

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 2

Para Elas

Por Elas, Por Eles, Por Nós

Elza Machado de Melo

Victor Hugo de Melo

Organizadores



Promoção:



Programa de Pós-Graduação
de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência/UFMG

Apoio:

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 2

Para Elas

Por Elas, Por Eles, Por Nós

Elza Machado de Melo

Victor Hugo de Melo

Organizadores

folium 

Belo Horizonte, 2016

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós

Elza Machado de Melo, Victor Hugo de Melo
Organizadores

Produção:

Folium Editorial
Av. Carandaí, 161 – SL701
30130-060 – Belo Horizonte / MG
Tel. (31) 3287-1960
E-mail: folium@folium.com.br
www.folium.com.br
Projeto Gráfico: Gabriel Ruggio

Promoção:

Núcleo de Promoção de Saúde e Paz;
Programa de Pós-graduação de
Promoção de Saúde e Prevenção
da Violência/FM/UFMG
Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles,
Por Nós.

Apoio:

Ministério da Saúde

Ficha catalográfica:

P221

Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós / Elza Machado de Melo, Victor Hugo de Melo (organizadores). – Belo Horizonte: Folium, 2016.
298 p. : il. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2)

ISBN: 978-85-8450-020-8

1. Saúde da mulher. 2. Promoção da saúde. 3. Políticas públicas de saúde.
4. Programas assistenciais. I. Melo, Elza Machado de. II. Melo, Victor Hugo de. III. Título. IV. Série.

CDD – 362.1
CDU – 614.2

Esta obra é de domínio público, podendo ser reproduzida no total ou em partes, desde que citada a fonte e não alterado seu conteúdo.

Conselho Editorial da Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Andreia Faraini Freitas Setti – *CEPEDOC Cidades Saudáveis/USP*

Carlos Botazzo – *FSP/USP*

Cornelis Johannes Van Stralen – *CEBES*

Dais Rocha – *UNB*

Elizabete Franco Cruz – *EACH/USP Leste*

Fabio Carvalho – *MS*

Francisco Eduardo de Campos – *FIOCRUZ/RJ*

Helena Wada Watanabi – *FSP/USP*

Kira Fortune – *OPAS/Washington*

Laura Feuerwerker – *FSP/USP*

Lenira Zancan – *ENSP/Fiocruz*

Liliana Santos – *ISC/UFBA*

Mara Lisiane de Moraes dos Santos – *UFMS*

Maria do Carmo Caccia Bava – *FMRP/USP*

Maria Cristina Marques – *FSP/USP*

Maria Helena Machado – *FIOCRUZ/RJ*

Maria do Socorro Dias – *Universidade Estadual do Vale do Acaraú/
Escola de Saúde Pública de Sobral*

Paulo Nadanovski – *UERJ*

Patrícia Constant Jaime – *FSP/USP*

Marília Cristina Prado Louvison – *FSP/USP e Associação Paulista de Saúde Pública*

Rodrigo Tobias – *Fiocruz Manaus*

Ronice Franco de Sá – *UFPE*

Samira Lima – *UFRJ*

Simone Tetu Moyses – *PUCPR*

Tales Iuri Paz Albuquerque – *UFSE*

Ulisses M Azeiteiro – *Universidade de Aveiro, Portugal*

Veruska Prado – *UFG*

Colaboradores

Adriane Cançado Figueiredo

Terapeuta Ocupacional. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG. Integrante do Programa Para Elas.

Adriana Cristina Perini

Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – MP/Faculdade de Medicina/ Universidade Federal de Minas Gerais.

Adriana Moreira Serafim

Enfermeira, Gerente Unidade Básica de Saúde Vale do Jatobá, Secretaria Municipal de Belo Horizonte - MG. Mestranda do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Integrante do Programa Para Elas

Alexandre Assis Avelino

Psicólogo. Integrante do Projeto Para Elas da Faculdade de Medicina da UFMG

Amanda Batista Marcelino

Graduação em Administração de Empresas. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais.

Ana Paula Chaves de Miranda

Graduação em Serviço Social, pós-graduada em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais pela UFMG. Trabalha no Hospital Sofia Feldman. Conselheira Municipal dos Direitos da Mulher. Integrante do Programa Para Elas

Ana Paula Dias Guimarães

Psicóloga. Analista de Políticas Públicas da Prefeitura de Belo Horizonte. Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina/ Universidade Federal de Minas Gerais.

Ana Paula Martins Lara

Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Ana Raquel Paolineli Silveira

Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho. Atenção Primária à Saúde de Betim. Integrante do Programa Para Elas

Andréa Maria Silveira

Professora Associada da Faculdade de Medicina da UFMG. Diretora Técnica do HC/UFMG.

Ângela Maria Barbosa Martins da Rocha

Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais

Ângela Maria Jaramillo Burgos

Maestría En Ciencias Sociales Enfoque En Psicoanál-Universidad De Antioquia - Udea, Coordenador Universidad De Antioquia – Udea

Ângela Moreira

Terapeuta ocupacional. Mestranda do Programa Promoção de Saúde Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG.

Antônio Leite Alves Radicchi

Professor Titular da Faculdade de Medicina/ Universidade Federal de Minas Gerais UFMG.

Breno Gontijo de Camargos

Médico Cardiologista, Especialista em Cardiologia pela Associação Médica Brasileira e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Integrante do Programa Para Elas

Bruno Hudson Coutinho

Educador Físico. Prefeitura de Belo Horizonte. Especialista. Mestrando em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais. Integrante do Programa Para Elas

Camila Duarte Santos Araujo

Técnica Superior de Saúde-Assistente Social. Prefeitura de Belo Horizonte. Especialista em Políticas Públicas de Gênero e Raça. Integrante do Programa Para Elas.

Camilla Duarte Ribeiro

Psicóloga. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas / Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais.

Carlos Eduardo Firmino

Psicólogo, Mestrando do Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Analista de Políticas Públicas/Psicologia da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Carmem Regina Delziovo

Doutoranda de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua com Políticas de Atenção a Saúde em especial na área da Saúde da Mulher e da Criança, Mortalidade Materna e Atenção as Mulheres em Situação de Violência Sexual.

Carolina Alves Reynaldo

Cirurgiã-dentista Centro Universitário Newton Paiva. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência /Faculdade de Medicina/ Universidade Federal de Minas Gerais.

Caroline Schweitzer de Oliveira

Mestre em Saúde Coletiva pela UFS. Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher e da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual (RAIVVS) em Florianópolis/SC

Cherlen Aindano Monteiro

Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. pela Faculdade de Medicina da UFMG. Atua na Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais

Cibelle Ferreira Louzada

Médica pediatra. Professora efetiva do Departamento de Clínicas Pediátrica e do Adulto da Universidade Federal de Ouro Preto - MG

Clara Marize Carlos

Mestranda de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina da UFMG. Enfermeira da Comissão de Suporte Nutricional do Hospital das Clínicas da UFMG.

Cleia Elidamar da Silva Almeida

Psicóloga. Especialista em Atendimento Sistêmico à Família e Gestão pública municipal. Psicóloga/ Técnico Social do Abrigo Municipal Granja de Freitas. Integrante do Programa Para Elas.

Cristiana Marina Barros de Souza

Psicóloga. Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Referência Técnica de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA--BH). Integrante do Programa Para Elas

Cristiane de Freitas Cunha

Professora Associada da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Cristiane Savala Rezende Brandão

Graduada em Direito. Pós graduada em direito processual civil e direito civil. Integrante do Programa Para Elas

Cybelle Maria de Vasconcelos Costa

Médica acupunturista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais.

Daisy Silva Reis

Psicóloga. Especialista em Educação. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais. Integrante do Programa Para Elas.

Daniele Schreiber Batista de Alcino

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas.

Danielle de Cássia Soares Santos

Gaduação em Sistemas de Informação. Investigadora da Polícia Civil de Minas Gerais . Integrante do Programa Para Elas

Darinka Fortunato Suckow Ribeiro

Doutoranda em Língua Portuguesa Pontifícia Universidade Católica - MG

Dayse Danielle Rocha

Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia pela UFMG

Debora Cristina Vieira

Psicóloga Integral do Centro de Referência em Doenças Infecciosas de Montes Claros. Integrante do Programa Para Elas

Denise Monteiro de Barros Caixeta

Cirurgiã-dentista, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência /Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais. Integrante do Programa Para Elas.

Elisane Adriana Santos Rodrigues

Gerente do Centro de Saúde São Bernardo / PBH, Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência -Faculdade de Medicina da UFMG. Integrante do Programa Para Elas.

Elizângela Gonçalves de Souza

Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, no município de Betim (MG). Integrante do Programa Para Elas

Elza Machado de Melo

Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Coordenadora do Programa Para Elas.

Enylda Motta Gonçalves Antunes

Psicóloga especialista em Sexualidade Humana pela FMUSP. Pós-graduada em Psicoterapia de Família e Casal. Integrante do Programa Para Elas

Érica Fernandes Rodrigues

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas

Fabiana Goulart Rabelo

Psicóloga. Especialista em Psicopedagogia e Eye Movement Desensitization and Reprocessing- EMDR. Secretaria Estadual de Direitos Humanos de Minas Gerais, Centro de Referência de Atendimento à Mulher-CERNA. Integrante do Programa Para Elas

Fabírcia Soares Freire Pugedo

Enfermeira, especialista em Terapia Intensiva Adulto. Coordenadora da equipe de Atenção Primária de Betim. Mestranda em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência Faculdade de Medicina da UFMG. Integrante do Programa Para Elas

Fabírcia Voieta da Silva Teixeira

Psicóloga. Referência Técnica de Saúde Mental, SMSA- BH. Belo Horizonte, MG. Integrante do Programa Para Elas

Fernanda Álvares Alves Leite

Psicóloga Clínica. Pós-graduação em Psicologia Clínica Fenomenológica Existencial. Integrante do Programa Para Elas

Filipe da Silva

Assistente Social. Analista da Polícia Civil na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher. Contagem, MG. Integrante do Programa Para Elas

Filipe Fagundes Cardoso

Policial Militar. Mestrando em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência Faculdade de Medicina da UFMG

Flavia Cristina Silva Mendes

Advogada. Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina da UFMG. Diretora do Programa Mediação de Conflitos da Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP). Belo Horizonte, MG. Integrante do Programa Para Elas

Flavia Ferreira Dias

Fisioterapeuta pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Integrante do Projeto de Práticas Complementares do HC/UFMG

Flavia Furtado Calixto

Psicóloga Clínica da equipe multidisciplinar do Acompanhar. Mestranda do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Integrante do Programa Para Elas

Francisco Jose Machado Viana

Psicólogo, Doutor em Ciências Biomédicas. Diretor Hospitalar da Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte-MG. Integrante do Programa Para Elas

Gelza Matos Nunes

Bacharel em Letras com habilitação em Português. Mestre em Linguística e em Enfermagem. Pesquisadora da área de Terapias Complementares, na Faculdade de Medicina da UFMG. Professora de Pós Graduação em Cuidados Paliativos da Fundação Unimed. Professora de enfermagem clínica médica e cirúrgica nas áreas de oncologia, e virologia para cursos de bacharelado em enfermagem e de enfermagem em laboratório de simulação para alunos de bacharelado em enfermagem, John Hopkins University. Integrante do Programa Para Elas

Geraldo José Coelho Ribeiro

Médico. Mestre em Saúde Pública. Professor assistente da Universidade FUMEC e professor da Fundação Unimed

Geisiane Aparecida Cordeiro Reis

Assistente Social. Especialista em Gestão de Instituição Federal de Educação Superior e em Administração de projetos sociais. Coordenadora do Serviço Social do Hospital das Clínicas e Referencia Técnica da Intersetorialidade da Gerencia de Atenção à Saúde/PBH. Integrante do Programa Para Elas

Harley Francisco de Assis

Enfermeiro, Especialista em Enfermagem do Trabalho/UNINTER, Gerente de Unidade Básica de Saúde. Supervisor de Unidade de Pronto-Atendimento, Sabará, MG. Integrante do Programa Para Elas.

