



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
Hospital Criança Conceição
Hospital Cristo Redentor S.A.
Hospital Fêmina S.A.



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE
ÊNFASE: SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
UNIDADE DE SAÚDE SANTÍSSIMA TRINDADE

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER – REFLEXÕES A PARTIR DA
ANÁLISE DE DOCUMENTOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
ZONA NORTE DE PORTO ALEGRE/RS

Autoria: Carolina da Rosa Reis

Orientação: Ms Vera Celina Candido de Farias

PORTO ALEGRE

JANEIRO DE 2013

Violência Doméstica Contra Mulher – Reflexões a partir da análise de documentos de uma Unidade Básica de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre/RS

Domestic Violence Against Women - Reflections from the analysis of documents of a Basic Health Unit of the North Zone of Porto Alegre / RS

Carolina da Rosa Reis¹

Resumo: Este artigo é resultado da pesquisa desenvolvida no Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Nossa temática principal é a violência, onde ela consegue mostrar sua face mais cruel, e onde ainda é possível invisibilizar-se: a Violência Doméstica Contra Mulher. Constitui-se em uma pesquisa documental de cunho qualitativo, embasada no método dialético crítico. Propôs-se a refletir aspectos do trabalho da Atenção Primária em Saúde, a partir do nosso objetivo, que foi analisar os acompanhamentos realizados pela equipe da Unidade de Saúde Santíssima Trindade aos casos de Violência Doméstica Contra Mulher, dando enfoque aos desdobramentos produzidos pela equipe frente a estes casos, considerando as potencialidades bem como as fragilidades deste nível de atenção.

Palavras chave: Atenção Primária em Saúde; Integralidade; Trabalho em Rede.

Abstract: This article is the result of the research developed during the Program of the Integrated Residence from Grupo Hospitalar Conceição – with focus on family and community health care. The main subject is violence, where it shows its cruelest face and

¹ Assistente Social, residente do Programa de Residência Integrada em saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Email: izacr85@yahoo.com.br.

still, where it can stay invisible: Domestic Violence Against Women. It was a qualitative documentary research based on the dialectical method, which aimed to study aspects related to the work in Primary Care, starting from our goal, which was to analyze the results of the follow-up performed by the workers of the Health Care Unit Santíssima Trindade in situations involving Domestic Violence Against Women. This research focuses on the developments produced by the health care team in these cases, as well as the potential and the weaknesses of this level of attention.

Keywords: Primary Health Care; Comprehensiveness; Networking.

1. Introdução

A violência enquanto fenômeno social, esta intrinsecamente presente na história bem como no desenvolvimento da sociedade. Porém, o crescente aumento da desigualdade social de classes, etnias e também de gênero, resultante do desenvolvimento intensivo do capitalismo e do direcionamento político neoliberal, faz com que, a violência esteja cada vez mais presente no cotidiano dos sujeitos, expressando-se de diferentes formas: nas ruas, nos espaços de lazer, no trabalho e no âmbito doméstico. Desta forma:

Crescem as desigualdades e afirmam-se as lutas no dia a dia contra as mesmas, no âmbito do trabalho, do acesso aos direitos e serviços no atendimento as necessidades básicas dos cidadãos, das diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero etc. (IAMAMOTO, 2009, pág.179).

Minayo (2007) explica em seus estudos que a violência ela não é, em si, uma questão de saúde pública “transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor” (pág1260).

Contudo, somente a partir da década de noventa é que a violência passa ser objeto das ações de saúde, alicerçada na concepção ampliada de saúde e do reconhecimento da implicação dos determinantes sociais no processo de saúde-doença. Com isso “postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades em saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA e MIOTO, 2009, pág.229).

Com base em levantamentos realizados, é possível identificar o aumento significativo da violência e suas vítimas, e que, grande parte das ações e recursos dos serviços de saúde voltam-se a este público. Com as mulheres vítimas de violência, para as quais damos enfoque neste trabalho, não é diferente, Oliveira (2009) refere que as mulheres vítimas de violência “têm mais queixas, distúrbio e patologias, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência” (2009, pág. 1038).

Podemos considerar assim, os serviços de saúde como fundamentais à composição da rede de atendimento as mulheres vítimas de violência doméstica. Nesta perspectiva, as Unidades de Saúde da Atenção Básica devem ser o contato preferencial dos usuários “a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde” (POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA- PNAB 2011). Desta forma, se constituem enquanto espaço privilegiado para o acolhimento de situações de violência, por estar localizada no território, onde desenvolve relação de proximidade com a comunidade pela qual tem responsabilidade e, por ter como objetivo norteador do trabalho o desenvolvimento de “uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (PNAB – 2011).

Este artigo apresenta os resultados do trabalho de pesquisa - **Violência Doméstica Contra Mulher – Reflexões a partir da análise de documentos de uma Unidade Básica de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre/RS** - do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Foi desenvolvida junto à Unidade de Saúde Santíssima Trindade, a qual tem como território de atuação a Vila Dique. Devido à uma forte relação construída ao longo dos anos, esta comunidade reconhece a Unidade de Saúde como local de referência para o atendimento de suas necessidades, e por ser o único serviço público, que esta localizado exatamente dentro do território, frequentemente é acessado pela comunidade não só com expectativa de cuidado em saúde. Neste contexto, o caminho que propomos percorrer neste processo preliminar e inacabado que caracteriza a pesquisa, é o da violência, onde ela consegue mostrar sua face mais cruel, e onde ainda é possível invisibilizar-se: a Violência Doméstica Contra Mulher.

