o tratamento dos agravos de ordem física e psicológica, devendo o tratamento ser imediato e/ou em longo prazo. Mas, desde o momento em que a mulher procura o serviço de saúde, o profissional de enfermagem tem a oportunidade de acolhê-la e mostrar a essência da sua profissão, o cuidar/cuidado (OSHIKATA et al., 2011).

Dessa forma, compreende-se que o cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência exige mais do que as habilidades técnicas, requerendo uma atenção individualizada que ultrapasse o sentido de curar e tratar. Diversos são os motivos pelos quais as agressões sofridas, não são denunciadas. Constantemente as mulheres procuram justificar as atitudes do agressor e escolhendo permanecer vivenciando uma relação que lhe traz dor, sofrimento e conflitos (BRASIL, 2005).

Durante a pesquisa, abordou-se os participantes quanto à forma de acolher as mulheres vítimas de violência doméstica na Unidade de Pronto Atendimento. Nota-se nas falas abaixo que alguns profissionais referem realizar o acolhimento, porém outros julgam não ocorrer de forma adequada:

Enfermeira 1- Todos os funcionários podem ter contato com ela, principalmente os enfermeiros [...], eles que fazem a ficha da paciente na recepção [...], já na sala de classificação, a enfermeira direciona essas mulheres que aparentam serem (vítimas) aqui para dentro [...]. Elas irão receber informações [...], elas chegam na Classificação, tudo que é relatado é escrito no Prontuário [...], aí a gente chama a Assistente Social [...], a noite o responsável de Plantão, é ele que vai dar o andamento [...], a Assistente Social atende de segunda a sexta feira, o responsável pelo plantão é o Enfermeiro [...]. No período do dia, a gente conversa, encaminha a paciente para o médico [...].

Enfermeira 2- Sim. O Enfermeiro que realiza o acolhimento, o encaminhamento para o médico, preenche a ficha de notificação de violência doméstica.

Assistente Social- Olha eu acredito, que não [...], eu acho que acontece depois que já passou da unidade, ou depois que já foi classificado aqui [...], você classifica (o setor de triagem), depois que vai para o médico, depois que vem para mim aqui na minha sala [...], tem muitas pacientes que chegam sangrando, então não sei se tem que cuidar primeiro da paciente ou dar orientação às mesmas de como elas devem dar seguimento para buscarem os seus direitos, mas é difícil, e cada caso é um caso, mais eu acho hoje a forma como é realizado, é realizado parcial [...].

Médica- Eu acho que no Sistema de Saúde não existe esse acolhimento real, porque aqui nós não temos um psicólogo para dar apoio psicológico (pausa).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento como diretriz é um regime de afetabilidade construída a cada encontro por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde. Implica prestar uma assistência com resolutividade e responsabilidade, orientando, o paciente e sua família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, estabelecendo articulações para garantir o êxito desses encaminhamentos (BRASIL, 2010).

A mulher vítima de violência, além do tratamento médico, necessita do acolhimento de

um profissional habilitado para dar conforto e ouvir suas angústias e medos. O atendimento psicológico deve ser feito associado com o atendimento médico, na própria unidade hospitalar, mas, nem todas as mulheres vítimas, tem a oportunidade de serem atendidas nas unidades que possuem esses atendimentos em um único local (VIEIRA, 2009).

Percebe-se a necessidade de organização do atendimento a vítimas de violências nos serviços de saúde. Esse atendimento, muitas vezes, ocorre apoiado em instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde, sendo intitulado de protocolos assistenciais. Na unidade pesquisada, identificou-se que embora existisse um protocolo geral de atendimento às violências, não específico para doméstica, os profissionais desconhecem tal documento na prática, destacados a seguir:

Enfermeira 1- Temos um Protocolo [...], pelo menos os Enfermeiros que atendem conhecem o Protocolo, só os novatos que desconhecem esse protocolo [...]. Ele foi adequado à realidade, a gente adaptou o Protocolo do Ministério da Saúde, para a nossa realidade, mas nós não temos um Protocolo Municipal, nesse Protocolo teria de ter uma equipe para a gente direcionar, problemas psicólogos, assistente social esse o município não tem, para atender a nossa demanda, nós fizemos um protocolo interno para facilitar para os enfermeiros saberem lidar com o quê está acontecendo, mas um Protocolo Municipal, formado com toda uma equipe ainda não tem.

Assistente social- Específico para elas não [...], elas passam pelo mesmo procedimento que todos os outros pacientes, faz a ficha na recepção, classificação, consulta médica, toma a medicação, se precisar vai pra observação, se não já recebe a alta [...].