Hebert Geraldo de Souza

Psicanalista. Psicólogo na UNIMED/BH. Professor da Fundação de Educação para o Trabalho de Minas Gerais. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência – Faculdade de Medicina da UFMG

Heliana Conceição de Moura

Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

Heliane Anghinetti

Perita Criminal. Instituto de Criminalística da Polícia Civil de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Integrante do Programa Para Elas.

Hérica Moreira Brito

Médica-residente do terceiro ano em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da UFMG. Integrante do Programa Para Elas

Hudson Andre de Jesus

Fonoaudiólogo. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas, Faculdade de Medicina da UFMG

Ivanete Aparecida dos Santos

Psicóloga. Especialista em Psicóloga Clínica Terapeuta Comunitária pela UFC-CE. Trabalha na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas

Jacqueline de Oliveira Lima

Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais.

Jessica Augusta Canazart

Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG.

Joana D'Arc Bittencourt Alves Parreira

Pedagoga. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas/ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

Julia Lopes Guimarães

Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas. .

Kélvia de Assunção Ferreira Barros

Mestre em Políticas Públicas e Sociedade. Analista Técnica de Políticas Sociais na Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil/Presidência da República

Kênya Costa Rodrigues da Silva

Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais Mestre do Programa Promoção de Saúde Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Kênia Zimmerer Vieira

Médica Ginecologista e Obstetra. Referência da equipe de atendimento a Pessoa em Situação de Violência Sexual do Hospital Júlia Kubitschek. Médica Legista da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (UFMG). Integrante do Programa Para Elas

Laudna Maria Pontes Milhioli

Enfermeira. Coordenadora Biopsicossocial - Gestores Prisionais Associados.

Lauriza Maria Nunes Pinto

Psicopedagoga. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina – UFMG. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas, Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais

Leandro Genuir de Assis Caetano

Policial Militar. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais

Leticia Gonçalves

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS). Presidente da Comissão de Ética do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais e membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO).

Lorena de Oliveira Castro

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Prefeitura de Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas.

Luciana Almeida Santos

Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais

Luciana Crepaldi

Psicóloga, pós-graduada em Criminologia. Integrante do Programa Para Elas.

Luciana Cecília Noya Casas

Graduação em Serviço Social pela Universidad de la República, Uruguai .Mestranda em Estudos do Lazer (EEFFTO - Universidade Federal de Minas Gerais). Membro do grupo de estudos interdisciplinar OTIUM-Lazer, Brasil e América Latina.

Luciene Oliveira Rocha Lopes

Psicóloga. Pós-graduada em neuropsicologia. Especialista em psicologia hospitalar. Integrante do Programa Para Elas.

Lucimeire de Menezes Zirley

Enfermeira Hospital Odilon Behrens, Especialista em Fisiologia e Fisiopatologia. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (UFMG). Integrante do Programa Para Elas.

Luiz Claudio Diniz Braga

Pedagogo. Mestrando em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (UFMG). Integrante do Programa Para Elas.

Maísa de Fátima Satiro Oliveira

Médica-Residente em Medicina de Família e Comunidade.Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas.

Marcelo Ribeiro da Silva

Médico de Saúde da Família. Integrante do Programa Para Elas.

Márcia Maria Silva Brandão

Analista de Políticas Públicas da Prefeitura de Belo Horizonte, Assistente Social, Especialista em Seguridade Social e em Trabalho. Integrante do Programa Para Elas.

Marcos Ferreira Benedito

Enfermeiro. Especialista em saúde do Trabalho e Gestão em saúde. Atua na gestão em saúde, no CAPS AD de Contagem. Integrante do Programa Para Elas.

Marcus Vinicius Polignano

Professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador Projeto Manuelzão.

Maria Cristina de Oliveira Marques

Mestre em Saúde Pública, Gestão e Avaliação de Sistemas de Saúde. Analista Técnico de Políticas Sociais - ATPS - do Ministério da Saúde, como Assessora Técnica em Avaliação e Monitoramento das Políticas da Saúde da Mulher, Criança e Pessoa com Deficiência.

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Médica. Especialista em ginecologia/obstetrícia e em fitoterapia. Coordenadora da Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

Maria Flavia Furst Giesbrecht Gomes Brandão

Médica.Especialista em Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Júlia Kubitschek. Médica legista da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (UFMG). Integrante do Programa Para Elas.

Maria Helena Costa

Psicóloga. Mestre em Psicologia. Psicanalista. Belo Horizonte, MG. Integrante do Programa Para Elas.

Maria Inez Pereira

Pedagoga. Orientadora Educacional no Instituto de Educação de Minas Gerais .Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (UFMG).

Mariana Carla de Freitas

Psicóloga. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas/ Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais.

Mariângela Kallas Pereira

Médica-Residente em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas.

Marilene Altavina Gouveia

Ginecologista. Integrante do Programa Para Elas/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais.

Marilene Vale de Castro Monteiro

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora da Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital das Clínicas da UFMG. Professora do Programa de Pós-Graduação de Saúde da Mulher-UFMG.

Marina Moreira Scolari Miranda

Médica-residente do terceiro ano em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da UFMG. Médica do Projeto Para ELAS

Marta Maria Alves da Silva

Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – GO. Servidora da Universidade Federal de Goiás.

Mateus Figueiredo Martins da Rocha

Enfermeiro da Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas.

Merce Mara Ferreira Campos

Historiadora. Presidente da associação de Mulheres de Pedro Leopoldo e pesquisadora da comunidade Quilombola de Pimentel – Pedro Leopoldo. Integrante do Programa Para Elas

Miriam Maria Souza

Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela FM/UFMG. Integrante do Programa Para Elas.

Mirian Conceição Moreira Alcântara

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte / SMSA. Atua como Terapeuta Comunitária Integrativa. Mestre em Promoção de Saúde Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Integrante do Programa Para Elas.

Mirna Flavia de Souza de Moraes

Psicóloga. Pós - graduada em Psicologia Hospitalar e Gestão em Saúde Pública. Integrante do Programa Para Elas.

Myrian Celani

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da UFMG. Chefe do Serviço de Ginecologia do HC UFMG. Coordenadora do Setor de Ginecologia do Programa Para ELAS

Myrtes Teixeira de Lima

Historiadora. Psicopedagoga Clínica. Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional. Integrante do Programa Para Elas.

Naim Issa Kassab

Assistente Social. Técnico Superior de Saúde-Assistente Social. Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG. Integrante do Programa Para Elas.

Natalia Cristina de Andrade Dias

Especialista em Saúde da Mulher e Obstetrícia. Enfermeira do Hospital das Clínicas no Ambulatório Jenny Faria, setor de Ginecologia. Coordenadora do acolhimento do Programa Para Elas.

Natalia Silva Champs

Médica. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica homeopata da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e médica pediatra cooperada da Unimed - BH.

Názia Aparecida Pereira

Jornalista. Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas.

Patrícia Campos Chaves

Terapeuta Ocupacional. Mestre do Programa Promoção de Saúde Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Auditora do HC/UFMG. Integrante do Programa Para Elas

Patricia Gonzalez

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta. Mestre em Psicologia do Trabalho pela Universidade de Valença. Integrante do Programa Para Elas.

Pauline Fraga Lignani

Integrante do Programa Para Elas/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais

Paulo César Machado Pereira

Mestre do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Raquel Waleska dos Santos

Mestre em Obstetrícia e Ginecologia. Coordenadora da Residência Médica e do Setor de Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFMG.

Rayana Rolla Campos

Médica-residente do terceiro ano em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da UFMG. Médica do Programa Para Elas.

Regimara Silveira Chaves Oliveira

Psicóloga. Especialista em psicoterapia psicanalítica. Integrante do Programa Para Elas

Rejane Antônia Costa dos Santos

Enfermeira da Central de Material e Esterilização do Hospital Municipal Odilon Behrens. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – UFMG. Integrante do Programa Para Elas.

Renata Mascarenhas Bernardes

Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG. Gerente do Distrito Sanitário Barreiro, ambos da rede SUS-BH. Integrante do Programa Para Elas.

Ricardo Tavares

Estatístico. Doutor em Estatística. Professor do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina, UFMG.

Rita Ana de Silva Lima

Assistente Social. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Consultora pela CDM Brasil. Belo Horizonte. Integrante do Programa Para Elas.

Robenilson Moura Barreto

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Pesquisador do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará.

Rogéria Andrade Werneck

Residente de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFMG

Rosimeire Rodrigues de Souza

Psicóloga do Município de Ribeirão das Neves. Mestranda do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Integrante do Programa Para Elas.

Rosita Neide Lacerda da Silva

Integrante do Projeto de Terapias Complementares do HC/UFMG.

Rubens Lene Carvalho Tavares

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG. Professor do Programa de Pós-Graduação Saúde da Mulher, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. Membro da American Society for Reproductive Medicine (membro do Mental Health Professional Group e do Complementary and Alternative Medicine Special Interesting Group). Membro da International Society for Stem Cell Research.

Sarah de Pinho Paiva

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenadora do Ambulatório de Atenção à Mulher em Situação de Violência Sexual do HC/UFMG. Integrante do Programa Para Elas.

Silvana Fleury Barcelos

Psicóloga. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/Faculdade de Medicina/ Universidade Federal de Minas Gerais

Simone de Mattos Siqueira Gaudio

Policial. Integrante do Programa Para Elas.

Simone de Moraes

Enfermeira da Atenção Básica em Saúde da Família. Prefeitura de Belo Horizonte, Centro de Saúde Cafezal. Belo Horizonte, MG. Integrante do Programa Para Elas.

Simone Mendes Carvalho

Doutora em Ciências na área de saúde pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UNIRIO. Vice líder do Núcleo de Estudos em Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Sueli Aparecida Rodrigues da Silva

Assistente Social, Especialista em Gestão Pública e em Gerência de Cidades/UNINTER. Integrante do Programa Para Elas.

Talita Maciel Borges

Assistente Social, Pedagoga. Especialista em Saúde da Família. Técnica Social em Ribeirão das Neves, MG. Integrante do Programa Para Elas.

Tammy Angelina Mendonça Claret

Mestranda do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Secretária Adjunta de Assistência Social de Juiz de Fora - MG.

Thais Fonseca Veloso de Oliveira

Enfermeira Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social na ENSP (FIOCRUZ). Mestre em Saúde Coletiva. Analista Técnica de Políticas Sociais do Ministério da Saúde.

Vanessa Almeida

Professora Adjunta do curso de Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG.

Victor Hugo de Melo

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG. Subcoordenador do Programa Para Elas. Membro do Perinatal Executive Committee (NISDI Study Group) e da International Aids Society (IAS).

Vilma Pereira Lira

Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Policial civil da Secretaria de Estado da Defesa Social de Minas Gerais, docente e palestrante na ACADEPOL. Integrante do Programa Para Elas.

Viviane de Souza Maciel

Psicóloga, mestre em saúde pública pela Faculdade de Medicina da UFMG. Referência Técnica em Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Viviane Nunes Pinto

Jornalista. Integrante do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Programa Para Elas, Faculdade de Medicina, UFMG.

Wallace Medeiros Xavier

Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Assessor Técnico no Hospital Municipal Odilon Behrens e 1º Secretário da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (segmento gestor).