Esta pesquisa se propôs a investigar o atendimento realizado pela equipe da Unidade de Saúde as mulheres vítimas de violência doméstica, analisando quais os movimentos e respostas produzidos pela equipe frente a estes casos, dando enfoque para as potencialidades e desafios que se colocam a um serviço de atenção primária em saúde.

2. Metodologia

Este estudo, qualitativo exploratório, foi realizado na Unidade de Saúde Santíssima Trindade, a qual se localiza na Zona Norte de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Tem como população adscrita em torno de 1400 famílias e destas, 3900 pessoas está nela cadastradas. A equipe de saúde é composta pelos seguintes profissionais: 4 médicos, 2 enfermeiras, 5 técnicos de enfermagem, 8 agentes de saúde, 2 odontólogos, 1 técnico em saúde bucal, 1 psicóloga e 1 assistente social. Também recebe residentes do Programa de

Residência Integrada e Residência Médica em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, abrangendo os núcleos de odontologia, serviço social, psicologia, farmácia e medicina.

Desenvolvemos a pesquisa a partir do objetivo levantado no projeto, que foi analisar os acompanhamentos realizados pela equipe da Unidade de Saúde às mulheres vítimas de violência doméstica da Vila Dique, realizando uma análise de documentos oficiais da unidade. Houaiss (2008) conceitua documento como “declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um acontecimento, fato ou estado; Qualquer objeto que comprove, elucide, prove ou registre um fato, acontecimento” (apud SÁ-SILVA et al. , 2009, pág. 06).

Utilizamos como método o dialético crítico, pois entendemos que este, nos possibilita uma aproximação efetiva com a concreticidade dos processos históricos vivenciados pelos sujeitos sociais, desta forma, neste processo de sucessivas aproximações com a realidade social, trabalhamos com o “ levantamentos de dados no próprio local onde os fenômenos ocorrem” (Marconi e Lakatos, 2006, pág. 43). Assim, a pesquisa documental, utilizada neste estudo, nos forneceu as ferramentas para uma necessária imersão nos objetos que dariam luz e sentido ao nosso estudo, pois, utilizamos como fonte de dados, somente documentos da unidade de saúde, sendo eles: três prontuários (P-1, P-2, P-3), que foram selecionados por se tratar de casos em que as demandas chegaram na unidade de saúde no período de início da pesquisa. Isto não significa que em outros momentos, estas mesmas mulheres já não tivessem acessado a unidade, também por situação de violência doméstica, mas neste novo momento buscaram retomar um possível acompanhamento. Ressaltamos que estes casos, foram acompanhados por diferentes não profissionais de saúde e não especificamente pela pesquisadora.

Também utilizamos como fonte de dados dois livros, sendo um deles o de discussão de caso da equipe (A-1), e o outro, o de discussão de casos com a Rede de serviços do território (A-2). Marconi e Lakatos (2006) referem que a principal característica da pesquisa documental “é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (pág.62). Cabe ressaltar que, estes dois espaços de discussão já estão consolidados na equipe. O de discussão de caso é nomeado de Interdisciplinar, e acontece semanalmente, já o de discussão com a rede é nomeado de Redinhas e acontece mensalmente.

A utilização do método Dialético Crítico neste trabalho, permitiu aproximar-nos do objeto de nossa pesquisa, no contexto da Unidade de Santíssima Trindade e no território da Vila Dique, conhecendo a realidade num movimento contínuo de construção e reconstrução da história. Conforme Minayo (2006), ao se referir as sociedades humanas aponta que estas “vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro que em si traz, dialeticamente, as marcas pregressas, numa re-construção constante do que está dado e do novo que surge” (pág. 39). Optamos assim por esse método, pois:

O enfoque Dialético Crítico reconhece o caráter político da pesquisa social - como construção coletiva que parte da realidade dos sujeitos mediando processos de desvendamento através da reflexão. Assim este método que reconhece os sujeitos como unidade em processo, busca, mais do que conhecer condições de vida, apreender o modo de vida dos sujeitos (PRATES, 2005, pág.13).

Como forma de organizar nossa coleta de dados, criamos um diário de campo para o registro de informações necessárias ao processo de pesquisa. Desta forma, analisar os documentos nos possibilitou produzir reflexões e inferências sobre o tema da violência doméstica contra mulher, num processo dinâmico de voltar-se aos registros, que constam

nos documentos da unidade de saúde, debruçando-nos sobre estes para uma análise crítica sobre o material encontrado.

Para analisarmos os dados coletados, utilizamos a análise de conteúdo proposta por Bardin que “é uma técnica que tem por objetivo interpretar a comunicação” (2011, pág. 13). Para Bardin (2011) “as diferentes fases da análise de conteúdo organiza-se em torno de três pólos cronológicos, quais sejam: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (pág.125), esta forma de organizar o material coletado, permitiu-nos a melhor compreensão dos dados levantados durante nosso processo de organização dos documentos pesquisados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição CEP/GHC.

3. Resultados e discussão

O presente artigo, resultado de um estudo investigativo realizado na Unidade de Saúde Santíssima Trindade, a qual tem como território de atuação a Vila Dique. Comunidade esta que, localiza-se em área considerada de ocupação irregular, extrema pobreza e risco social. Portanto, há uma grande concentração de necessidades de ordem diversas, devido às precárias condições de vida, à falta de uma infra-estrutura básica, a baixa condição socioeconômica da população, a inserção precária no mercado de trabalho. Esta população vivência em seu cotidiano, as mais diversas formas de violação dos direitos sociais, que podem ser garantidos mediante a execução e articulação das diferentes políticas públicas.