Médica- Que a gente conhece não, a gente segue apenas o protocolo do Ministério de Saúde, não temos um protocolo que chegamos e montamos integrando a rede municipal.

Ao analisar o Protocolo disponível pelo serviço, nota-se que traz os conceitos dos diferentes tipos de violência e como deve ser o acolhimento e atendimento dos casos de violência com enfoque na violência contra criança e adolescente. Não há descrição no referido documento sobre abordagens diferenciadas e encaminhamentos específicos para as mulheres vítimas de violências domésticas. Os profissionais pesquisados sabem da importância da violência contra as mulheres, mas desconhecem documentos específicos que orientem a abordagem e devidos encaminhamentos.

Existe a necessidade da notificação dos casos e estruturação dos dados para implementação de ações concretas, a referida unidade de saúde notifica os agravos de violência via Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, confirmado nas falas abaixo:

Enfermeira 1- Somente a Notificação do Ministério, via SINAN, tudo que é conversado com ela, é lançado no prontuário eletrônico, se for o caso do prontuário, eles não fizeram a notificação na hora, do período da noite, no outro dia, no período da manhã, eles só me comunicam que quem faz a notificação sou eu, aí eles só me comunicam, e eu faço.

Enfermeira 2- Existe sim a notificação dos casos, via SINAN.

Assistente Social- Sim, quem faz a notificação é a Enfermeira do CCIH, o médico faz um laudo passa pra ela, e ela faz a notificação.

Médico- Deve existir, mas a gente só comunica ao sistema do SINAN.

Posteriormente a classificação da vítima o profissional deverá preencher a ficha de notificação, em três vias, encaminha-la ao serviço social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento as Vítimas de Violência- Decreto nº 5.099, de 03 de junho de 2004, notificação dos casos de violência contra mulher.

Entretanto, Silvino et al (2016) apontou que existe a subnotificação, pela falta de monitoramento e de orientação para um registro contínuo, padronizado e adequado sobre acidentes e violência. Mesmo havendo um aumento dessas ocorrências, esta situação se repete, quando as vítimas da violência são crianças, adolescentes mulheres, o que leva a interpretar que existe uma deficiência dos registros.

Uma unidade de Pronto Atendimento segundo a portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002 do MS deve ter em sua equipe os profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviço geral, auxiliar administrativo, bioquímico, técnico de laboratório, auxiliar de laboratório. Outros profissionais poderão compor a equipe de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco regionais, como: Assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedistas, ginecologista, motorista, segurança, e outros. Todo serviço de saúde pode ser considerado um ponto de atenção capacitado para acolher e identificar os casos de violência, esses serviços devem ser articulados com os demais serviços em forma de rede articulada para atender e dar suporte aos casos de violência (BRASIL, 2002).

Com está pesquisa, pode-se perceber que a referida unidade oferece apenas atendimento clínico primário às vítimas de violência domésticas, com enfoque físico, depois encaminham para alguns serviços de apoio do município:

Enfermeira 1- Depois que a paciente sai daqui, e vai fazer o BO para ser encaminhada para o IML, eu não tenho mais notícia do que acontece com elas [...], apenas o hospital Julio Muller tem uma equipe montada para esse tipo de atendimento, [...], nós falamos para ela do Julio Muller, porque daí a Vigilância Epidemiológica que vai entrar em contato com ela, para saber dos andamentos e saber o que aconteceu.

Assistente Social- Pelo médico nenhuma foi encaminhada para lugar nenhum, as que chegam a minha sala, eu encaminho para fazerem avaliação psicológica, pelos fatos de como elas estavam chorando, mas algumas delas, na verdade não tinham nem se separado do companheiro [...], o atendimento aqui não é igual nas Policlínicas, aqui elas vão embora e não voltam mais, só voltam em situações extremas [...], o que tem de específico, só que não é encaminhado por nós e sim por parte da polícia é a Casa de Amparo, mas para atendimento psicológico, são encaminhadas para as Unidade que tenham o psicólogo e o Postão aqui no caso de Várzea Grande, mas específico para as vítimas seria a Casa de Amparo [...].

Médica- Eu não conheço, [...], o único procedimento é fazer os exames, e encaminhar para o postinho, e acredito que o postinho deva ter um método como referência para fazer o acompanhamento [...].

As políticas preconizam que o atendimento às mulheres em situação de violência deve ser dado por redes intersetoriais, constituídas por diversos serviços e instituições, incluindo a rede básica de saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com Osis et al (2012), a constituição de redes de atenção visa propiciar a articulação de instituições/serviços governamentais e não governamentais que permitam identificar, acolher e atender de forma processual e integral as mulheres que vivenciam situações de violência.