Prefácio

Este Livro nasce da experiência de ensino, pesquisa e atuação prática do Programa Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. A participação constitui, desde o seu começo, a base estruturante do Programa e, sem dúvida, essa é a razão do seu crescimento e da sua sustentabilidade. Sua imagem, seus símbolos e suas realizações trazem sempre a marca forte da construção coletiva e solidária. Também assim se fez este livro e para apresentá-lo trazemos as múltiplas vozes de todo Brasil que, entrelaçadas umas às outras, orientaram o caminho percorrido ao longo de quase cinco anos de trabalho: nossas ações foram inspiradas nas diretrizes expressas na Carta Para Elas, escrita e aclamada no seminário nacional que deu início ao Programa; nossos passos e nossos sonhos foram embalados pela música de Gonzaguinha; os versos de Cora Coralina foram a voz das mulheres. Carta, música e poema estiveram presentes na nossa prática e, agora, dão força, vida e beleza ao nosso Prefácio.

Carta para Elas

Por Elas, Por Eles Por Nós

Apresentamos a Carta “Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós.”

Reiteramos fortemente a necessidade de desenvolver ações que desconstruam e ressignifiquem as concepções baseadas no senso comum sobre a mulher e as relações violentas que lhe são impostas. Essa mudança precisa ocorrer no âmbito político, social, religioso, acadêmico, cultural, jurídico, nos espaços públicos e privados.

Propomos que:

- Os profissionais que atuam na mídia e lidam com violência contra a mulher se comprometam a exercer o seu papel de porta vozes de informações de utilidade pública e atuem para desmitificar tabus e estigmas que tornam a violência contra a mulher uma prática aceitável; e que contribuam para a construção de uma cultura de paz.
- As instituições de ensino públicas e privadas de todas as áreas de conhecimento construam processos de formação de atitudes, práticas, concepções e conhecimentos que promovam atuações profissionais pautadas na humanização, na equidade econômica, social, cultural e política, de gênero e de raça/etnia, traduzindo o reconhecimento da multiplicidade e diversidade do ser humano.
- O SUS, em todas as suas instâncias e em todos os lugares, articulado com todos os setores com os quais ele pode interagir em rede, abra as portas para receber, acolher e cuidar da mulher em situação de violência, numa perspectiva incondicionalmente participativa, em que as mulheres, os homens enfim, todos os cidadãos e cidadãs atuem no movimento de enfrentamento e superação do problema, como sujeitos que são, capazes de, juntos, transformar o mundo e promover a cultura de paz. Além disso, reconhecemos e afirmamos a necessidade de garantir aos profissionais as condições necessárias para exercer esse papel, proporcionando como, por exemplo, educação permanente e ambiente adequado de trabalho.

Reiteramos os direitos sexuais e reprodutivos de todos, homens e mulheres, as condições materiais adequadas de existência, o direito ao convívio coletivo, ao sentir, ao se emocionar e ser feliz, como cidadãos e cidadãs de direito, no franco exercício de sua autonomia.

Enfim, reafirmamos os direitos conquistados, dia a dia, Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós.

Seminário Nacional Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós

Belo Horizonte 21 e 22 Fevereiro de 2013

O que é, o que é

Eu fico com a pureza das respostas das crianças:

É a vida! É bonita e é bonita!

Viver e não ter a vergonha de ser feliz,

Cantar,

A beleza de ser um eterno aprendiz

Eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,

Mas isso não impede que eu repita:

É bonita, é bonita e é bonita!

E a vida? E a vida o que é, diga lá, meu irmão?

Ela é a batida de um coração?

Ela é uma doce ilusão?

Mas e a vida? Ela é maravilha ou é sofrimento?

Ela é alegria ou lamento?

O que é? O que é, meu irmão?

Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo,

É uma gota, é um tempo

Que nem dá um segundo,

Há quem fale que é um divino mistério profundo,

É o sopro do criador numa atitude repleta de amor.

Você diz que é luta e prazer,

Ele diz que a vida é viver,

Ela diz que melhor é morrer

Pois amada não é, e o verbo é sofrer.

Eu só sei que confio na moça

E na moça eu ponho a força da fé,

Somos nós que fazemos a vida

Como der, ou puder, ou quiser,

Sempre desejada por mais que esteja errada,

Ninguém quer a morte, só saúde e sorte,

E a pergunta roda, e a cabeça agita.

Fico com a pureza das respostas das crianças:

É a vida! É bonita e é bonita!

É a vida! É bonita e é bonita!

Gonzaguinha – O que é, o que é?

Esta música embalou os passos e os sonhos de todos que participaram do Programa Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. Fazemos dela o nosso Prefácio e a nossa apresentação.

Todas as Vidas

Cora Coralina

Vive dentro de mim
uma cabocla velha
de mau-olhado,
acocorada ao pé
do borralho,
olhando para o fogo.
Benze quebranto.
Bota feitiço...
Ogum. Orixá.
Macumba, terreiro.
Ogã, pai-de-santo...
Vive dentro de mim
a lavadeira
do Rio Vermelho.
Seu cheiro gostoso
d'água e sabão.
Rodilha de pano.
Trouxa de roupa,
pedra de anil.
Sua coroa verde
de São-caetano.
Vive dentro de mim
a mulher cozinheira.
Pimenta e cebola.
Quitute bem feito.
Panela de barro.
Taipa de lenha.
Cozinha antiga
toda pretinha.
Bem cacheada de picumã.
Pedra pontuda.
Cumbuco de coco.
Pisando alho-sal.
Vive dentro de mim
a mulher do povo.

...

Bem proletária.
Bem linguaruda,
desabusada,
sem preconceitos,
de casca-grossa,
de chinelinha,
e filharada.

Vive dentro de mim
a mulher roceira.

-Enxerto de terra,

Trabalhadeira.

Madrugadeira.

Analfabeta.

De pé no chão.

Bem parideira.

Bem criadeira.

Seus doze filhos,

Seus vinte netos.

Vive dentro de mim
a mulher da vida.

Minha irmãzinha...

tão desprezada,

tão murmurada...

Fingindo ser alegre
seu triste fado.

Todas as vidas

dentro de mim:

Na minha vida –

a vida mera

das obscuras!

*Dedicamos este livro a todas as mulheres do mundo e a todos
os homens que se juntam a nós na luta contra a violência!*

Os organizadores

Sumário

SEÇÃO I – TEORIAS, PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS	1
Capítulo 1. Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós	3
Capítulo 2. Bela e Forte Colcha de Retalhos: Participação, Autonomia e Construção Coletiva.....	18
Capítulo 3. Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres: Arcabouço Político Institucional.....	31
SEÇÃO II – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	55
Capítulo 4. O Subjugo das Mulheres Através dos Tempos	57
Capítulo 5. Violência Contra as Mulheres: Diferença e Horror	67
Capítulo 6. As Mães e a Violência Doméstica: O que Elas Denunciam?	77
Capítulo 7. Concepção dos Gestores de Saúde Acerca de Valores Culturais Relativos às Relações de Gênero	89
Capítulo 8. Violência e Relações de Gênero na Atenção Primária em Saúde: A Visão de Usuários e Profissionais da Atenção Primária	106
SEÇÃO III – ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO	119
Capítulo 9. Características da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência e Fatores que Influenciam sua Implantação, Sob a Ótica dos Gestores da Área Técnica da Saúde da Mulher de Estados e Capitais Brasileiras	121
Capítulo 10. Articulação da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência em 10 Municípios Brasileiros: Visão dos Profissionais de Saúde	138
Capítulo 11. Fatores Associados às Atitudes dos Profissionais Diante de Mulheres em Situação de Violência em 10 Municípios Brasileiros	152
Capítulo 12. A percepção do Profissional de Saúde e de Outras Áreas Afins e a Relação com a Rede de Assistência à Mulher em Situação de Violência.....	165
Capítulo 13. Violência Contra a Mulher: Atuação dos Profissionais de Saúde Acerca da Notificação Compulsória nos Territórios do Campo, da Floresta e das Águas	180
Capítulo 14. Avaliação do Curso Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência - Para Elas - Modalidade a Distância	196
Capítulo 15. Política de Atenção à Mulher em Situação de Violência	210

SEÇÃO IV – ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: O CUIDADO	219
Capítulo 16. O Cuidado da Mulher em Situação de Violência na Percepção de Profissionais e Gestores de Saúde das Macrorregiões Brasileiras	221
Capítulo 17. Descrição e Avaliação da Coleta de Vestígios em Centros de Referência de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual de Belo Horizonte.....	236
Capítulo 18. O cuidado à Mulher em Situação de Violência Sexual	248
Capítulo 19. Saúde no Sistema Prisional de Minas Gerais: As Relações de Cuidado no Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade.....	256
Capítulo 20. Uso de Práticas Complementares na Abordagem à Mulher em Situação de Violência	270
 SEÇÃO V – RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	283
Capítulo 21. Rede de Atenção e Ambulatório Para Elas. Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade	285

SEÇÃO I

TEORIAS, POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS

Capítulo 1

PARA ELAS, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS

Elza Machado de Melo

Victor Hugo de Melo

Míriam Maria de Souza

Míriam Conceição Moreira Alcântara

Patrícia Campos Chaves

Wallace Xavier Medeiros

Kênia Zimmerer Vieira

Kenya Costa Rodrigues da Silva

Lauriza Maria Nunes Pinto

Renata Mascarenhas Bernardes

Elisane Adriana Santos Rodrigues

Maria Flavia Furst Giesbrecht Gomes Brandão

Maria Esther Albuquerque Vilela

Rita Ana de Silva Lima

Carolina Alves Reynaldo

Denise Monteiro de Barros Caixeta

Júlia Lopes Guimarães

Maria Inez Pereira

Francisco José Machado Viana

Vilma Pereira Lima

Resumo

Este resumo dá início ao capítulo e ao livro, ambos Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. O capítulo descreve as atividades de ensino, pesquisa, extensão e intervenção, que dão vida ao programa do mesmo nome, geram experiências inovadoras, produzem conhecimento, constroem sociabilidade e reafirmam, no seu desenrolar, a solidariedade como atributo indispensável da vida social e humana. Começa por desenhar a premissa básica de atuação – o exercício da práxis de autonomia dos envolvidos –, passando pelas metas cumpridas na integralidade e, então, com o transbordamento de limites, chega aos modos de ganhar sustentabilidade, para além dos prazos vencidos. O programa é ponto de partida, diretriz, fazer e modo de fazer de cada capítulo do livro que ora se inicia. Programa e livro são Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós.

Palavras-chave: *Autonomia Pessoal. Violência Contra a Mulher. Rede Social.*

Introdução

A violência contra a mulher é um problema global de saúde pública^{1,2}, de raízes sociais profundas³ e de graves consequências para a saúde e bem-estar das mulheres, com importante repercussão econômica e social¹, características que a transformam em foco de atenção internacional, nacional, regional e local.⁴ Pode ocorrer em qualquer espaço e ser perpetrada por diferentes pessoas, sendo a grande maioria dos casos causada pelo parceiro e/ou por familiares, dando lugar à violência por parceiro íntimo e/ou violência doméstica. A primeira é definida como a ameaça ou uso de violência física, sexual, psicológica/emocional e/ou de mecanismos de controle e dominação, intimidação, humilhação, exercida pelo companheiro, atual ou anterior, dentro do casamento, de uniões estáveis ou mesmo do namoro.^{5,6} A chamada violência doméstica envolve aquela que acontece em casa, incluindo também outros familiares, pais, filhos, parentes, amigos e conhecidos que compartilham a mesma moradia.⁷ Os dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação mostram que para a faixa etária até 14 anos os pais são os agressores mais frequentes; entre 20 e 59 anos, é o parceiro (marido, companheiro, namorado e ex-marido); acima de 60, são os filhos.⁸

A violência atinge mulheres de todas as idades e de todas as classes sociais, em todo o mundo, desde os tempos mais remotos. Exercida em sua própria casa, é provocada por aqueles com quem a mulher possui vínculos afetivos, traz consequências múltiplas e compromete a saúde física, mental, sexual e reprodutiva da mulher.^{1,7} Trabalho de revisão sistemática e de síntese de dados científicos realizado pela OMS envolvendo 155 estudos de 81 países mostrou que, no conjunto, 35% das mulheres do mundo já sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro ou violência sexual por outro agressor que não o parceiro, confirmando o caráter global da violência contra a mulher.²

Em outro estudo realizado em 15 localidades de 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia) encontraram-se prevalências diferentes, mas altas em todos eles, variando de 13 a 61%. Mais importante ainda é o fato de que, para a maioria das mulheres, a violência física não consistia em fato isolado e representava situação crônica, que se repetiu ao longo do tempo. Ainda de acordo com esse estudo, a prevalência de violência sexual, por sua vez, variou de 6%, nas cidades do Japão, Sérvia e Montenegro, a 59% na Província da Etiópia.⁷ Na América Latina e Caribe, a violência contra a mulher perpetrada por parceiros íntimos é disseminada e se apresenta em suas várias formas de expressão, sejam agressões físicas leves e/ou graves, violência sexual, ameaças, dominação, controle e abusos de ordem emocional, apresentando-se como situações ocasionais ou como experiências cotidianas e de longa duração.⁹

Tais violências atingem mulheres de todos os estratos socioeconômicos e causam importante comprometimento da sua saúde física, mental e reprodutiva: danos físicos; transtorno de estresse pós-traumático, depressão e suicídio; gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV, e aumento da mortalidade materna.