Cabe ressaltar, que esta comunidade esta em processo de reassentamento, portanto, em torno de 50% das famílias já se encontram no novo loteamento, nominado de Porto

Novo, e a outra metade permanece ainda na Vila Dique. Este fato, fez com que a equipe de saúde por longo período, desenvolvesse estratégias para atender esta comunidade em dois territórios distintos.

Hoje a unidade de saúde já se encontra sediada no novo loteamento. Neste contexto, o acesso dos usuários aos diferentes atendimentos, ocorrem a partir de agendamento, por telefone para os usuários que ainda residem na Dique, e pessoalmente para os que estão no novo loteamento. Para os casos de urgência, em que há necessidade de atendimento para o dia, o usuário pode retirar ficha de atendimento para o próprio dia, e já extrapolado estas fichas, ele passa pelo acolhimento com os profissionais da enfermagem, que darão o encaminhamento adequado a cada situação. No entanto, verifica-se ainda uma dificuldade no acesso das famílias que permanecem na Vila Dique, devido à distância entre os territórios, e para o qual, é necessário o uso de transporte para se deslocar até a unidade de saúde, assim, a falta de recursos acaba sendo um agravante e um limitador deste acesso.

Apresentaremos os resultados, ainda provisórios e inacabados, característicos de toda pesquisa, que buscaram dar visibilidade aos movimentos produzidos pela equipe de saúde, num contexto de extrema fragilidade, vivido por estas mulheres vítimas de violência doméstica. Vamos expor os dados coletados junto aos documentos da Unidade de Saúde, os quais elegemos, de forma que, pudessem nos remeter aos nossos questionamentos na busca de produção de respostas as inquietações referentes aos casos de violência doméstica contra mulher, durante nossa vivência nesta unidade de saúde da atenção básica, nível este de atenção que “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde” (PNAB – 2011).

Conforme Schraiber (2003) a violência doméstica contra mulher “é a forma de violência mais freqüente sofrida pelas mulheres” (pág.10), e ainda conforme a autora “apesar da alta magnitude, é raro a violência tornar-se visível” (2003, pág.12). Podemos inferir, que essa pouca visibilidade também dificulta a captação das situações pelos serviços. Conforme a Lei Maria da Penha, criada como mecanismo para coibir estas práticas para com as mulheres, no seu “artigo 5º configura violência doméstica e familiar contra mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico dano moral ou patrimonial” (2006).

Os documentos que subsidiaram este trabalho, prontuários e livros ata utilizados, estão dispostos na unidade de saúde em local de fácil acesso a todos profissionais, sendo estes, freqüentemente utilizados para o resgate de informações e encaminhamentos pertinentes aos casos atendidos. Desta forma, configuram-se como importante fonte de informação, o que nos remete também, a importância da realização de um registro qualificado, para que estes documentos possam se constituir como meio de comunicação entre os profissionais. Neste sentido:

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. (SÁ-SILVA *et al.* , 2009, pág. 02).

Primeiramente, detendo-nos aos prontuários, verificamos a presença de fatores semelhantes na história e no contexto de vida das usuárias vítimas de violência doméstica, que buscaram auxílio junto à unidade de saúde, sendo eles:

“Possuem pouco ou nenhum grau de instrução”. É fato que mulheres adultas de classes populares e/ou que desde a infância precisaram cuidar de irmãos menores ou trabalharem para ajudar a família, foram impedidas ou tiveram dificuldades de freqüentar a escola, e quando freqüentaram, em algum nível em muitas das situações não lograram concluir sua formação. Dados do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no país constatou-se que 44,4% das crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos, têm algum tipo de ocupação no país. Santana e Araújo (2004) atribuem dois fatores a esta inserção precoce ao mercado de trabalho, sendo elas “a pobreza que obriga as famílias a adotarem comportamento que incluem a oferta de mão-de-obra dos filhos menores de idade e, em especial o desemprego dos pais” (apud BRASIL, 2005, pág.10).

Inscrevendo-se predominantemente na socialização daqueles inseridos em famílias pauperizadas, o trabalho de crianças e adolescentes acaba por lhes impor um custo social elevado, implicando freqüentemente na renúncia a um grau de escolarização maior, capaz de lhes garantir as condições necessárias para o desenvolvimento de suas potencialidades, e/ou numa sobrecarga de tarefas na conciliação entre trabalho e escola (BRASIL, 2005, pág.11).

“O companheiro do qual sofrem a violência é fruto de sua primeira união estável, e esta aconteceu precocemente ainda na fase da adolescência”. Também assim como a inserção precoce ao mercado informal de trabalho, as mulheres com a expectativa de sair desta condição e constituir sua própria família, acabam casando-se ainda na adolescência, num processo de adultização precoce, depositando muitas expectativas nesta relação, acreditando que esta, vai retirá-las do seu ambiente atual, e assim, poderão constituir suas próprias famílias.

As famílias dos bairros periféricos em sua grande maioria, estão dentro do que poderíamos chamar grupo de risco geracional, já que se pode rastrear no tempo, situações de precariedade laboral e como esta incide em suas situações concretas de existência, em sua cotidianidade, até mais de quatro gerações nas quais tende a perpetuar-se.(PEREYRA apud BASSO, 2006).

“Dependência econômica; dependência afetiva e falta de apoio na própria família; história de violência familiar; excessiva preocupação com os filhos e da relação destes com o pai; companheiro etilista”. Depois de casada, a mulher passa a responder pelas atividades do lar, e ao companheiro, fica a incumbência do trabalho e o sustento da família, acarretando na dependência econômica desta mulher, e muitas vezes, no afastamento de sua família de origem. Assim, seu companheiro passa a ser sua principal rede de apoio, e não importa a forma como se relaciona, ela mantém-se atrelada a este companheiro, porém, impregnada de medos e anseios, inibindo-a a mudar o percurso de sua vida.

