

¿Cómo los profesionales de la atención primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas?

Dora Mariela Salcedo-Barrientos¹

Paula Orchiucci Miura²

Vanessa Dias Macedo³

Emiko Yoshikawa Egrny⁴

Objetivos: conocer cómo los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia reconocen y enfrentan el fenómeno de la violencia doméstica contra las mujeres embarazadas. **Método:** estudio de abordaje cualitativo basado en la Teoría de Intervención Práxica de la Enfermería en Salud Colectiva (TIPESC). Se entrevistó a catorce profesionales de una Unidad Básica de Salud en la zona este de Sao Paulo – Brasil. En este estudio se utilizó la técnica de Análisis del Discurso. Los datos empíricos fueron categorizados en grupos temáticos y discutidos en base a la literatura y el marco teórico adoptado por el estudio. **Resultados:** el análisis de las declaraciones identificó la invisibilidad de la violencia doméstica en base al bajo número de casos notificados, la falta de formación y capacitación de los profesionales de la salud sobre el fenómeno, las dificultades de estos profesionales en el proceso de identificación e intervención basado en los problemas personales, por prejuicios, por actitudes moralistas; y por el método de trabajo basándose en sólo los aspectos biológicos y, la importancia del vínculo entre profesionales de la salud y la mujer embarazada en el proceso de identificación e intervención de la violencia doméstica. **Conclusión:** existe necesidad inmediata para el desarrollo de las competencias de los profesionales y modificación de los procesos de trabajo para hacer frente a la violencia doméstica como una prioridad en embarazadas adolescentes víctimas de esta violencia.

Descriptores: Salud de la Mujer; Violencia Doméstica; Personal de Salud; Atención Prenatal.

¹ PhD, Profesor Doctor, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Estudiante de postdoctorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Matrona.

⁴ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Dora Mariela Salcedo Barrientos
Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades
Rua Arlindo Béttio, 1000
Bairro: Ermelino Matarazzo
CEP: 03828-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: dorabarrientos@usp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La violencia durante el embarazo y el puerperio afecta a la calidad de vida de las mujeres y preocupa a los profesionales de la salud por las diversas consecuencias que genera, así como también por la perpetuación del ciclo de la violencia doméstica⁽¹⁻²⁾. Las mujeres víctimas de la violencia durante el embarazo sufren las peores formas de violencia comparado ésta con todos los demás tipos de violencia que han sufrido en su vida⁽³⁾.

Un estudio realizado con 1,922 mujeres entre 15 y 49 años de edad en 14 servicios públicos de salud en la Grande Sao Paulo mostró que el 60% de las mujeres embarazadas habían sido víctimas de violencia (sexual, física y psicológica) ocasionada por sus parejas íntimas; de éstas, el 20% reportó haber sufrido violencia física grave durante el embarazo, incluyendo golpes, quemaduras, amenazas o el uso de armas de fuego⁽³⁾. Aproximadamente, una de cada cinco mujeres informó haber sufrido violencia durante el embarazo⁽⁴⁾.

En la Municipalidad de Sao Paulo, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) realiza acciones del Programa *Mãe Paulistana*⁽⁵⁾ (Programa de la Madre de Sao Paulo), cuyo objetivo es atender a las mujeres durante el embarazo en las consultas prenatales (al menos siete), parto y en el período de puerperio, hasta el primer año de vida del bebé. El programa sigue las directrices del Ministerio de Salud, que determina a los profesionales "promover la atención obstétrica y neonatal, especializada y humanizada para las mujeres y adolescentes ", y "promover atención a las mujeres y adolescentes en situaciones de violencia doméstica y sexual"⁽⁶⁾.

Sin embargo, la violencia contra la mujer todavía no se ha tornado una prioridad en los servicios de salud, debido a que la asistencia en salud aún privilegia la enfermedad y el cuerpo biológico⁽⁷⁾.

Teniendo en cuenta los indicadores epidemiológicos presentados anteriormente, el aumento de la violencia indica que las diferentes estrategias aplicadas hasta la fecha no han sido efectivas en la solución de este problema en Brasil. Sumado a todo esto la escasa producción científica, ratificada incluso por el Centro Latinoamericano para el Estudio de la Violencia y la Salud, el cual identificó que en el Brasil hasta la década de 1990, sólo el 3% de la producción académica sobre violencia fue anterior a la década de 1960, 11% fue de la década de 1970 y el 86% correspondía a la década de 1980, cuando los estudios comenzaron a crecer en número y alcance.