A ausência ou desconhecimento da rede de atendimento contribui para que os profissionais que atuam na unidade sintam-se limitados ou incapazes de abordar a questão na sua prática assistencial.

Categoria 2: Desenvolvimento Profissional para Atendimento da Mulher Vítima de Violência Doméstica

De acordo com relato das entrevistadas, algumas não sentem dificuldade de identificar essas vítimas, mas quando acompanhadas pelo agressor as mulheres costumam negar que foram vitimadas e isso pode “camuflar” o caso:

Enfermeira 1- Identificar não, [...], eu lembro de uma senhora que chegou aqui agredida pelo marido, ela levou três pontos no supercílio, conversamos com ela sobre as medidas protetivas e tal, aí ela se convenceu que realmente precisava, aí chamamos a polícia, aí o policial perguntou, a senhora tem certeza, aí respondeu, acho melhor não. Ela já não estava se aceitando vítima da coisa, então tivemos convencer ela que ela era vítima, aí chega o policial e estraga tudo que você fez. Ele disse, você depois não vai poder tirar a queixa, ele ficou indagando ela para ela desistir [...].

Enfermeira 2- Sim, existe dificuldades porque muito delas, dizem que foi acidente doméstico e não violência doméstica.

Assistente Social- Aqui na UPA, depende, eu responderia que não, só que dependeria de meu contato com ela (vítima), se eu tiver tido o contato direto não teria dificuldades para identificar, mas se for avaliado por outro profissional, para depois chegar até mim, aí eu já não sei.

Médica- [...]. Eu tive alguns casos, onde ela tinha levado um soco, aí ela tinha dificuldades de falar, ela falou que tinha caído, então, elas chegam com umas lesões estranhas, pelo fato do tipo de lesão que chegam, [...], elas começam a dar sinais que ocorreu a violência, mas como são adultas eu só oriento a denunciarem, mas essas são as vítimas que chegam com lesão, mas agora, sem lesão fica difícil identificar.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na identificação da violência contra a mulher, pois o serviço de saúde é o primeiro ambiente no qual a mesma recorre. Muitos ainda não dão a devida importância à violência contra a mulher como uma situação de atenção à saúde, e existem profissionais que evitam a abordagem sobre a violência, por não saber o que fazer diante do caso, muitos agem como se tratasse de um problema singular no qual não têm o direito de intervir (SILVINO et al., 2016).

Estudo realizado por Oshikata et al (2011) observou que o medo de retaliação por parte do agressor é referido, por 43% das mulheres que se recusam a fazer a denúncia policial. Outros motivos que dificultam as denúncias são os seguintes, 75% das mulheres estão preocupadas com a exposição pública, 60% sentem-se culpadas pela agressão sofrida, e 74% têm vergonha do ocorrido.

Ao questionar os profissionais quanto ao preparo para lidar com os casos de violência

doméstica, destaca-se o sentimento de preparo por algumas e poucas afinidades por outra.

Enfermeira 1- Então, eu li o protocolo, eu me sinto preparada, mas a equipe eu não sei.

Enfermeira 2- Sim, pelo fato que cada dia é um caso, e assim também porque sei passar tranquilidade e segurança para as pacientes.

Assistente Social- Sim!

Médica- Não sei, se eu tenho, na verdade eu não gosto muito de psicologia, eu não sinto dó, entendeu, [...], porque começo a me irritar, quando ela começa a tentar proteger o companheiro agressor, ela tem de denunciar, se bateu um dia, no próximo ela pode estar morta, eu não sei se eu sou a melhor pessoa para conversar, a mesma tem que passar por um psicólogo que seria um profissional mais capacitado.

De acordo com Silvino et al (2016) a capacitação dos profissionais da saúde, a sensibilização dos gestores, a desestigmatização do problema e a mobilização das entidades organizadas da sociedade civil poderão assegurar melhorias no atendimento e na qualidade de vida destas mulheres vitimizadas.

Diante a fala dos colaboradores, a SMS nunca ofertou capacitação para atendimento às vítimas de violência doméstica, e ainda uma das enfermeiras optou por não responder essa pergunta:

Enfermeira1- Em dois anos que eu estou aqui a SMS nunca ofertou nada [...].

Assistente Social- Não!

Médica- Que eu tenha participado não (pausa), eu trabalho aqui e no Pronto Socorro Municipal (risos), e nunca participei de nenhum curso.

Observa-se que a Secretaria Municipal de Saúde do município de Várzea Grande não tem ofertado aos seus profissionais a devida capacitação para melhorar os atendimentos para essas mulheres vítimas de violência, sendo um aspecto que pode dificultar a identificação dos casos, o acolhimento adequado e o encaminhamento seguro para serviços especializados que possam dar suporte a vítima.