Foi possível neste processo como refere Prates “(...) apreender o objeto estudado como processos historicamente construídos, experiências vividas pelos sujeitos sociais em sua interação com a realidade social” (2000, pág. 25). Esta soma de fatores faz com que, estas mulheres vivam por muitos anos nesta condição, incidindo em sua qualidade de vida, acarretando em sentimentos de desvalia, fragilizando sua autonomia. Pereira (2007) ao falar sobre as necessidades humanas básicas refere que a saúde física e a autonomia são duas categorias de devem ser satisfeitas concomitantemente, pois:

Nenhuma das duas categorias constitui um fim em si mesmo; ambas são condições prévias ou precondições, cuja satisfação adequada poderá impedir a ocorrência de sérios e prolongados prejuízos à participação social e a libertação do ser humano de qualquer forma de opressão (pág. 83).

Ainda podemos identificar nos registros que estas mulheres vinham com frequência à unidade de saúde. Para exemplificar, em um dos casos analisados, a usuária veio até a unidade por período de cinco anos, com uma média de seis atendimentos/ano, com demandas como insônia, realização de exames ginecológicos, dores, ansiedade, preocupação com os filhos. Somente a partir de sucessivas aproximações com o profissional de saúde, é que, a situação de violência veio a ser relatada pela usuária, as demais queixas eram tratadas pontualmente, e somente após o relato pela própria usuária, da situação de violência doméstica que vivenciava, é que se deu o início a um acompanhamento sistematizado para o caso, de forma interdisciplinar e com uma perspectiva ampliada.

Podemos inferir que as situações de violência domésticas, têm menor visibilidade em serviços de atenção primária, por não se apresentar explicitamente, se expressa através de sintomas que podem sinalizar a situação real e concreta, porém, é necessário também, que os profissionais compreendam o sujeito para além do sintoma que se apresenta. Quando a situação vem de forma explícita, é por que esta mulher busca sua unidade de saúde de referência pela confiança depositada neste serviço, fruto de uma relação longitudinal já constituída, contudo os serviços da atenção primária são buscados em sua maioria “em decorrência de serviços pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nestes casos” (OLIVEIRA, 2009, pág.). Isso ficava evidenciado no cotidiano de trabalho da unidade, as mulheres vinham até o posto por diferentes motivos, e quando escutadas, sentiam-se acolhidas e colocavam o que realmente lhe angustiava. Identificamos assim, a importância do acolhimento e da atitude acolhedora nos serviços de saúde, sendo

imprescindível que o profissional se interesse pelo caso, abordando a situação de forma acolhedora, para que demais questões venham à tona, além da realidade exposta.

Cabe ressaltar que, pelo fato da unidade de saúde estar situada dentro de seu território de atuação, e por ser o serviço que está mais próximo desta comunidade, e ainda, por ser fruto das excessivas reivindicações dos moradores por um serviço de saúde que fosse referência para seus atendimentos, esta proximidade resultou ao longo dos anos, em uma forte relação desta com a unidade. Isso faz com que, a comunidade acesse frequentemente o posto com demandas diversas, por reconhecer este serviço como um ponto de apoio que poderá lhe auxiliar em suas necessidades.

Avaliamos que esta proximidade favoreceu as mulheres vítimas de violência doméstica neste território, de forma que, elas escolhessem este serviço para dar visibilidade a sua situação problema, por entender que ali vão ser acolhidas e auxiliadas neste momento peculiar de suas vidas. Conforme a Política Nacional da Atenção Básica, a unidade de saúde por estar próxima das famílias com a qual interage:

Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (2011).

A partir dos documentos analisados, podemos inferir o tipo de acompanhamento prestado à usuária vítima de violência doméstica pela unidade de saúde. Pelos registros contidos nos prontuários verificou-se que, a demanda chega com maior facilidade ao Serviço Social, ou seja, a usuária busca este atendimento com a intenção de trazer a situação problema. Nos três casos que analisamos, dois deles a situação chegou pela

primeira vez ao Serviço Social, e, um dos casos a situação foi atendida primeiramente pelo profissional da medicina, que buscou o assistente social para auxiliá-lo no caso, efetivando-se assim também a intervenção deste profissional. Com o profissional da medicina, identificamos que a demanda chegou a partir de sucessivas aproximações, que possibilitaram a construção do vínculo, e desta forma, favorecendo com que a violência doméstica fosse visibilizada durante os acompanhamentos. Observamos também, que o acompanhamento do caso se inicia tendo como ponto de partida a expectativa da usuária em relação à situação, como verificamos nos três casos:

“Relata desejo de separar-se do marido devido à violência doméstica, que após denunciá-lo no conselho tutelar ele prometeu que não a agrediria mais nem os filhos”. (P-1).

“Queixa-se de estar muito triste há dois anos. Sentiu piora há alguns meses por conflitos conjugais. Chora diariamente, tem vontade de morrer. Diz não gostar de si mesma. Diz não amar o marido. Esta com ele apenas por que não tem para onde ir.” (P-2).

“Vem após denuncia e diz que não quer encaminhar separação judicial apenas quer que ele pare de bater.” (P-3).