Os achados do estudo reiteram a existência de violência intergeracional, expressa pela forte associação encontrada entre a mulher ser vítima de violência e o fato de ter sofrido violência na infância ou ter mãe ou madrasta que sofreram. Essa mesma associação é encontrada em outros estudos, o que é importante para orientar políticas públicas de prevenção primária da violência.^{7,10,11} Os grupos de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT) também aparecem com frequência no cenário da violência. Metanálise de abrangência mundial mostra a alta prevalência de sua vitimização, com percentuais de 41% de discriminação; 33% de violência física na família; e 28% de violência sexual na família.¹²

No Brasil, várias leis, estratégias e programas de abordagem vêm sendo desenvolvidos desde a década de 80, mas ainda persistem altos níveis de agressão contra a mulher.¹³ Embora o país disponha, hoje, de forte arcabouço político institucional e de um sistema de saúde moderno, concebido como direito de todo cidadão, são inúmeros e de toda ordem os problemas que marcam a atenção à mulher em situação de violência. A avaliação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito mostrou que é precário o cumprimento das leis e seu impacto ainda pequeno, o mesmo acontecendo em relação à atenção à mulher pelos setores públicos, com deficiências de identificação, notificação e oferta do cuidado, sendo especialmente falhas a comunicação e a articulação.¹⁴ Uma das iniciativas do Ministério da Saúde diante dessa situação foi a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro do qual se insere o Programa Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós.

De âmbito nacional e desenvolvido na UFMG, no Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência-Mestrado Profissional, o Programa Para Elas, que associa ensino, pesquisa, extensão e intervenção, teve início no final de 2011, conseguiu cumprir suas ambiciosas metas, ultrapassá-las e, mais importante, ganhar sustentabilidade para prosseguir, mesmo depois de finalizado o financiamento do Ministério.

Ao longo de cinco anos, o projeto realizou um seminário nacional em Belo Horizonte e cinco macrorregionais – Belo Horizonte, Salvador, Curitiba, Palmas, Goiânia; organizou serviços e equipes em 10 municípios, sede de territórios de cidadania, espalhados pelas regiões brasileiras e eleitos no Fórum Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher, para abordar a saúde da mulher do campo, da floresta e das águas; desenvolveu e ministrou cursos de capacitação para 1.350 profissionais de todo o Brasil; estudou as características da rede de atenção à mulher em situação de violência. Em todos esses espaços e estudos o programa acoplou procedimentos de pesquisa, especificamente entrevistas semiestruturadas com profissionais utilizando questionários autoaplicáveis, preenchidos presencialmente e *online*; grupos focais com profissionais; observação participante e entrevistas abertas com mulheres usuárias dos serviços. Com esse acervo de informações, produziu com robustez material técnico-científico. Com essa produção, acumulou expertise, adquiriu solidez e garantiu durabilidade; gerou importantes produtos e práticas inovadoras; ganhou conhecimento e reconhecimento; agregou recursos e articulou redes.

A violência, qualquer que seja sua forma de expressão, é um problema complexo que envolve múltiplas determinações, sendo igualmente complexa a sua abordagem. Como fenômeno social, está profundamente entrelaçada com a exclusão e as desigualdades sociais – violência e vulnerabilidade caminham juntas e se fortalecem reciprocamente.^{15,16} Seu enfrentamento exige, pois, a participação de todos os cidadãos e cidadãs e de todas as instituições brasileiras – sociedade e Estado – no esforço conjunto de construção de opinião e vontades coletivas, capazes de enfrentar o problema. Não por acaso, a intersetorialidade está sempre em pauta.^{17,18} Sendo assim, o desafio maior, no nosso entendimento, é promover o exercício da autonomia dos *atores* sociais envolvidos, de modo que, como diz Habermas, eles sejam também *autores* – sujeitos que reconhecem uns aos outros e se identificam e se veem retratados naquilo que produziram conjuntamente.¹⁹ Se a violência é o rebaixamento do sujeito à condição de objeto^{20,21} por qualquer meio, como se tem postulado a partir do pensamento de Habermas, então a práxis da autonomia proposta como premissa é também e desde já, no seu acontecer, superação da violência. Esses são os princípios que fundamentam e permitem conectar todas as atividades umas às outras, dando origem a um conjunto coerente e articulado, constitutivo do Programa Para Elas (Figura 1.1).

O Berço: Seminários Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós

Se a premissa do programa é de que a *práxis* de autonomia dos envolvidos é já superação da violência, então, nada mais lógico do que começar pela realização dos seminários, concebidos como espaço de participação onde todas as atividades, estratégias e metodologias foram discutidas, as necessidades e preferências dos participantes incorporadas e construídas as interações do trabalho em rede. Esses seminários tiveram papel essencial e, como se fossem o berço do Para Elas, tiveram a responsabilidade de moldar as suas feições e apresentá-lo à sociedade. Como espaço de articulação, teve ainda o papel de integrar os diferentes participantes e, finalmente, como encontro de profissionais e de saberes e práticas, constituiu espaço de agregação e produção de conhecimento sobre o tema. Dessa forma, foram objetivos dos seminários: fazer o lançamento do Para Elas; propor ajustes no conteúdo dos cursos previstos de acordo com as necessidades de cada macrorregião; definir estratégias teórico-metodológicas de abordagem da violência; definir, de forma participativa, as regras operacionais do programa; propiciar a articulação de redes interativas; produzir conhecimento. Participaram dos seminários os profissionais e gestores da rede de atenção à saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros; profissionais e gestores de serviços e da universidade das cidades que sediaram os seminários; representantes e gestores dos municípios-sede dos territórios de cidadania de atenção à saúde da mulher em situação de violência do campo, da floresta e das águas; representantes dos movimentos sociais relacionados à mulher.

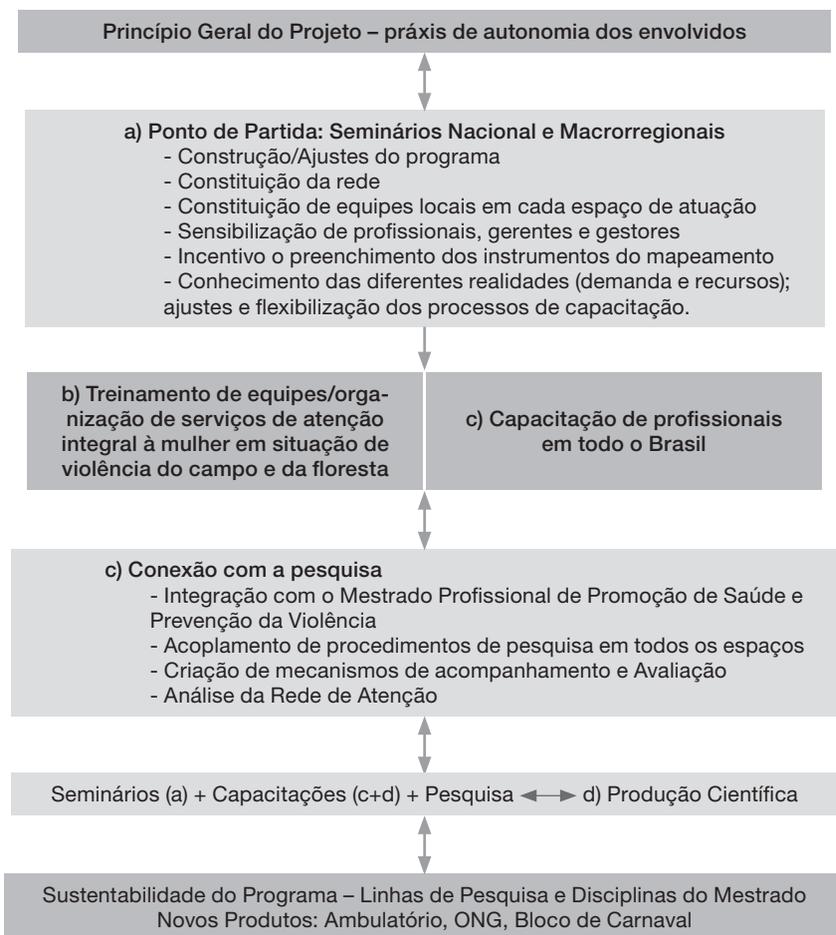


Figura 1.1. Estrutura geral do Programa Para Elas.

Fiéis à premissa participativa, os seminários tiveram como estrutura básica a realização de inúmeras oficinas temáticas, entendidas como espaços de prática reflexiva e compartilhada, a partir da experiência dos participantes. As oficinas utilizaram recursos lúdicos, artísticos, científicos, gerando, ao final, um produto coletivo, seja uma diretriz de trabalho, um *slogan*, uma vivência e outras possibilidades. Foram realizadas 12 oficinas no seminário nacional e quatro ou cinco em cada seminário macrorregional.



Para Elas

por elas, por eles, por nós

CARTA PARA ELAS

POR ELAS, POR ELES, POR NÓS

“Amanhã vai ser outro dia,
Amanhã vai ser outro dia...”
(Chico Buarque).

Apresentamos a Carta “PARA ELAS. POR ELAS, POR ELES, POR NÓS,” construída pelos participantes do Seminário Nacional de lançamento do programa, como marco de orientação para sua construção e execução.

Evidenciamos a necessidade iminente do desenvolvimento de ações que desconstruam e ressignifiquem concepções baseadas no senso comum sobre a mulher e as relações violentas que lhe são impostas. Essa mudança precisa ocorrer no âmbito político, social, religioso, acadêmico, cultural, jurídico, nos espaços públicos e privados.

Propomos que:

- ♦ os profissionais que atuam na mídia e lidam com violência contra a mulher se comprometam a exercer o papel de porta-vozes de informações de utilidade pública. Devem trabalhar para desmitificar tabus e estigmas que tornam a violência contra a mulher uma prática aceitável;
- ♦ as instituições de ensino públicas e privadas de todas as áreas de conhecimento construam processos de formação de atitudes, práticas, concepções e conhecimentos que promovam atuações profissionais pautadas na humanização, na equidade econômica, social, cultural e política, de sexo e de raça/etnia, traduzindo o reconhecimento da multiplicidade e diversidade do ser humano;
- ♦ o SUS, em todas as suas instâncias e em todos os lugares, articulado com todos os setores com os quais ele pode interagir em rede, abra as portas para receber, acolher, cuidar da mulher em situação de violência, numa perspectiva incondicionalmente participativa, em que as mulheres, os homens, enfim, todos os cidadãos e cidadãs atuem nesse movimento de enfrentamento e superação do problema, como sujeitos que são, capazes de, juntos, transformar o mundo e promover a cultura de paz. Além disso, é necessário garantir aos profissionais as condições necessárias para exercer esse papel, proporcionando, por exemplo, educação permanente e ambiente adequado de trabalho.