Las evidencias aportadas por algunos estudios y testimonios mostraron la necesidad de la existencia de profesionales capaces de reconocer las necesidades de las mujeres embarazadas, y especialmente a ser

sensibilizados en relación a los procesos protectores y destructivos a los que están sometidas.

De esta forma, este estudio tuvo como objetivo conocer cómo los profesionales de la ESF reconocen y enfrentan el fenómeno de violencia doméstica contra las mujeres embarazadas.

Camino Metodológico

Se trata de un estudio con abordaje cualitativo basado en la Teoría de Intervención Práctica de la Enfermería en Salud Colectiva (TIPESC). La TIPESC adopta el concepto de determinantes sociales del proceso salud-enfermedad como una teoría interpretativa de los fenómenos y la intervención dinámica y sistemática en la realidad de los procesos de trabajo⁽⁸⁾.

La comprensión de las relaciones sociales de producción y el acceso a los bienes materiales de consumo determinan la vida en sociedad, pero no son suficientes para explicar ciertos fenómenos que ocurren en la construcción de sujetos sociales. La categoría de género es capaz de iluminar el fenómeno de la violencia, trayendo grandes avances en el marco teórico y práctico de la salud y de la enfermería. Visto como una praxis que orienta la atención a la salud, la perspectiva de género permite la superación de las contradicciones y de transformación de la realidad⁽⁹⁾, además de amplificar el alcance de los problemas particulares dentro de la salud colectiva, en particular de las relaciones sociales e identificar las fortalezas existentes en la familia y la sociedad que determinan las formas masculinas y femeninas del ser.

El ámbito del estudio fue una Unidad Básica de Salud (UBS), ubicada en el lado este de São Paulo – Brasil. La población adscrita al territorio de la UBS es de 28,000 habitantes, y el promedio de mujeres atendidas en la UBS es de 150 mujeres embarazadas por mes.

Los datos empíricos fueron recolectados de enero a marzo de 2010, tras su aprobación por el Comité de Ética e Investigación, con siete equipos de la ESF. Se entrevistó un total de 14 profesionales (siete médicos y siete enfermeras) utilizando una guía semiestructurada, que contenía preguntas sobre las facilidades y dificultades encontradas para atender a las mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica. Para ser parte del estudio, todos los profesionales debían poseer educación superior y tenían que formar parte de los equipos de salud durante al menos seis meses. La UBS tenía siete equipos y dos miembros de cada equipo fueron invitados a participar en este estudio; es decir, un médico y una enfermera, que dio un total de 14 profesionales de la salud y fue respetado el criterio de saturación. Los profesionales que participaron firmaron un formulario de consentimiento informado.

Los datos obtenidos a través de entrevistas en profundidad fueron analizados mediante la técnica de *Análisis de Discurso*.

Esta técnica de análisis y tratamiento del material de la fuente primaria se basa en la propuesta de decodificación de los datos basados en la Teoría del Discurso⁽¹⁰⁾ – organización de la narrativa y el discurso – desde la perspectiva de la dialéctica materialista; el método fue adaptado para ser utilizado con discursos completos a fin de captar las contradicciones dialécticas sin perder la esencia en cuestión.

El análisis y el tratamiento del material consistieron en la extracción de los temas contenidos en las declaraciones, en busca de articulaciones entre los temas y figuras, sus congruencias y ambigüedades; análisis e interpretación para la captura de contenidos-clave en las declaraciones.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (EE-USP) (Proceso n. 834/2009), por la Secretaría de Salud Municipal de Sao Paulo (Declaración 17/10 CAAE: 0188.0.162.162-09) y fueron cumplidos todos los principios éticos.

Después del análisis, surgieron las siguientes categorías empíricas: violencia doméstica contra las adolescentes embarazadas, proceso de trabajo de los profesionales de la salud, necesidad de salud de las mujeres embarazadas en el contexto familiar; embarazo y aborto.

Resultados y Discusión

Los profesionales entrevistados tenían entre 28 y 62 años, la mayoría de sexo femenino. Todos se graduaron en instituciones privadas en el Estado de Sao Paulo y Río de Janeiro.