Observa-se que nos três casos a situação chega de diferentes formas no serviço de saúde. No primeiro caso, a usuária já vem com o desejo de separar-se do companheiro, mas também, este é um caso que já vem, devido aos ciclos da violência, há mais de seis anos sendo acompanhado pela unidade de saúde. Observamos que ela já teve outras expectativas em relação à situação, mas que também, com o tempo ela passou a ter mais clareza de seus direitos, conseguindo visualizar possibilidades de dar continuidade em sua vida mesmo rompendo com este companheiro.

No segundo caso a situação não chega explicitamente, ela vem através de um pedido de cuidado, onde fica evidente o adoecimento, a fragilidade e a dificuldade de visualizar possibilidades além deste contexto. Já no terceiro caso, a situação também chega explicitamente, mas ainda num momento bem inicial em que a usuária deseja apostar neste relacionamento e precisa com que esta relação seja mediada.

Ao analisarmos os livros: ata do espaço de discussão de caso da equipe (A-1), chamado de Interdiquesciplinar, e ata do espaço de discussão de caso com a rede (A02), chamado de Redinhas, ambos os espaços destinados a discussão de casos de maior complexidade. Evidenciamos que a intervenção e o acompanhamento dos casos de violência doméstica contra mulher, volta-se a dois eixos importantes que são: a articulação interdisciplinar e articulação em rede. Ou seja, as práticas da equipe a estes casos perpassam por estes dois espaços, com a perspectiva de garantir a integralidade do cuidado a estas mulheres e suas famílias, integralidade esta entendida “como princípio fundamental do SUS que pressupõe atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2009, pág. 192).

Detendo-se a articulação interna da equipe da unidade de saúde, dentre os objetivos do espaço de discussão de casos encontramos:

“Pensar junto os casos; Serve para organizarmos a coordenação do cuidado; Fomentar a vigilância em saúde, Pensar objetivamente encaminhamentos, resolutivo, totalizante, integrador; Casos que demandem ação interdisciplinar e/ou múltiplos olhares; Estimular o trabalho em equipe; Olhar para a família como um todo; Instrumentalizar nossas ações; Compartilharmos o cuidado/coresponsabilização das ações.” (A-1).

Encontramos registrado em ata a discussão de 24 casos e destes, 4 eram casos específicos de violência doméstica contra mulher do território, sendo que dois faziam parte

dos eleitos para esta pesquisa. Chegaram a serem pautados mais de uma vez neste mesmo espaço. Percebemos também outros casos envolvendo violência, que não as especificadas neste trabalho. Foram trazidos para discussão a partir do profissional que fez o primeiro acolhimento da situação. Contemplou-se a discussão de forma interdisciplinar, definindo-se os profissionais de referência para o caso, que seguiriam o acompanhamento e, portanto o articulador e responsável por este cuidado. Ou seja, neste espaço é possível a construção do Projeto Terapêutico Singular, que nada mais é do que “a reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de proposta de ações” (BRASIL – 2007). Este projeto segundo a Política Nacional de Humanização é composto por quatro momentos, sendo eles:

O **diagnóstico** que deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante das forças como a doença, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. **Definição de metas** que devem ser propostas pela equipe de curto, médio e longo prazo e que serão negociadas com o sujeito pelo profissional que tiver um vínculo melhor. **Divisão de responsabilidades** definindo as tarefas de cada um com clareza. E **Reavaliação** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. (BRASIL – 2007).

Vamos relatar brevemente um dos casos analisados, que passou por estas quatro etapas que compreende o Projeto Terapêutico Singular. Tratava-se da situação de uma usuária que teve seus primeiros atendimentos na Unidade de Saúde por volta de 1998, mas que a partir de 2006 passou a receber um olhar mais ampliado da equipe, devido às diferentes necessidades em saúde que passaram a emergir. O **diagnóstico**: tratava-se usuária com déficit cognitivo, que apresentava dificuldade com o manejo dos medicamentos para hipertensão, o que resultava na sua pressão arterial que ficava descompensada. Também, presença de situação de violência doméstica por parte do

companheiro que é etilista, com isso o casal não consegue garantir um cuidado adequado para o filho de dez anos. O desejo da usuária é que seu companheiro pare de agredi-la e que lhe auxilie no cuidado para com o filho. **Definição de metas:** auxiliar a comunicação entre o casal; aproximar a família da usuária para suporte e auxílio; atendimento para ambos para questões relacionadas à saúde; levar o caso para discussão com a rede e pensar estratégias para atendimento ao menino. **Divisão de responsabilidades:** O casal seguirá em acompanhamento sistemático com o Serviço Social com o intuito de facilitar a comunicação entre ambos; ela terá também atendimento conjunto sistemático com o serviço social e a medicina para o atendimento de suas necessidades físicas e emocionais; o assistente social fará visita domiciliar aos familiares da usuária para compreender como de dão estas relações e agregá-los no suporte a usuária; o farmacêutico fará caixas organizadoras que facilitem a utilização dos medicamentos. **Reavaliação:** retorno do caso para o espaço de discussão em quinze dias para avaliação e socialização das intervenções realizadas.

Após definido o plano de acompanhamento, a partir das necessidades em saúde conforme evidenciado no trecho:

“visita domiciliar pelo serviço social e medicina para reaproximar a família da unidade de saúde; acompanhamento sistemático com a assistente social da unidade e CREAS; aproximação de membros da família para um cuidado em saúde através de grupos etc.” (A-1).

Conforme necessidade e, esta geralmente existe devido às condições de vulnerabilidade em que a família esta exposta, o caso é levado para o espaço extra-institucional, que é a discussão com a rede. Rede entendida como:

(...) conjunto de pessoas e instituições, com seus respectivos profissionais, programas e serviços, que através de ações participativas e vias de comunicação interativa, formam um sistema de atenção em prol de objetivos, que, dentro de uma área de intersecção, são objetivos comuns (PACHECO e TEJADAS, 2003, pág. 32).