Reiteramos os direitos sexuais e reprodutivos de todos, homens e mulheres, as condições materiais adequadas de existência, o direito ao convívio coletivo, ao sentir, emocionar-se e ser feliz, como cidadãos e cidadãs de direito no franco exercício de sua autonomia.

Enfim, reafirmamos os direitos conquistados, dia a dia, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS.

Seminário Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós
Belo Horizonte 21 e 22 de Fevereiro de 2013.

Organização de Redes e de Equipes nos 10 Municípios para Abordagem da Mulher do Campo, Floresta e das Águas

Como uma das metas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência/Para Elas, foram previstas a capacitação das equipes de profissionais e a construção de redes de atenção à mulher em situação de violência nos seguintes municípios e suas respectivas microrregiões: Igarapé Miri-PA, Cruzeiro do Sul-AC, Augustinópolis-TO, Irecê-Ba, Quixadá-CE, Santana do Matos-RN, Posse-GO, São Mateus-ES, Registro-SP e São Lourenço do Sul-RS. Para alcançar essa meta, foram desenvolvidas diferentes estratégias: criação de equipes de referência nos municípios prioritários, aproveitando a presença de representantes nos seminários; realização de Oficinas de Planejamento Local/Microrregional I; Capacitação de profissionais de serviço de referência: treinamento em serviço; Oficinas de Planejamento Local/Microrregional II para avaliação e acompanhamento e treinamento em serviços de referência de Belo Horizonte.

Primeira abordagem

Este primeiro passo teve importância decisiva para iniciar o trabalho de parceria e para promover a mobilização e a participação dos profissionais e gestores do município-sede e da microrregião, recursos imprescindíveis para a articulação de uma rede. Ele se faz a partir da realização dos seminários – nacional e macrorregionais – para os quais foram convidados os representantes dos municípios em pauta.

Oficinas de Planejamento Local e Microrregional I

O trabalho propriamente dito de construção da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência tem início com a oficina local e microrregional I, na qual foi elaborado o plano de atuação para organização dos serviços e sua articulação em rede. Utilizaram-se, para organização das oficinas, categorias do planejamento estratégico situacional²², especificamente os quatro momentos – momento explicativo, momento estratégico, momento normativo e momento tático-operacional, todos desenvolvidos de modo participativo, portanto, gerados por processos dialogados com os participantes. Como é sabido, tais momentos desempenham papéis diferenciados, embora complementares, na elaboração de um plano.

No momento explicativo, foram levantadas e discutidas pelos participantes as informações referentes à situação da mulher, da violência e da rede de atenção em cada local. No momento estratégico, foram as relações de força e de solidariedade entre os participantes, assim como o grau de governabilidade de cada um e do conjunto, no que se refere à construção/consolidação de estruturas, redes e fluxos, na microrregião. Nesse espaço serão trabalhadas as perspectivas do processo participativo e

atividades criadoras/geradoras de opiniões e vontades coletivas que, em vez de luta por hegemonia, estabelecem formas de cooperação, complementação e unificação, fundadas no marco de autonomia e unidade, constitutivas de sujeitos coletivos capazes de agir no mundo de forma mais abrangente e concertada. No momento normativo, foi construído em cada município o plano para a construção da rede de atenção à mulher em situação de violência, a partir da viabilidade produzida nos dois primeiros momentos. Esses três primeiros momentos foram executados no próprio decorrer da oficina, que teve a duração de uma semana. O momento tático-operacional, constituído pela efetivação do plano construído, ficou sob a coordenação da equipe de referência criada. Em todas as oficinas, as atividades eram precedidas por exposição dialogada sobre a abordagem da mulher em situação de violência.

As oficinas contaram com um número variado de participantes – entre 50 e 70 –, sendo o público constituído por profissionais e gestores da saúde e de demais setores envolvidos no enfrentamento da violência.

Capacitação de profissionais de serviço de referência: treinamento em serviço

Imediatamente após a realização da Oficina I, foi desenvolvida atividade de capacitação de profissionais de saúde dos serviços de referência, na modalidade treinamento em serviço. A carga horária do treinamento foi de 12 horas, distribuídas nas seguintes atividades: exposição e discussão do tema (violência de sexo, protocolo de atenção – acolhimento, escuta qualificada, profilaxia, coleta de vestígios, interrupção da gestação prevista em lei); análise de casos (previamente separados pela equipe) e representação de papéis (dramatização de situações vividas ou hipotéticas, propiciando a vivência de todos os aspectos do protocolo de atenção à mulher em situação de violência do Ministério da Saúde (MS)); visita ao serviço (centros e hospitais de referência locais); e atividade prática (atendimento de usuárias ou, na existência delas no dia do treinamento, simulação artística da situação de usuária). À equipe assim treinada foi atribuído papel multiplicador para o município e para a microrregião.

Treinamento em serviço em hospitais de referência de Belo Horizonte

Para a efetivação do plano, além do acompanhamento a distância por um integrante do Para Elas, profissionais dos 10 municípios participaram do treinamento em serviço em hospitais de referência para a mulher em situação de violência, especificamente a Maternidade Odete Valadares e o Hospital Júlia Kubitscheck, onde puderam acompanhar e discutir alguns casos com profissionais já experientes no assunto. Foram reservados momentos durante essa visita para discussões com os integrantes do Projeto Para Elas e encaminhamentos necessários ao prosseguimento dos trabalhos.

Oficinas de Planejamento Local e Microrregional II

O plano elaborado na Oficina de Planejamento I deveria ser implantado a partir das ações previstas pelos profissionais e gestores, respectivamente, responsáveis pela sua execução. Ao final de um ano, nova oficina foi realizada, desta vez com a finalidade de avaliação e ajustes necessários. De modo geral, algumas ações foram desenvolvidas e, em algumas localidades, criaram-se condições para a execução do protocolo completo de abordagem da violência sexual; em outras, o plano não avançou nem chegou a sair do papel; e, em outras, ocorreu quase que desorganização total, depois de vários avanços conseguidos, como criação de fóruns e serviços, constituição de equipes e capacitações internas. Foi muito importante o posicionamento do MS de continuar acompanhando e investindo naquelas localidades, pois a segunda oficina seria a última atividade do programa na localidade. Persiste a possibilidade de os profissionais fazerem o curso Para Elas, modalidade de ensino a distância regularmente ofertado.

Capacitação de Profissionais: Curso Para Elas – modalidade ensino a distância

O curso foi estruturado em três unidades, a primeira, tendo por objeto a discussão de teorias explicativas da violência nas sociedades contemporâneas; a segunda, as políticas públicas, as leis e as convenções instituídas no Brasil e no mundo, para abordagem da mulher em situação de violência; por fim, a terceira unidade, que trabalha o cuidado à mulher em situação de violência, a partir da discussão de casos. O curso utilizou a plataforma *moodle*, disponibilizada pelo Núcleo de Saúde Coletiva (NESCON/UFGM). A meta era ministrar o curso a 1.350 profissionais, sendo 50 para cada estado brasileiro.

Já na segunda turma, o curso foi transformado também em disciplina do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, ganhando, então, desde esse momento, a garantia de durabilidade e sustentabilidade a que toda iniciativa almeja. Em ambos os casos, isto é, como curso de atualização e como disciplina do mestrado, a tutoria foi realizada por professores e mestrandos que fizeram o curso e foram previamente capacitados para assumir a tutoria.

Outro elemento importante para o prosseguimento do Curso é sua transformação, em tramitação, para curso autogerencial e sua incorporação à Universidade Aberta do SUS – UNASUS.

Para melhor promover o aproveitamento, foi produzido material didático-instrucional, *online*, contendo os conteúdos ministrados, as estratégias metodológicas adotadas, as avaliações e os exercícios. Posteriormente, essa produção foi transformada em livro didático, disponível a todos os alunos nas apresentações virtual e impressa.²⁰

Síntese da Avaliação dos Alunos sobre o Curso

De modo geral, os alunos que concluíram o curso até o momento avaliaram-no bem e elogiaram sua qualidade. Destacaram como pontos fortes:

- ♦ a leitura dos textos contribuiu para a compreensão da complexidade da violência e para se pensar a sua prevenção;
- ♦ o estudo dos textos de grandes teóricos, especialmente Marx, Foucault, Hannah e Habermas, permitiu compreender a relação da violência com as relações sociais de produção, com as desigualdades e com a desvalorização do trabalho feminino; esses textos permitiram ampliar a visão sobre violência, tanto nas suas múltiplas causas como na sua possível superação;
- ♦ a reflexão sobre as teorias fortaleceu a ideia do trabalho em equipe e o aprendizado de que as pessoas devem ser tratadas de forma igual; a importância do diálogo para promover um trabalho de forma integrada; a superação da violência pelo trabalho coletivo das pessoas, com o diálogo e com a educação;
- ♦ o curso propiciou entender a violência sofrida pelas mulheres na sociedade atual e os inúmeros papéis que elas desempenham, além do cuidado da casa e dos familiares, e contribuiu para a percepção crítica da “invisibilidade” das mulheres no cuidado de todos;
- ♦ o curso permitiu tematizar a prática cotidiana e a angústia dos profissionais adiante da violência e fortaleceu a necessidade de atuação intersetorial, do trabalho em rede, do acolhimento humanizado, do diálogo e da solidariedade;
- ♦ o curso permitiu refletir sobre as diversas formas de superação da violência: perceber a singularidade de cada pessoa e a importância do trabalho coletivo para beneficiar a todos.

Como pontos fracos, os alunos citaram a baixa interatividade entre eles e a dificuldade de manejo da plataforma.

Fonte: Fóruns virtuais do Curso Para Elas – avaliação feita pelos alunos.

Sustentabilidade

Todo o percurso desenvolvido ocorreu de maneira fortemente entrelaçada com o Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde-Mestrado Profissional, o que garantiu ao Para Elas a sustentação necessária em termos de estabilidade e durabilidade. Sua elaboração, execução, avaliação e desdobramentos foram todos produzidos por professores e mestrandos, que aí também encontraram o material empírico para as suas dissertações. Além disso, foram criadas duas disciplinas com carga horária de 60 horas e a linha de pesquisa intitulada Atenção à Mulher em Situação de Violência, num movimento de fortalecimento recíproco e sinérgico.

Esse entrelaçamento e a sustentabilidade por ele proporcionada permitiram o prosseguimento do programa para além dos prazos previstos na parceria com o MS e também a geração de experiências inovadoras que ultrapassaram as metas previstas. Entre essas experiências destaca-se a criação da Rede de Atenção e Ambulatório Para Elas/Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em situação de Violência e Vulnerabi-

lidade, em parceria com o Hospital das Clínicas/UFMG, Secretarias Municipais de Belo Horizonte – Saúde e Assistência Social – e Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais. Essa experiência, que integra cuidados individuais de diferentes naturezas com práticas complementares e com a saúde coletiva, alargando-se do cuidado individual para alcançar a abordagem dos determinantes sociais das desigualdades, das violências e da saúde, constitui relevante estratégia capaz de enfrentar o mais decisivo desafio posto à promoção de saúde, que é a sua efetivação.

Assim é que do ambulatório brotam incessantemente novas estratégias e novas práticas. Para citar algumas delas, a criação da Organização Civil Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós – Promoção de Saúde de Mulheres, Crianças e Adolescentes, do Bloco de Carnaval denominado Para Eles e Para Elas, da campanha de reciclagem de bijuterias, que significam atuar no enfrentamento da violência, segundo perspectivas de natureza político-social, cultural e de geração de renda.

Pesquisa e produção de conhecimento

O Programa Para Elas já nasce articulado à pesquisa, pois em todos os espaços por ele criados foram conectados procedimentos de pesquisa qualitativa e quantitativa, gerando grande volume de informações sobre a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência; sobre os profissionais, suas concepções e atitudes; sobre as mulheres e sua história; sobre a violência e suas causas (Quadro 1.1).