El tiempo de trabajo en la atención primaria varió entre 2 (dos) a 35 (treinta y cinco) años y de seis meses a siete años en el lugar donde se realizó esta investigación.

Los profesionales reportaron que no tuvieron disciplinas relacionadas con el enfrentamiento de la violencia doméstica durante su formación en el pre-grado. En referencia a la formación en el post-grado, informaron haber seguido cursos de especialización en Salud de la Familia, Salud Pública, Medicina del trabajo, Pediatría y Neonatología. Ninguno de estos cursos abordó el tema de la violencia, a pesar de la proximidad de estas áreas con el tema.

Ah [...] No lo recuerdo. Yo creo que no, había muchas asignaturas sobre la salud de la mujer en la escuela de enfermería, pero yo no recuerdo nada acerca de la violencia. (E2)

Cuando se les preguntó si habían recibido algún tipo de capacitación sobre el cuidado de las mujeres embarazadas víctimas de la violencia, sólo una de las entrevistadas había

realizado un curso de ocho horas y un taller de 12 horas sobre la violencia contra la mujer en general.

La mayoría de los cursos de salud como medicina, odontología y enfermería, entre otros, no incluyen contenidos relacionados con la violencia doméstica en sus planes de estudio ni en sus programas de educación continua. Consecuentemente, los profesionales de salud no están preparados para cuidar a las mujeres víctimas de la violencia doméstica⁽¹¹⁾.

Específicamente con respecto a la enfermería, una profesión que trabaja directamente con las mujeres y las familias, cabe destacar que las mismas reconocen las dificultades que enfrentan en la atención a las familias y víctimas de la violencia, los profesionales se sienten impotentes para superar esas dificultades y la falta de consideración sobre el tema de la violencia en los cursos de formación y de capacitación profesional pueden ocasionar vacíos de conocimientos que dificultan el enfrentamiento de este problema⁽¹²⁾.

Además de la falta de formación y capacitación, las dificultades de los profesionales de salud para lidiar con los otros problemas que repercuten en la violencia doméstica parecen estar relacionadas con el modelo de formación biológica y fragmentada, sin tener en cuenta los aspectos biopsicosociales y la propia determinación social del proceso salud-enfermedad.

[...] Andamos muy apresurados, no tenemos mucho tiempo, por ejemplo, cuando pienso que el caso necesita un poco de atención especial, le digo a la enfermera, vea este casito. (M6)

[...] En el servicio público no tenemos tiempo de pensar si hubo alguna enfermedad o no. (M6)

En las declaraciones de los profesionales, se observa cómo el concepto de salud adquirido en las escuelas de formación que todavía se concentra en cuestiones biológicas y enfermedades, dejando a las mujeres que sufren violencia sin una atención integral que pretende entender sus necesidades de salud. De esta forma, la fragmentación de la acción y el objeto de trabajo se reducen a la atención sólo de los aspectos biomédicos⁽¹³⁾.

En realidad de esta historia (de violencia), nos enteramos por el agente de salud. (E7)

Este profesional con poca amplitud recorta un objeto de trabajo mucho más limitado en su campo de acción, generando que ciertos fenómenos sean invisibles a la atención. Cuando se les preguntó acerca de la presencia de la violencia contra las mujeres embarazadas identificadas en la práctica diaria, los profesionales respondieron que era casi inexistente, sólo relataron casos de personas de la tercera edad abandonadas y niños con padres drogadictos.

Identifico algún riesgo patológico, pero no el riesgo de violencia. (M6)

Esta invisibilidad de la violencia fue identificada en un estudio estadounidense que mostró que un 24% de las mujeres que sufrieron violencia doméstica buscaron atención en el servicio de emergencia, y el 28% de mujeres buscaron atención en los servicios de atención primaria, sin embargo sólo el 6% fueron identificados como víctimas por los profesionales en estos servicios⁽¹⁴⁾. En Brasil, este problema también fue identificado y se observó que entre los profesionales de salud que había una tendencia al reduccionismo biológico y fragmentado en la atención a la salud de la mujer⁽¹³⁾.

Esa dificultad para identificar e intervenir en los casos de violencia contra la mujer aumenta mucho más cuando las mujeres están embarazadas.