Podemos evidenciar, no livro ata, que as referencias dos casos foram compostas por diferentes núcleos profissionais, definidos conforme as necessidades do usuário e seu núcleo familiar, mas, o vínculo continua sendo um dos principais critérios para se definir esta referência, além do envolvimento dos agentes comunitários de saúde. A potencialidade deste espaço é que, além de qualificar a intervenção frente aos casos de violência, pela possibilidade de construção coletiva de estratégias de enfrentamento, se constitui também enquanto momento de educação permanente, instrumentalizando e sensibilizando os profissionais para as diferentes demandas do território, aprimorando o olhar a partir da troca dos diferentes saberes, conforme o encontramos:

“Espaço de caráter pedagógico de formação e educação permanente e por isso deverá ser assegurada a participação permanente de todos os residentes, preceptores, agentes comunitários e profissionais de saúde envolvidos com o caso discutido”. (A-1).

Identificamos também, que o Assistente Social exerce certo protagonismo frente aos casos de violência doméstica, pois, encontramos nos registros, dos três casos analisados, dois o Serviço Social foi procurado pela usuária que expôs a situação de violência. Já no outro caso, a situação chegou para o profissional da medicina que, buscou o assistente social para discutir o caso. Podemos inferir que este profissional é acionado nestes casos, por estar mais apropriado dos fluxos pertinentes, e, por já ter consolidado em suas práticas a relação com os demais serviços da Rede. Desta forma, o Assistente Social é buscado pelos demais profissionais da equipe, onde neste espaço de discussão de caso

consegue socializar estes fluxos com os demais desenvolvendo importante contribuição.

Assim:

No cenário em que se encontram as políticas nacionais de saúde repõem-se e acentuam-se as exigências para o Serviço Social. Retoma-se, aqui, a hipótese de que a ação profissional do assistente social se inscreve num campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersectorialidade, tomando como evidência dessa afirmação das atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde (NOGUEIRA e MIOTO, 2009, pág.238).

Entendemos que atender as situações de violência doméstica contra mulher não implica somente a intervenção aos aspectos relacionados à saúde, a discussão de caso com a rede intersectorial também se constitui como uma importante ferramenta de trabalho com o objetivo de garantir este cuidado de forma ainda mais ampliado e integral visto que “a saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida”. (MS, 2009, pág.193).

Na ata de discussão de caso com a rede encontramos registrada a discussão referente a 43 famílias, e destes 4 se tratavam de situações de violência doméstica contra mulher do território da Vila Dique, salientamos que dos três casos analisados nesta pesquisa, dois encontravam-se entre esses discutidos. No entanto, os demais tratavam de situações como exploração sexual, abuso sexual infantil, situação de rua e mendicância, trabalho infantil, alcoolismo e uso abusivo de substâncias, infrequência escolar, negligência dentre outros. Dos serviços presentes neste espaço, ligados as políticas de Assistência Social, Educação e Saúde participavam o Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS,

Centro dia do Idoso, Ação Rua, Escola e Posto de Saúde. Dentre os profissionais executores destas políticas encontramos assistentes sociais, psicólogos, médicos, educadores sociais e orientadores educacionais. Como este espaço é destinado aos casos de maior complexidade e a demanda para a discussão de caso era grande em virtude das características do território, para organizar os encontros definiu-se que seriam discutidos dois casos por serviço.

Os casos de violência doméstica contra mulher discutidos foram pautados pela unidade de saúde, mas as famílias eram conhecidas por todos os serviços, por circularem por eles em diferentes circunstâncias. Entre os objetivos destes encontros, estavam à discussão e co-responsabilização dos serviços, ou seja, definir o que cada instituição pode contribuir em relação ao caso, definindo os encaminhamentos, conforme o trecho que aponta as ações desenvolvidas, e que foram definidas a partir da discussão em rede:

“assistente social da US conversou com profissional do abrigo Viva Maria, e ela foi até o hospital falar com Rosa, que se recusou a ir pro abrigo, quer retornar para sua casa. Assistente Social da US conversou com profissional do DEMHAB, para antecipar transferência de Rosa para nova área, o profissional coloca que não há como priorizar a transferência de Rosa pois tem muitos casos graves igual ao dela, há possibilidades mas somente para o final do ano (...) Assistente social da US propõe a inserção de Rosa em algum espaço cultural, no ponto de cultura? No CRAS? Assistente social do CREAS coloca que é possível um educador social do CREAS acompanhar rosa neste grupo”. (A-2).

Igualmente ao espaço de discussão de caso da equipe, na redinha se definem a referência para o acompanhamento da família, mas neste caso, esta referência pode ser composta por profissionais de mais de um serviço. Ou seja, “a rede emerge a partir de elementos em comum cujo processo não é disparador de nenhum agente superior, sendo suas hierarquias definidas no processo” (DAL MOLIN et al., 208, pág. 101).

A partir da análise deste conjunto de documentos verificamos que as usuárias identificam a unidade de saúde como um ponto de apoio, ou seja, como serviço capaz de acolhê-las em suas fragilidades e necessidade, sendo este aspecto fruto da relação constituída entre comunidade unidade, mas também, por que o trabalho desenvolvido pela unidade de saúde fundamenta-se nos princípios da atenção primária em saúde como: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.