Quadro 1.1. Espaços de atuação do programa e procedimentos de pesquisa vinculados

Atividades	Procedimentos de pesquisa
Seminários - Nacional e Macrorregionais	Questionários autoaplicáveis – 396 Grupos focais – 16 no total Observação participante – oficinas
Oficinas com os municípios de campo, floresta e das águas	Questionários autoaplicáveis - 438 Grupos focais – 35 no total Observação participante – oficinas Entrevistas abertas com mulheres do campo, da floresta e das águas – 40 no total
Ensino a Distância	Questionário autoaplicável, online, com todos os alunos, precedendo o início do curso – 847; turmas de 1 a 6 Pesquisa-ação: atividades do fórum, exercícios e avaliações
Convenções, políticas, leis, programas e planos de atenção aprovados em todos os setores e esferas envolvidas	Pesquisa documental
Bancos de dados resultantes da atenção à mulher em situação de violência pelas instituições parceiras do programa	Pesquisa com dados secundários

Além dos projetos de pesquisa vinculados ao programa desde o seu início, um teve característica especial, que brotou das circunstâncias e se impôs por sua força, simplicidade e beleza – é o que versou sobre a colcha de retalhos e o efeito que produziu nas pessoas. Intencionalmente deixado para finalizar o capítulo, versa sobre um objeto que, como nenhum, poderia simbolizar tão bem a essência do programa: pessoas e partes de grande diversidade que, com seus saberes, competências, dificuldades, fragilidades e afetos, se unem, constituindo, de dentro de sua autonomia, um conjunto duradouro, capaz de insistir, durar e transformar o mundo (Figura 1.2).



Figura 1.2. Colcha de Retalhos do Programa Para Elas – tecida por Elas e Por Eles.

QR Code: Acesso à imagem colorida.

Com essa atuação, o Programa Para Elas produziu, até o momento, 14 dissertações de mestrado, com muitas outras em andamento; deu origem à Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, que nasce com quatro volumes: Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança; Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós; Violências; Violência e Adolescência. Produziu ainda: outro livro, vinculado ao curso na modalidade de ensino a distância; dois suplementos de revistas científicas – Saúde em Debate e Revista Médica de Minas Gerais; o Boletim Para Elas e Para Todos, com tiragem de 100 mil cópias para distribuir em todo o Brasil; inúmeros trabalhos de congressos e conferências, nos quais ganhou vários prêmios.

Da atuação do programa com seus parceiros, nascem todos os capítulos que compõem este livro Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, a começar pelo capítulo 1, que se ocupa da sua descrição – fundamentos, estratégias, projetos, métodos, produtos, etc., até chegar ao capítulo 21, que é o último e se ocupa da descrição mais detalhada

de uma criação sua – a Rede de Atenção e Ambulatório Para Elas/Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Vulnerabilidades.

O Capítulo 2 apresenta a experiência da colcha de retalhos, que virou símbolo do programa, e sua avaliação. O Capítulo 3 descreve o arcabouço político-institucional, vigente no Brasil e no mundo, com o qual se trabalha diuturnamente e onde se buscam elementos para garantir a abordagem da mulher em situação de violência.

Em seguida, entra-se na seção II, onde se discutem as múltiplas violências que passam a vida da mulher. No capítulo 4, “O Subjugo da Mulher ao longo dos Tempos”, teórico, é descrita a violência contra a mulher em diferentes momentos da história. E no capítulo 5, “Violência contra as Mulheres: Diferença e Horror”, a violência contra a mulher, pensada a partir da psicanálise. No capítulo 6, “Mães e Violência”, ainda com a psicanálise, são tratadas, a partir de dados empíricos qualitativos, as violências que giram em torno da maternidade. Os Capítulos 7 e 8, intitulados “Concepção dos Gestores de Saúde acerca de Valores Culturais Relativos às Relações de Gênero” e “Violência e Relações de Gênero na Atenção Primária em Saúde: a Visão de Usuários e Profissionais da Atenção Primária”, respectivamente, apresentam análises de relações de gênero, a partir de dados empíricos, resultantes de estudos transversais de natureza quantitativa.

A seção III, com seus sete capítulos, faz a análise de diferentes aspectos da Rede de Enfrentamento da Violência contra a Mulher. O capítulo 9 – “Características da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência e Fatores que Influenciam sua Implantação, sob a Ótica dos Gestores da Área Técnica da Saúde da Mulher de Estados e Capitais Brasileiros” – apresenta estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado com profissionais de estados e capitais brasileiros durante os seminários do Para Elas. Os Capítulos 10, 11 e 13 – intitulados “Articulação da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência em 10 Municípios Brasileiros: Visão dos Profissionais de Saúde”; “Fatores Associados às Atitudes Profissionais com as Mulheres em Situação de Violência em 10 Municípios Brasileiros”; “Violência contra a Mulher: Atuação dos Profissionais de Saúde acerca da Notificação Compulsória nos Territórios do Campo, da Floresta e das Águas”, respectivamente – resultam da pesquisa realizada com os profissionais dos 10 municípios sede de territórios de cidadania. Os Capítulos 12 e 14 – “A Percepção do Profissional de Saúde e de Outras Áreas Afins e a Relação com a Rede de Assistência à Mulher em Situação de Violência” e “Avaliação do Curso Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência – Para Elas, Modalidade a Distância” – resultam de estudo transversal com alunos de todo o Brasil inscritos no curso Para Elas, de ensino a distância. Por fim, o capítulo 15 – “Política de Atenção à Mulher em Situação de Violência” – trata da descrição da Política da Atenção Integral à mulher adotada pelo Ministério da Saúde e dentro da qual se insere o Para Elas.

A seção IV apresenta estudos – teóricos e empíricos – sobre os cuidados à mulher em situação de violência. O Capítulo 16 – “O Cuidado da Mulher em Situação de Vio-

lência na Percepção de Profissionais e Gestores de Saúde, das Macrorregiões Brasileiras” – resulta ainda de dados gerados nos Seminários, sendo de natureza quantitativa. O Capítulo 17, intitulado “Descrição e Avaliação da Coleta de Vestígios em Centros de Referência de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual de Belo Horizonte”, trata da abordagem humanizada da mulher em situação de violência sexual, consistindo sua metodologia de estudo transversal, com utilização de dados secundários. O Capítulo 18 – “O Cuidado à Mulher em Situação de Violência Sexual” – traz a descrição do cuidado oferecido à mulher em situação de violência, segundo o protocolo vigente, em hospitais de referência. O Capítulo 19 – “Saúde no Sistema Prisional de Minas Gerais: As Relações de Cuidado no Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade” – relata estudo qualitativo sobre mulheres na dupla condição de mães e presidiárias. Finalmente, o Capítulo 20 – “Uso de Práticas Complementares para a Abordagem da Mulher em Situação de Violência” – traz, em abordagem teórica, o uso das práticas complementares – homeopatia, *reiki*, acupuntura, *ioga* e outras – como promissoras possibilidades de integrar e ampliar o cuidado à mulher em situação de violência.

Finalmente, a seção V relata uma experiência exitosa, a Rede de Atenção e Ambulatório Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós/Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade, que já foi citada e precisa ser repetida, pois, além de finalizar o livro, implica também o novo começo: O Programa Para Elas prossegue!

Referências

1. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d’Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini GF. The health-systems response to violence against women. *Lancet* 2015;385(9977):1567-79.
2. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. [Acesso 14 jan 2017] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
3. Corradi C, Marcuello-Servós C, Boira S, Weil S. Theories of femicide and their significance for social Research. *Current Sociology*. 2016;64(7): 975–995.
4. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *Lancet* 2015;385(9978):1672–84.
5. Kelly UA. Theories of intimate partner violence: from blaming the victim to acting against injustice. *ANS Adv Nurs Sci*. 2011;34 (3):E29–51.
6. Krug EG, Dahlberg JA, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization; 2002
7. United Nations Office on Drugs And Crime (UNODC). 2011 Global study on homicide: trends, contexts, data. Viena: UNODC; 2011.
8. Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência: os novos padrões da violência homicida no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.

9. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza, JA. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: PAHO; 2012.
10. Leithner K, Assem-Hilgerb E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M. Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological–psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;144(2):168–72.
11. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2010.
12. Katz-Wise SL, Hide JS. Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. *J Sex Res.* 2012;49(2-3):142-67.
13. Reichenheim ME, Moarae CL, Szklo A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(2):425-437.
14. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito: relatório final. Brasília: CPMI; 2013.
15. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, Melo EM. Homicídios e vulnerabilidade social. *Ciênc. saúde coletiva* 2016;21(3)923-34
16. Redelings M, Lieb L, Sorvillo F. Years off your life? The effects of homicide on life expectancy by neighborhood and ace/ethnicity in Los Angeles County. *J Urban Health.* 2010; 8 (4):670-76.
17. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc.* 2014;23(3):778-86.
18. Kiss LB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação.* 2007;11(23):485-501.
19. Habermas J. *Between Facts and Norms.* Cambridge: Polity; 1996.
20. Melo VH, Melo EM. *Para Elas.* Belo Horizonte: Nescon; 2016.
21. Melo EM. *Podemos Prevenir a Violência.* Brasília: OPAS, 2010.
22. Matus C. Os Métodos do VII Plano da Nação. In: Rivera FJU, Testa M, Matus C, Artmann E. *Planejamento e programação em saúde um enfoque estratégico.* São Paulo: Cortez; 1992, p. 123-149.

Capítulo 2

BELA E FORTE COLCHA DE RETALHOS: PARTICIPAÇÃO, AUTONOMIA E CONSTRUÇÃO COLETIVA

Patrícia Campos Chaves
Geraldo José Coelho Ribeiro
Joana D'arc Bittencourt Alves Parreira
Carlos Eduardo Firmino
Ana Paula Dias Guimarães
Marcos Ferreira Benedito
Myrtes Teixeira de Lima
Mirna Flavia de Souza de Moraes
Fernanda Álvares Alves Leite
Victor Hugo de Melo
Vanessa Almeida
Elza Machado de Melo

Resumo

Este estudo é vinculado ao Projeto Para Elas. Por elas, Por eles, Por nós, cujos objetivos são capacitação de profissionais, organização de serviços e articulação de ambos em redes regionais e nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência. No planejamento, muito se discutiu sobre dificuldades de apropriação dos conteúdos das capacitações pelos profissionais e de aplicação prática nos serviços onde atuam. Surgiram daí as premissas do projeto: marcas fortemente participativas, lúdicas e interativas com predomínio de oficinas, jogos e atividades grupais. Objeto deste estudo, a colcha de retalhos, atividade simples, mas carregada de significados, arraigados e atuais, com seu percurso itinerante que ia acolhendo e agregando simbolicamente pessoas e lugares, tinha o papel de expressar, concretamente, a construção coletiva

em andamento. Utilizaram-se observação participante nos eventos realizados em 12 municípios do Brasil e entrevistas semiestruturadas on-line com 735 participantes. A grande maioria avaliou a colcha como ação humanizadora, suficientemente potente para estimular reflexão crítica sobre saúde e abrir possibilidades de mudanças. Tais resultados implicam não a reedição da atividade, mas renovação do compromisso com práticas participativas e criação de mecanismos que, assim como ela, proporcionem aos participantes contemplação/consciência/compreensão do espetáculo que produzem ao exercerem sua autonomia.

Palavras-chave: *Violência contra Mulher. Rede de Atenção. Construção Coletiva. Autonomia.*

Introdução

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública e atinge diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade e raças. Constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos, pois atinge a mulher em seus direitos à vida, à saúde e a integridade física. O artigo 5º da Lei nº 11.340 – Maria da Penha¹ – diz que a violência doméstica e familiar contra a mulher é considerada qualquer ação ou conduta baseada no sexo, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher.