Existe dificultad para encontrar esto, porque la violencia es complicada, la violencia contra las mujeres [...], imagínese contra la mujer embarazada. Nunca he tenido casos de violencia durante el embarazo. (E7)

Esta actitud indica que los servicios de salud se están alejando de la responsabilidad de enfrentar este problema y las mujeres embarazadas se tornan mucho más vulnerables frente a esta debilidad que presentan estos servicios públicos de salud.

Es evidente que existen muchas dificultades para los profesionales de la salud para identificar y realizar la atención adecuada a las personas involucradas en casos de violencia doméstica. Entre las causas atribuidas a estas dificultades están la falta de visibilidad del problema y la falta de capacitación de estos profesionales para esta tarea.

Otros aspectos como la historia de vida, la postura y actitudes profesionales potencializan las dificultades de los profesionales para ayudar a los usuarios que son víctimas de violencia doméstica. Esto apunta a la urgente necesidad de discutir los dilemas éticos y legales relacionados con el tema, en particular en relación a la notificación obligatoria⁽¹⁵⁾.

Fíjese, no podemos ir más a fondo, atendemos a un montón de gente [...] no podemos. (M6)

La ESF debe funcionar como un espacio que permita la reflexión y promoción de la salud, articulando estrategias para hacer frente al problema⁽¹⁶⁾.

Los profesionales informan no sentirse preparados para lidiar con temas relacionados con el embarazo en la adolescencia y menos aún con la violencia doméstica contra las adolescentes embarazadas.

Dificultad es la tensión, incluso de las mujeres que piensan que tienen que soportar... y ves que a veces pasa un año, llega el otro año, y es la misma cosa, pues no toman ninguna actitud, y que son principalmente las mujeres que dependen del marido o de la pareja. (E12)

Pero los casos de violencia no los conozco, las enfermeras son las que saben, creo que es porque somos clínicos, no conocemos bien el área obstetricia. (M6)

Con la falta de preparación para enfrentar el tema, los profesionales entrevistados mostraron que la atención de esta población está impregnada de una actitud crítica y moralista; por ejemplo, cuando cuestionan el papel de "ser madre". Además, tienen un concepto distorsionado de lo que es la violencia y por lo tanto sus importantes implicaciones para la vida de las mujeres. Estos juicios pueden ser evidenciados en las siguientes frases:

Las chicas (adolescentes) no tienen una perspectiva de la vida, un sueño, no piensan en estudiar, construir una carrera, su sueño es ser madre. (M9)

Es una forma de violencia para una adolescente ser una madre tan joven, ella carece de madurez. (M9)

Las adolescentes son consideradas por los profesionales como niñas inmaduras, sin perspectivas de vida, y responsables por la ocurrencia del embarazo. Sin embargo, se identificó una contradicción importante en el discurso de los profesionales, ya que mientras no perciban la consulta del pre-natal como una oportunidad para profundizar en las cuestiones que afectan los momentos de producción y reproducción social de estas adolescentes, los profesionales acaban emitiendo juicios apoyados por el sentido común.

También se observaron juicios de los profesionales que realizan consultas prenatales acerca de la familia de las adolescentes embarazadas. Considerando a estas familias como desestructuradas y culpan no sólo a los adolescentes, sino también a su familia por el embarazo.

Ah [...] ellas (adolescentes embarazadas) son totalmente desestructuradas, ninguna tiene una familia estructurada, ninguna de ellas. (M8)

Algunos textos legales y reglamentarios discuten las condiciones del embarazo y el embarazo mismo en la adolescencia. Para el Ministerio de Salud, no hay una edad ideal para que una mujer quede embarazada, y afirma que "el embarazo en adolescentes y adultos jóvenes, aunque no siempre es deseado, puede ser una etapa tranquila de la vida, desde que la mujer embarazada sea acompañada por un equipo de salud responsable de las consultas prenatales. En esta etapa de la vida, las mujeres sufren muchos cambios hormonales, físicos y psicológicos, por lo que se requiere una recepción especializada y diferenciada. Declara, además, que en algunos casos "el embarazo hace parte de los proyectos de vida de los adolescentes convirtiéndose en un elemento reorganizador y que no desestructura la vida de las mismas"⁽¹⁷⁾. Es importante destacar que la concepción ministerial no apunta a las peculiaridades de la adolescencia en relación con el momento social e históricamente determinado experimentado por los jóvenes.