O primeiro contato refere-se à porta de entrada do usuário a todo sistema, conforme Ghiggi (2011) “tem por objetivo constituir a porta de entrada para o sistema de saúde do país, uma vez que envolve a prestação de serviços de menor densidade tecnológica” (pág.3), assim os profissionais de saúde da atenção primária devem “avaliar se as situações apresentadas pelos usuários precisam de atenção adicional ou podem ser resolvidas integralmente neste nível de atenção” (GHIGGI, 2011, pág. 3). A atenção longitudinal objetiva à manutenção do vínculo entre usuário e serviço por longo período:

(...) significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como sua; que os prestadores ou grupo de prestadores reconhecem pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para doença); e que esta relação existe, por período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada. (STARFIELD, 2002, pág. 248).

A coordenação do cuidado “tem como incumbência organizar, coordenar e integrar o cuidado ao usuário independente do nível de atenção onde tenha sido recebido” (GHIGGI, 2011, pág.3). Por fim, a integralidade pressupõe uma atenção em saúde que reconheça as diferentes necessidades do usuário “exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las” (GHIGGI, 2011, pág.3).

A busca destas mulheres ao serviço de saúde significa a expectativa de um acolhimento, ou de um auxílio nem sempre relacionado ao desejo da separação deste companheiro. Portanto, podemos inferir que o acolhimento e suporte necessário nestas situações, a partir de uma escuta qualificada foram às respostas produzidas pela equipe diante dos casos de violência doméstica contra mulher a partir das diferentes expectativas.

Foi possível constatar, ao examinar prontuários e atas de reunião, os processos estabelecidos pelos profissionais que se envolveram com o caso, assim, destacam-se nos registros movimentos como: escuta qualificada voltada ao suporte emocional e o atendimento imediato a necessidade física quando presente; a busca pelos demais profissionais ao assistente social para auxiliar nos encaminhamentos adequados; discussão do caso em equipe para a definição de um plano terapêutico singular para família, visando o suporte a mulher, mas também dando enfoque ao companheiro; acompanhamento sistemático visando o fortalecimento da autonomia com a utilização de instrumentos como atendimento individual e familiar, com a perspectiva de mediar a comunicação entre o casal e/ou outros familiares, chamados a compor no processo de superação da dificuldade; envolvimento e discussão dos casos com a rede visando o envolvimento dos diferentes serviços. Todos estes movimentos vêm ao encontro da garantia de um cuidado integral, conforme preconizado pelo SUS, já que a situação de violência vivenciada produz adoecimento.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material. (PINHEIRO E MATOS 2001 apud NOGUEIRA E MIOTO 2009).

Identificamos ainda como necessário, com potencial para qualificar os acompanhamentos e intervenções aos usuários da unidade de saúde, e, em especial as mulheres vítimas de violência, foco de nossa pesquisa, o necessário investimento na comunicação entre os profissionais através do próprio registro nos documentos como os prontuários, para que este seja um documento sempre atualizado e capaz de colocar para o profissional informações pertinentes, que contribuam para com o cuidado em saúde, e que o profissional, ao se reportar a este documento também possa se apropriar desta informações para que o cuidado possa se constituir enquanto:

(...) somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem vida dos serviços de saúde. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimento, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vai compondo o que entendemos como cuidado em saúde (MALTA e MERHY, 2010, pág.599).

O olhar curioso do pesquisador acompanhou-nos durante a trajetória da pesquisa, desta forma, também nos possibilitou indagar sobre as ausências, espaços que não foram preenchidos, registros que dão conta de necessidades não contempladas, assim em nosso trabalho destacamos a ausência de um dos atores da rede assistencial, o Conselho Tutelar, ainda que existam registros sobre os esforços realizados para o seu envolvimento efetivo nos casos abordados. Também identificamos nos prontuários a ausência das fichas de notificação de violência, que além de ser um compromisso do profissional notificar, inexistem dados que possam apontar para esta realidade das mulheres vítimas de violência doméstica, assim como sua magnitude na Vila Dique.

4. Considerações Finais

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou-nos a aproximação necessária com o objeto de nossa investigação, através de leituras exaustivas e inquietações sobre o que encontrávamos nos documentos, que serviriam de fonte para nossa pesquisa. Foi possível um desvelar da realidade, ainda parcial e inacabado, contudo um olhar minucioso e ampliado nos apontava as possibilidades de intervenção e cuidados que eram traçadas nos documentos que examinávamos e nos “falavam” cotidianamente de vidas e possibilidades de superação.

Foram estes os argumentos que nos permitem ao concluirmos nossa discussão inferir que a Atenção Primária em Saúde tem grande potencial para intervir junto aos casos de violência doméstica contra mulher, por se constituir enquanto porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Por estar localizada no território pelo qual tem responsabilidade e onde a vida dos sujeitos realmente acontece, constitui-se, assim em um local de múltiplas possibilidades de atuação.

Analisar os documentos da Unidade de Saúde Santíssima Trindade, possibilitou-nos uma aproximação com o processo de trabalho desta equipe frente aos casos de violência doméstica. Processo este que se organiza: a partir do acolhimento destas situações na Unidade de Saúde; a discussão em equipe com a construção de um plano de acompanhamento que contemple a interdisciplinaridade e, por fim, a articulação com a Rede de serviços do território com vistas a garantir a integralidade do cuidado.

Nossa vivência nesta instituição permitiu-nos conhecer a Vila Dique, comunidade esta com grande carência de recursos, onde a pobreza e o risco social estão bem presentes. A unidade de saúde há duas décadas faz parte da história desta comunidade, resultando em uma forte relação comunidade/serviço, ou seja, os moradores reconhecem o posto como

local onde serão ser acolhidos, podendo receber auxílio e orientação para suas necessidades. Esta relação, avaliamos, favorece a mulher vítima de violência doméstica, pois neste serviço é possível dar visibilidade ao problema vivenciado, mesmo quando este, quer se fazer invisível.