O relatório de pesquisa sobre a violência contra a mulher no Brasil, apresentado pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito do Senado Brasileiro em 2013, mostra que 34% das mulheres já sofreram algum tipo de violência e registra-se índice de 4,4 mortes para cada 100 mil mulheres, o que coloca o país na 7ª colocação no *ranking* mundial.²

A questão da violência contra a mulher vem sendo debatida nacional e internacionalmente, subsidiando a produção de uma série de documentos, declarações, decretos, leis, pactos e projetos que buscam regulamentar e propor ações para o enfrentamento dessa realidade. Destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Humanização e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, que apresentou, em 2011, eixos estruturantes para a consolidação de uma política nacional, por meio da integração de políticas públicas em todo o seu território. Uma premissa essencial dessa proposta é a organização de um sistema integrado, regionalizado, descentralizado e democrático, contando também com a participação da sociedade civil.³

Nesse cenário, surge o projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós /Atenção integral de saúde à mulher em situação de violência. A ideia de confecção de uma colcha de retalhos que pudesse representar simbolicamente o acolhimento e a agre-

gação dos atores sociais envolvidos – pessoas, profissionais, grupos, equipe, serviço, locais, etc. – tecida à medida que as atividades se desenvolviam surgiu como forma de expressão do processo de construção coletiva experimentado. A intenção foi que todos pudessem tomar consciência e se reconhecessem no que foi produzido e, na assinatura compartilhada da sua obra, revelassem, uns aos outros, sua autoria coletiva. A avaliação dessa atividade tão simples, mas carregada de significados arraigados na cultura brasileira que se entrelaçam agora com uma experiência atual, constitui o objeto do presente texto.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo realizado com os participantes de diversas atividades do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, desenvolvido em várias localidades do Brasil sobre a experiência de confecção da colcha de retalhos. Os procedimentos metodológicos utilizados foram: a) observação participante; b) entrevistas semiestruturadas *on-line* com os participantes da atividade.

A partir da observação participante, anotações, fotos, vídeos e depoimentos, membros da equipe do projeto acompanhavam e registravam, em todos os eventos realizados, o desenvolvimento da atividade de construção da colcha, desde o seu início, quando cada participante recebeu, na sua chegada, um crachá em tecido e crochê. Sendo esse um objeto destinado à identificação das pessoas, a escolha da cor, a assinatura nele do próprio nome e o uso por determinado tempo tinham o objetivo de personificar e dar a ele um caráter singular. Essa ação criava um clima de receptividade, promovia as primeiras interações e significava um convite que antecipava o tom de acolhimento do evento. Era uma proposta de aproximação, um “estar com” e “perto de” – uma atitude de inclusão.⁴

Os crachás eram utilizados ao longo do primeiro dia e recolhidos ao término das atividades. No segundo dia, iniciava-se a tessitura da colcha com os crachás de cada profissional, dentro do próprio evento, mediante o olhar de todos, representando, silenciosa e concretamente, o produto coletivo que ia tomando corpo. Este trabalho foi realizado por mulheres artesãs, moradoras das cidades onde os eventos do projeto ocorriam. Donas de casa, estudantes, trabalhadoras, usuárias da rede SUS ou membros de movimentos sociais, dos diferentes locais onde se realizavam o evento, com idades variadas, confeccionaram e costuraram os crachás. Traziam consigo e expunham, numa alegre conversação, os traços culturais, religiosos e peculiaridades dos contextos sociais e, dessa forma, acabavam por darem, em cada evento, uma nova feição à colcha de retalhos. Foi delas a proposta de customização, atividade que consiste em modificar, renovar uma peça de roupa ou objeto por meio de atividades manuais.

Com isso, cada grupo, nos diferentes locais onde as atividades do projeto eram realizadas, integrou um símbolo da cultura local, deixando na colcha as marcas daquele lugar.

Os símbolos culturais como as fitas do Bonfim, a palha do babaçu, as santas padroeiras, os emblemas foram aos poucos se agregando, interligando os nomes das pessoas, representando aspectos da história e da vida dos profissionais participantes. Estes, por sua vez, podiam também, se assim o desejassem, participar, em alguns momentos, desse trabalho, junto com as mulheres. Sendo assim, ao mesmo tempo em que eram chamados à construção da rede pela proposição de acordos e compromissos institucionais, também teciam a colcha, que materializava, com suas múltiplas diferenças, a síntese dialética de singularidade e coletividade característica de toda rede.

Ao final do evento, a colcha era apresentada como ação de encerramento dos trabalhos, contendo os nomes de todos os participantes e os símbolos da cultura local, trazida pelas mãos das mulheres que a costuraram e da equipe organizadora (Figura 2.1).



Figura 2.1. Colcha de retalhos do projeto “Para Elas”.

Fonte: relatório executivo do Projeto Para Elas.⁷

QR Code: Acesso à imagem colorida.

Para as entrevistas semiestruturadas sobre a experiência com a colcha, foram utilizados questionários eletrônicos, instrumento de pesquisa escolhido em virtude da distância das cidades onde as atividades do projeto foram desenvolvidas e da facilidade de acesso aos endereços de *e-mail* dos participantes. Atualmente, o uso desse tipo de ferramenta tem sido considerado muito semelhante metodologicamente à utilização de questionários autopreenchidos via correio ou por telefone, diferindo apenas na maneira como são conduzidos.⁵

O universo da pesquisa foi constituído pelos participantes das atividades presenciais do projeto Para Elas, num total de 12 eventos realizados até o momento de início

da pesquisa. Não foram incluídos no presente estudo quatro municípios de campo e floresta, a saber: Augustinópolis, Irecê e Registro – em razão dos prazos para confecção deste trabalho – e São Mateus, que sendo o primeiro deles teve metodologia e programação diferentes.

Para as entrevistas *on-line*, foram utilizados como critérios de inclusão: ter assinado as listas de presença e informado endereço eletrônico legível, sendo retirados os nomes repetidos. O processo de recrutamento dos participantes se deu pelo envio de cinco diferentes mensagens/convite por correio eletrônico, no período de abril a junho de 2014. Cada mensagem continha referências ao projeto Para Elas, à presença do participante nos eventos, ao objetivo da pesquisa e ao convite para preenchimento do questionário, com o *link* de acesso à plataforma *web FormSus/Datasus*. Essas ações podem influenciar no aumento dos índices de resposta, uma vez que contextualizam a pesquisa e geram mais confiança.⁶

O questionário utilizado continha perguntas fechadas correspondentes às seguintes variáveis: sexo, percepção sobre o uso do crachá para a confecção da colcha; importância da atividade da colcha; contribuição dessa atividade para sensibilização dos profissionais; utilização da atividade em outros eventos; aplicação da atividade em sua prática profissional. Apenas duas perguntas abertas foram incluídas no questionário: “o que você sentiu ao participar da atividade de confecção da colcha?” e “o que você sentiu ao ver seu nome agregado à colcha de retalhos durante a apresentação da mesma no encerramento do evento?” O questionário foi testado, *on-line*, com profissionais de saúde de Minas Gerais.

Para a criação de formulários, o armazenamento e a tabulação dos dados, foi escolhida a ferramenta FormSus, serviço do Datasus na *web*. Nele foi construída a máscara do questionário contendo questões fechadas e abertas. Um *link* de acesso foi criado pelo sistema e ao ser anexado ao *e-mail/convite* permitiu a cada participante acessar e responder *on-line* o questionário. Os dados informados eram gravados e armazenados em bancos de dados do sistema, que afinal gerou arquivo *Excel*. Posteriormente, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Para a abordagem quantitativa, como se trata de estudo censitário, foi realizada análise univariada, com distribuição de frequência. Para a abordagem qualitativa foi utilizada a análise hermenêutico-dialética, segundo a qual os dados empíricos são analisados de forma entrelaçada às formulações teóricas adotadas num processo circular e reflexivo em que teoria e informações empíricas se iluminam reciprocamente. A partir desse entrelaçamento, e considerando também os principais resultados quantitativos, foram definidas as seguintes categorias de análise: a) o símbolo da autonomia; b) a construção coletiva; c) humanização das práticas de atenção à saúde.

Resultados

Nos eventos incluídos no estudo, houve a participação total de 1.200 profissionais de saúde ligados à atenção à mulher em situação de violência, sendo que a observação participante se refere ao conjunto deles. Quanto aos questionários *on-line*, após separar e descartar endereços em branco, incompletos e ilegíveis, foram enviados para 735 participantes, dos quais 311 o retornaram respondido. A Tabela 2.1 mostra o número de participantes por eventos. A grande maioria dos participantes é do sexo feminino (89,6%).

Tabela 2.1. Atividades presenciais do projeto Para Elas

Atividades*	Local	Participantes	Data	Nº por evento	Nº respondentes
Seminário Nacional	Belo Horizonte	Gestores da área de saúde da mulher, dos estados e capitais brasileiras	02/2013	339	109
Seminário Macrorregião Sudeste		Gestores da área de saúde da mulher, dos estados e capitais da região Sudeste	03/2013		
Seminário Macrorregional Nordeste	Salvador		05/2013	82	21
Seminário Macrorregional Norte	Palmas	Gestores e profissionais envolvidos na gestão da saúde da mulher de estados e capitais de cada macrorregião	06/2013	138	37
Seminário Macrorregional Sul	Curitiba		09/2013	93	37
Seminário Centro-Oeste	Goiânia		04/2014	101	31
Oficinas em municípios de campo e floresta	São Mateus-ES; Posse-GO; Quixadá-CE; São Lourenço-RS; Cruzeiro do Sul-AC; Santana do Matos-RN; Igarapé Miri-Pará; Augustinópolis-TO; Irecê-BA; Registro-São Paulo (nessa ordem de realização)	Autoridades, gestores e profissionais de várias áreas e setores, envolvidos na gestão e no cuidado da mulher em situação de violência	05/2013 a 06/2014	447	76

* O projeto Para Elas desenvolve também atividades virtuais de capacitação; atividades de pesquisa e produção de material técnico-científico. Na Tabela estão representadas apenas as presenciais. Fonte: Relatório Executivo do projeto Para Elas⁷.

Tabela 2.2. Distribuição de frequências das variáveis estudadas

Variável		Macrorregionais		Campo e Floresta		Total (%)
		N	%	N	%	
Percebeu o uso do crachá para tecer uma colcha de retalhos durante o evento?	Sim	168	54	55	17,7	71,7
Você achou que a atividade da colcha de retalhos teve importância nos eventos do projeto Para Elas. Por Elas, por Eles, por Nós?	Sim	232	74,5	75	24,1	98,6
Você achou que a atividade da colcha de retalhos contribuiu para sensibilizar as pessoas para a construção da rede de atenção à mulher em situação de violência?	Sim	225	72,2	76	24,5	96,7
Como um dispositivo que propõe a aproximação das pessoas, você acha que atividades como a colcha de retalhos deveriam ser utilizadas em outros eventos?	Sim	233	74,8	76	24,5	99,3
Ao participar da atividade da colcha de retalhos, você pensou em replicá-la em sua prática profissional?	Sim	183	58,8	67	21,6	80,4

Fonte: relatório executivo do projeto Para Elas⁷.