El Estatuto del Niño y del Adolescente, garantiza a las mujeres embarazadas el acceso universal a los períodos prenatales y perinatales a través del Sistema Único de

Salud⁽¹⁸⁾. Este documento también apunta la obligación de comunicar al Consejo Tutelar la sospecha o confirmación de casos de violencia.

Por lo tanto, es deber de los profesionales de salud, junto con la familia, brindar atención integral a las adolescentes para entender los valores individuales de cada una, así como las necesidades sociales y de salud de las mismas. Los profesionales de salud también deben asumir el papel de mediador entre la sociedad y las necesidades de salud identificadas en el momento de la asistencia. Depende de los profesionales proporcionar un servicio cada vez más cuidadoso, con el fin de satisfacer las necesidades de las mismas llevando en consideración el ambiente o grupo al cual pertenecen y la condición epidemiológica particular de cada una.

El compañero casi nunca es mencionado, lo que refuerza el concepto de los profesionales de salud con respecto a las cuestiones de género, centrados en el poder masculino y la valoración de la mujer en el proceso reproductivo. En situaciones de violencia, se resalta la visión estereotipada de la mujer desprotegida y sumisa al hombre, mientras que él es visto como poderoso y fuerte⁽¹³⁾.

Eso explica las diferencias de género que surgen dentro de una sociedad capitalista respecto a la maternidad y la paternidad, destacando los diversos conflictos que necesitan ser discutidos sobre esta realidad. Para los adolescentes, la paternidad significa un aumento de la responsabilidad, la obligación del trabajo y la pérdida de la libertad⁽¹⁹⁾. Muchas de las parejas a quienes les gustaría participar en este proceso se sienten impedidos por la jornada de trabajo. Es importante que los profesionales de la salud puedan repensar su práctica, proponiendo nuevas estrategias para aproximar el padre en el proceso del embarazo y el parto, teniendo en cuenta sobre todo las expectativas de la propia pareja.

Los profesionales entrevistados también señalaron que la aproximación a las mujeres embarazadas permitió el establecimiento de un vínculo, en el que la confianza y el respeto estaban presentes, y que en consecuencia, facilitó el proceso de intervención con las adolescentes y sus familias.

La principal facilidad es el vínculo. (E12)

Había desconfianza, pero conseguimos superarla conversando mucho, mostrándole que yo era una amiga, una profesional. (E2)

Una investigación realizada en Alfenas-MG con 24 enfermeras mostró que el desarrollo de las competencias básicas en obstetricia durante la formación del enfermero dentro de lo cual se hace hincapié en el manejo de la mejor posición de la mujer para dar a luz, el cuidado del periné y la búsqueda para escoger un modelo intervencionista y humanizado, pueden facilitar una mayor inclusión en la atención obstétrica⁽²⁰⁾.

Por ello, es importante que el equipo de salud establezca un vínculo con la adolescente embarazada y con la familia, constituyendo una red de apoyo, generando confianza con el fin de establecer una relación terapéutica para ayudar en el proceso de cuidado con el hijo⁽²¹⁾.

La relación entre profesionales de salud y las mujeres víctimas de la violencia sólo se producirá de manera efectiva en el momento en que haya un cambio en la organización del sistema y la atención, porque ni los profesionales ni los servicios están preparados para una intervención adecuada y de calidad⁽¹⁶⁾. Así, con el fin de comprender el significado de la violencia doméstica como un fenómeno complejo que debe ser abordado en su singularidad y multidimensionalidad, es necesario construir un plan de cuidado de enfermería ampliado e integrador⁽²²⁾.

Conclusión

El presente estudio demostró que la falta de disciplinas en el pre-grado y en los cursos de capacitación de los profesionales de salud en temas relacionados a la violencia doméstica, así como también la dificultad de lidiar con estos asuntos debido a los propios problemas personales, potencian los puntos débiles de estos profesionales principalmente en el proceso de identificación e intervención en los casos de violencia doméstica en los servicios de salud.