É uma instituição, portanto, privilegiada para identificação destes casos. Evidenciamos neste trabalho que o acolhimento e a escuta qualificada, foram fundamentais para a construção do vínculo mulher/profissional, e a partir deste encontro foi possível a construção e articulação conjunta de novos projetos de vida. Contudo, é fato também que o acolhimento e a postura acolhedora devem estar incorporados à conduta de todos os profissionais, criando desta forma as condições necessárias destas mulheres exporem o que realmente é significativo e tem sentido em suas vidas.

O trabalho em Rede também é uma importante ferramenta, quando possível à construção de um projeto assistencial, a partir de uma linguagem comum entre estes serviços e da compreensão do quão é complexo o fenômeno da violência doméstica. É um desafio que se coloca aos profissionais, contudo seu enfrentamento, articulado consistente e sistemático vai ao encontro da busca pela garantia de um cuidado integral aos usuários e na busca pela superação da fragmentação das políticas sociais.

Apostamos na Educação Permanente como fundamental e necessária para sensibilização dos profissionais para o tema da violência doméstica contra mulher, entendendo que esta é uma questão de saúde pública, relacionada aos determinantes sociais. Também a educação permanente, pode contribuir com desenvolvimento de competências, relacionada a abordagens, fluxos e notificação de violência. Porém, para que isso aconteça é fundamental, o interesse e comprometimento de profissionais e gestores.

Com certeza a discussão aqui realizada não se esgota com este trabalho, a complexidade do tema faz suscitar diversos questionamentos que demandam outros trabalhos de pesquisas, porém, buscamos contribuir com esta realidade trazendo a tona às possibilidades de trabalho num serviço atenção primária em saúde junto aos casos de violência doméstica contra mulher, para que, além de construirmos estratégias de enfrentamento e intervenção, possamos pensar em prevenção em saúde, também a partir do olhar minucioso para nossos registros, prontuários e atas, documentos que sintetizam o processos de trabalho na unidade de saúde, documentos estes que carregam em si, vidas, que estão literalmente encharcados de histórias e possibilidades de (re)criação de novos arranjos para estas vidas.

5. Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo. Edições 70, 2011.

BASSO, K.F. **Um olhar à violência conjugal na Vila Dique**. Residência Integrada em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: 2006.

BRASIL. Coordenação dos direitos Humanos. **Lei Nº11. 340, de 7 de agosto de 2006**. Maria da Penha.

_____. Ministério de Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clinica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Núcleo Técnico da PNH – 2ª Ed. Brasília/DF: 2007

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf. Acesso em: 13/12/2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento da atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http:// 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf)>. Acesso em 12 de novembro de 2012.

DAL MOLIN, F. F. GALLI, T.M. (2008). **Autopoiese e sociedade: a posição estratégica do desejo na gestão de uma rede social**. In: Psico, v. 39, n. 1, p. 100-105.

Disponível em: <
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/3610>>. Acesso em: 16/12/12.

GHIGGI, L.A. **Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre a longitudinalidade da atenção.** Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: 2011.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, nº3 Rio de Janeiro: Mai/Jun 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014>. Acesso em: 16/10/2012.

IAMAMOTO, M.V. **As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço social Contemporâneo.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Mota, A. E. et al, (orgs). 4 ed – São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MALTA, D.C. MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface comunicação saúde e educação. V14, nº34, p.593-605, Jul/Set 2010. Disponível em:<
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_deborah_linha_de_cuidado_dcnt.pdf>. Acesso em: 28/11/12.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execuções de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretações de dados.** 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, M.C.S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1259-1267, 2007. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 24/11/2012.

_____ **O desafio do conhecimento Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec: 2006.

NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, R.C.T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Mota, A. E. et al, (orgs). 4ª ed – São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, A.F.P.L et al. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para atenção primária em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, nº4 Rio de Janeiro Jul/Ago. 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011>. Acesso em: 21/11/2012.

PACHECO, C.O. TEJADAS, S. **Construindo uma abordagem de rede: experiência piloto do Sistema de Justiça com adolescentes usuários de drogas.** In: Adolescência,

drogas e o sistema de justiça – Caderno de Textos. Ministério Público do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2003.

PRATES, J. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social. **Polígrafo Didático de Pesquisa Social**. Porto Alegre: 2005.

_____. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social/Disciplina: Metodologia. **Retomando algumas categorias a partir de uma perspectiva dialética** Porto Alegre: Outubro de 2000.

_____. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social. **Síntese sobre Teoria de Pesquisa**. Porto Alegre: 2001.

PARENTE, A. **Rede e subjetividade na filosofia francesa contemporânea**. In: Revista eletrônica de Comunicação Informação e inovação em Saúde - RECIIS, RJ v1, n.1,p.101-105,Jan/Jun 2007 - ISSN 1981-6278. Disponível em: www.reciis.cict.fiocruz.br. Acesso em: 05/12/12.

SÀ-SILVA, J.R. ALMEIDA, C.D. GUINDANI, J.F. Revista Brasileira de História e Ciências Sociais. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Ano I, Nº I, Jul/2009. Disponível em: <[http:// www.rbhcs.com](http://www.rbhcs.com)>. Acesso em: 28/11/2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério a Saúde, 2002.

TURK, M.G.M.G. **Rede interna e rede social: o desafio permanente na teia das relações sociais**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.