Nos serviços de saúde, os processos educativos visam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos. Assim, a Educação Continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde. É um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social (SILVA; SELFFERT, 2009).

A estratégia para reduzir a violência contra a mulher encontra-se na capacitação dos profissionais de saúde, para que possa reconhecer os sintomas de abusos, a acolhida e o encaminhamento adequado para assistência, criando protocolo que detalhe os procedimentos a serem adotados. É de suma importância que os profissionais tenham o conhecimento das teorias sobre o abuso de gênero e de poder, bem como sua implicação na prática profissional e no cotidiano dos sujeitos com quem vão interagir (SANTOS et al., 2014).

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar às potencialidades e as fragilidades na assistência às mulheres vítimas de violência doméstica do município referenciado. O acolhimento é crucial para a qualidade e a humanização da atenção, podendo colaborar na viabilização do registro correto das informações importantes para a especificação desse tipo de violência.

A Unidade de Pronto Atendimento não conta com um Protocolo específico para atendimento a essas mulheres, sendo que tal documento deve ser elaborado, pautado em referências de protocolos nacionais, adaptados para o serviço. Faz-se necessário que o município tenha bem claro quais são os pontos de acolhimento da rede, quais os serviços de referência especializada e o fluxo de atendimentos dentro de uma rede Inter setorial organizada.

É imprescindível encorajar à mulheres vitimizadas a buscar assistência, e quando as mesmas o fizerem, as unidades devem estar estruturadas fisicamente e tecnicamente para disponibilizar o suporte satisfatório as vítimas. Os profissionais envolvidos no atendimento devem ter capacitações periodicamente visando um melhor atendimento, ter ainda, uma atitude de amparo, estimulando as vítimas a buscarem seus direitos.

Conclui-se que os colaboradores de saúde devam estar capacitados para vivenciar tais situações, por muitas vezes, chocante e danosa à vítima, que por vezes, o profissional depara-se com a impossibilidade de auxílio e a falta de recursos para realizar a assistência, ressaltando que, mesmo diante obstáculos e desafios, o profissional deve dar apoio ao vitimizador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série Cartilhas da PNH).

_____. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõem sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 2011.

_____. **Lei nº 11.349, de 7 de agosto de 2006**: cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra Mulher. Brasília- DF: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006lei/l11340.htm. Acesso em: 2 jun., 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM/MS, 5 de novembro 2002**: aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergências. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil**: indicadores nacionais e estaduais. Brasília-DF: Observatório da Mulher contra a Violência, n.1, 2016. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR.pdf> Acesso em: 30 jun., 2018.

_____. **Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília-DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 1 jun, 2017.

_____. **Enfrentando a violência contra a mulher**: orientações práticas para profissionais e voluntários(as). Brasília-DF: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2005. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios>. Acesso em: 15 jun., 2018.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, F.S. **O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica**. Brasília-DF: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília, UniCEUB, 2012. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2593/3/20820746.pdf>. Acesso em: 12 mar., 2018.

MOURA, M.A.V.; NETTO, L.A.; SOUZA, M.H.N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Rev Esc Anna Nery**, v.16, n.3, p.435-442, 2012. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5596/pdf_2. Acesso em: 25 jun., 2018.

OSHIKATA, Carlos Tadayuki; BEDONE, Aloíso José; PAPA, Mariana de Sá Fonseca; SANTOS, Gabriela Bezerra dos; PINHEIRO, Caroline Damasceno; KALIES, Ana Helena. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas-SP. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.4, p.701-713, abr., 2011.

OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves; FAÚNDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev Saúde Pública**; v.46, n.2, p.351-8, 2012.

PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento Psicológico: o que pensam os gestores municipais do SUS. Brasília-DF: **Psicol. Cienc. Prof.**, v.26, n.3, p.426-439, set., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 maio, 2018.

SCHRAIBER, L.B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? São Paulo: **Rev USP**, 2001. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?rlz=1C1GCEA_enBR761BR761&um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:xp4RKLSOyEmqcM:scholar.google.com/. Acesso em: 20 jun., 2018.

SILVA, G.M; SELFFERT, O.M.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Brasília-DF: **Rev Bras Enferm REBEn.**, v.62, n.3, p.362-6, 2009.

SILVINO, Michele Cristina Santos; SILVA, Laís Fernanda Ferreira da; DUARTES, Sara Cristina Fogaça; BELENTANI, Lorena; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Mulheres e Violência: características e atendimentos recebidos em unidades de urgência. **J Health Sci**; v.18, n.4, p.240-4, 2016.

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.**, v.30, n.4, p.609-16, 2009.