Las dificultades que los profesionales de la salud tienen para identificar e intervenir frente a situaciones de violencia contra las mujeres que fueron evidentes en la propia narración de los casos, pero también por el bajo número de registros de violencia doméstica, lo que le da al fenómeno la característica de ser invisible para la sociedad, a pesar de existir. También se consideró que esta dificultad se acentúa cuando la mujer está embarazada y sobre todo si la mujer embarazada es una adolescente. Además de esta dificultad, se agregan los prejuicios y los valores morales de estos profesionales.

Además, algunos profesionales realizan una atención centrada en métodos de trabajo que hacen hincapié en los aspectos biológicos del sujeto y no identifican las necesidades de salud de forma integral.

Uno de los aspectos interesantes señalado por los profesionales y que contribuyó a la atención integral para satisfacer las necesidades que involucran a mujeres embarazadas fue el establecimiento de vínculos con la familia, la adolescente y la mujer embarazada con el equipo de consulta prenatal. Este tipo de atención podría contribuir al proceso de identificación e intervención de profesionales de la salud en casos de violencia doméstica.

Este no fue el foco de este estudio, pero es importante que otros estudios puedan desarrollar desde esta perspectiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio permitió una visión más profunda de un tema de gran importancia dentro de la atención de salud de la mujer, que es la problemática de la violencia doméstica. También permitió el conocimiento y la comprensión de las prácticas de trabajo de los profesionales específicamente en el caso del trabajo médico y de enfermería que forman parte de la Estrategia de Salud de la Familia, que aún centran su práctica en el aspecto biológico y la evidencia de la invisibilidad del fenómeno de la violencia, específicamente en este grupo de edad vulnerable.

Cabe destacar que el proceso de trabajo de los profesionales de la salud necesita una reformulación en relación a la coherencia de los objetivos de la Estrategia de Salud de la Familia, por lo tanto, las instituciones formadoras, los servicios y los propios profesionales necesitan pensar en nuevas estrategias para fortalecer los principios del Sistema Único de Salud en Brasil, y luego cómo llevar a la práctica una atención integral y de calidad para todos los ciudadanos.

Finalmente, es también deber de las instituciones repensar la formación de los futuros profesionales de salud y la capacitación de los trabajadores en diferentes esferas de la salud y es deber del Estado elaborar e implementar políticas públicas destinadas a mejorar la atención de las mujeres víctimas de la violencia.

Referencias

- Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJS. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):504-8.
- Carvalho-Barreto A, Bucher-Maluschke JSNF, Almeida PC, De Souza E. Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. *Psicol Reflex Crit.* 2009;22(1):86-92.
- Durant JG, Schraiber LB. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):310-22.
- Audi CAF, Corrêa AMS, Turato E, Santiago SM, Andrade MGG, Rodrigues MSP. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas-SP. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(2):587-94.
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Encarte Técnico Assistência Obstétrica e Perinatal. São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo; 2007.
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Granja E, Medrado B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. *Psicol Soc.* 2009;21(1):25-34.
- Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
- Fonseca RMGS, Guedes RN, Zalaf MRR, Venâncio KCMP. The gender research in nursing production: contributions of the Gender, Health and Nursing Research Group from the University of São Paulo School of Nursing. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(spe 2):1690-5.
- Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: Contexto; 2005.
- Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm.* 2001;19(1):38-45.
- Salcedo-Barrientos DM, Gonçalves L, Oliveira Junior M, Egry EY. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. *Avanc Enferm.* 2011;29(2):353-62.
- Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violence against women: visibility of the problem according to the health team. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):467-73.
- Warshaw C, Ganley AL. Improving the health care response to violence. A resource manual for health care providers. San Francisco: Family Violence Prevention Fund; 1998.
- Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS da, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(2):266-73.
- Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerations on domestic violence, gender and the activities of family health teams. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):591-95.
- Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
- Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990 (BR). [Internet]. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. 13 jul 1990. [acesso 6 ago 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):565-72.
- Leite EPRC, Clápis MJ. A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes no município de Alfenas, Minas Gerais. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):757-8.
- Tomeleri KR, Marcon SS. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):355-61.
- Backes DS, Viero M, Paim C, Carrêa E, Bopp J, Soldera N. A violência familiar na perspectiva do pensamento complexo. *Avanc Enferm.* 2011;29(2):225-33.

Recibido: 21.1.2013

Aceptado: 13.1.2014