Discussão

Símbolo de autonomia

Senti que havia compartilhado algo com todos os presentes. Senti a grandeza do momento: a emoção de “estar junto”, de “estar com” sujeitos em um processo maior e que tinha um objetivo único. Foi mágico, foi emocionante (chorei...), revigorante. Abracei pessoas queridas, pessoas que não conhecia. Senti que a mudança seria possível. Me senti poderosa, empoderada... Senti que seria possível haver mudança no cenário da violência contra a mulher, a partir do entendimento do tema e de um trabalho coletivo, participativo, colaborativo (informação oral).^a

Observou-se, em todos os eventos, a criação de um momento único, verdadeiro e potente, que surpreendeu a todos, inclusive a equipe do projeto. Não se esperava tal efeito sobre as pessoas. Os participantes percebiam o significado da atividade e se envolviam com a proposta de forma afetiva. Ao buscar e perceber seu nome na colcha, o participante via-se como integrante e protagonista desse processo. Segundo Paulo Freire⁸, o homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu

a Participante nº 24, sexo feminino, Belo Horizonte.

ambiente concreto. Na medida em que cada participante refletia sobre seu papel na rede, suas possibilidades e limites na proposição de soluções para o enfrentamento da violência contra a mulher em sua região, surgiam maneiras criativas e produtivas de superar a realidade.

A ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos⁹ ficava clara e um sentimento de pertencimento fortalecia os vínculos formados entre os profissionais participantes. É essencial para a construção de uma rede que ela não seja apenas um arranjo organizado de serviços, mas também uma rede de afetos, em que os profissionais se reconheçam como sujeitos capazes de, no encontro com outros sujeitos, produzirem novas práticas de saúde. Representado tanto como indivíduo quanto como coletivo, cada participante podia se reconhecer como sujeito, autor de sua história e, a partir daí, transformar a realidade⁸, propondo estratégias e soluções para o enfrentamento da violência contra a mulher na sua região.

Entende-se por autonomia a capacidade do indivíduo de decidir sobre si e sobre sua vida. Segundo Freire⁸ e também Onocko Campos e Campos¹⁰, o homem torna-se autônomo por meio de suas interações, como indivíduo inserido em um contexto social, cultural, afetivo e histórico. Trata-se de um processo coproduzido resultante da reflexão e ação crítica do sujeito sobre o mundo. A construção da colcha de retalhos, carregada de significados, permitiu a representação concreta da possibilidade daqueles profissionais de, no exercício de sua autonomia, construir coletivamente a rede. Expressando simbolicamente todo esse processo, permitiu a consciência sobre ele.

Foi muito importante a confecção da colcha de retalhos por meio dos crachás... Na verdade foi tecida uma bandeira em defesa da mulher, quando todos os estados deram e continuam dando a sua contribuição. Gostei muito mesmo, pois são estas ações que vão contornando expressivamente e de forma marcante a bandeira de luta nos enfrentamentos pelos direitos da mulher (informação oral).^b

A colcha assumiu o lugar de símbolo que tem a característica “[...] excepcional de sintetizar, numa expressão sensível, todas as influências do inconsciente e da consciência, bem como das forças instintivas e espirituais, em conflito ou em vias de se harmonizar no interior de cada homem”¹¹, p.16

Os dados quantitativos reiteram esse papel da colcha, a importância que os profissionais lhe deram e a associação de ambos com o reconhecimento da atividade como capaz de sensibilizar pessoas no processo de construção da rede. O intuito é utilizar experiências análogas na sua prática – ao fazer isso, esses profissionais já estavam exercitando seu protagonismo e sua autonomia:

b Participante nº 160, sexo feminino, Palmas.

Participar da colcha foi me sentir incluída, inteira! Não apenas pensei como também utilizei em eventos para prevenção de agravo à saúde em quatro municípios na Bahia! Sucesso total! (informação oral).^c

Tive um sentimento de oportunidade, pertencimento a uma cidade, a um estado e a um país que se posiciona, que não está passivo, que reage, que é protagonista de sua história e quer mudanças, participa, contribui para que estas ocorram (informação oral).^d

O homem se torna sujeito apenas se inserido em um contexto histórico e social e “quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la”.^{8, p.16} Ao acompanhar a atividade da colcha de retalhos, era possível perceber que a consciência sobre a necessidade de união das pessoas para enfrentar a violência contra a mulher ia tomando forma. Os participantes ali envolvidos tomavam para si o compromisso de promover as ações necessárias e explicitavam o desejo legítimo de contribuir, gerando, num momento, fugaz, é verdade, mas significativo, um sentimento de corresponsabilidade:

Ao ver meu nome na colcha, ao mesmo tempo me veio um sentimento de alegria, mas também de responsabilidade. Pois, ao fazer parte da rede é de suma importância para pensar e efetuar mudanças no processo de trabalho (informação oral).^e

Assumir responsabilidades faz parte do processo de conquista da autonomia, que é processo de amadurecimento construído ao longo da vida, em que no exercício dialético da ação-reflexão o sujeito toma consciência e torna-se corresponsável pelo mundo que o cerca e, então, age, gera cultura, forma rede e faz história.^{8,10,12,13}

A construção coletiva

A proposta é que gestores e profissionais da assistência à saúde da mulher, representantes dos três níveis governamentais, das áreas de educação, justiça, direitos humanos e setores da sociedade civil, reunidos, busquem a articulação de um projeto coletivo, construído de modo participativo que se expressou simbolicamente na construção da colcha. Essa era a intenção e o foi desde seu início, percebida pela maioria (71,1%) dos participantes:

[Senti] que estava fazendo parte da construção de uma rede, de um projeto coletivo (informação oral).^f

c Participante nº 283, sexo feminino, Belo Horizonte.

d Participante nº 311, sexo feminino, Belo Horizonte.

e Participante nº 274, sexo feminino, Belo Horizonte.

f Participante nº 161, sexo feminino, Curitiba.

Senti que a articulação necessária em busca de mudanças de atitudes de uma comunidade passa por redes de colaboração, com laços estreitos e realizados com ações sinérgicas, muito bem ilustradas pela atividade (informação oral).^g

A colcha nos fala de algo relacionado à intersetorialidade (informação oral)^h.

A construção coletiva pressupõe que, para além da articulação de profissionais e setores, também seriam articulados afetos, espaços, saberes e estratégias de gestão, uma vez que o enfrentamento dos problemas se dá considerando-se as dimensões subjetiva e objetiva, inerentes em toda relação entre sujeitos e coletivos.¹⁴ É no espaço do encontro que os sujeitos exercitam seu potencial de afetar e serem afetados em suas relações com os outros e com mundo. Esse regime de afetabilidade permite vivenciar experiências singulares que favorecem a produção de alianças éticas com a produção da vida.¹⁵ Retratar esse processo num objeto concreto que alçou a condição de símbolo e contribuiu para a reflexão sobre ele permitiu expor aos olhos de cada sujeito a sua obra, para que ele reflita sobre ela e se reconheça nela.

A concretização da rede em formação pôde ser visualizada por meio do símbolo/colcha, em um momento de encontro entre todos os participantes, potente e capaz de gerar significados. Carregada de cores, nomes e símbolos culturais, a colcha trazia em si marcas individuais e coletivas, um registro vivo da proposta, tecido e exposto ali, diante de todos, pertencente a todos, enquanto os compromissos institucionais eram firmados. Poder “tocar, sentir a rede”, surpreender-se com ela, emocionar-se com o momento, tudo isso celebrava a força do trabalho coletivo:

Uma nova forma de “tecer a rede” estimulou e motivou o público a entender a importância de lutar juntos, de unir forças (informação oral).ⁱ

Senti emoção ao ver que uma atividade vista por mim inicialmente como tímida e sem maiores desdobramentos tomasse uma proporção imensa e fisicamente registrasse a minha participação de forma definitiva (informação oral).^j

Segundo Jorge¹⁶, todo objeto produzido pelo homem é fonte de consciência, pois ao ver expressado nele seu mundo interno e representada a experiência vivida, encontra a si mesmo e, por sua capacidade de reflexão crítica, torna-se consciente. Em cada um desses encontros, a concretude da colcha/rede permitiu revelar, reflexivamente, a relevância e o papel de cada participante, o que desencadeou em cada um forte senso de pertencimento e de empoderamento, ingredientes necessários e propícios para a formação de laços e vínculos solidários entre os sujeitos integrantes da rede:

g Participante nº 133, sexo masculino, Belo Horizonte.

h Participante nº 29, sexo feminino, Belo Horizonte.

i Participante nº 291, sexo feminino, Curitiba.

j Participante no 133, sexo masculino, Belo Horizonte.

Senti emoção; sentimento de pertencimento e cidadania! (informação oral)^k.

Senti que eu faço parte da luta contra a violência e de qualquer tipo de situação que a mulher venha a sofrer. E que, juntas como estávamos na colcha, seremos imbatíveis! (informação oral).^l

Humanização das práticas de atenção à saúde

Desde seu início, a atividade colcha de retalhos apresentou-se como uma proposta de ação humanizadora, pois se harmonizou com os princípios e valores da Política Nacional de Humanização (PNH), reiterando-os: valorização da singularidade dos sujeitos, sua autonomia e protagonismo; a corresponsabilidade; a construção de vínculos solidários, constituindo redes vivas de cooperação.⁹ Essa política traz em si a proposta de novo modelo de atuação, valorizando as dimensões humanas e subjetivas nas práticas de atenção à saúde. Os diferentes sujeitos envolvidos nesse processo são chamados a protagonizarem as ações e estimulados em sua capacidade de produção de vida e saúde. Produzir saúde significa produzir sujeitos autônomos. Assim, a potência da construção e sustentação da rede está em cada sujeito que se sente inserido nesse contexto. A colcha produziu esse sentimento e os relatos são explícitos:

Eu me emocionei diante do significado da colcha, da qual eu faço parte. Eu me vi diante de mim mesmo, diante de nós, fortalecida, acolhida, incluída, responsável. Senti esperança de possíveis mudanças, de que se concretize a humanização da gestão, da assistência e do trabalho em saúde. Eu faço parte desta história! (informação oral).^m

Para além dos acordos firmados, a humanização se dá no “[...] cultivo de uma prática ética em que o cuidado consigo, com o outro e com o mundo se faz quando cuidamos da dimensão coletiva e relacional de nossa existência”.^{15, p.162} Essa foi a percepção de 99,3% dos participantes, que reconheceram na construção uma experiência que aproximou as pessoas e deveria ser utilizado em outros eventos.

Ao unir os participantes da rede, colocando lado a lado diferentes atores independentemente de sua categoria profissional, saberes e funções, foi possível simbolizar aspectos da construção coletiva da rede na lógica da humanização como intersetorialidade, troca de saberes, corresponsabilização e grupalidade:

Senti que faço parte de “algo maior”, que sem meu nome, meu “pedaço” a colcha não estaria completa... que é preciso estar junto de outros nomes para humanizarmos cada vez mais nossas relações (informação oral).ⁿ

k Participante no 163, sexo feminino, Salvador.

l Participante nº 05, sexo feminino, Quixadá.

m Participante nº 311, sexo feminino, Belo Horizonte.

n Participante nº 138, sexo feminino, Belo Horizonte.

Em síntese, a experiência é potente porque na sua simplicidade traduz significado profundo: “é no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e gestão”.^{17, p.393}

Considerações Finais

A experiência da colcha de retalhos fez parte de uma série de ações desenvolvidas pelo projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. Construída ao longo da organização e execução das atividades do projeto, assim como o próprio objeto, sua metodologia e produção contaram com a contribuição de todos os envolvidos com a proposta, sendo aprimorada a cada evento.

Ao longo do projeto, a atividade mostrou-se significativa para todos os que dela participaram. Em certo momento, pode-se dizer que adquiriu vida própria. Após os eventos ela incorporou a singularidade de cada um dos profissionais incluídos no projeto, bem como vários aspectos culturais das regiões do país onde foi desenvolvida. Por meio dela, foi possível expressar, a partir da reflexão provocada em todos os participantes, a potência de cada um na construção de um coletivo carregado de significados. Esse movimento dialético entre o simbólico e o concreto, o singular e o coletivo, representado na colcha, fez dela uma ação efetiva e um símbolo legítimo na construção da Rede de Atenção Integral Saúde da Mulher em Situação de Violência.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2006. [acesso em 2016 dez 14]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
2. Brasil. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. Relatório Final: situação da violência contra a mulher no Brasil. Brasília: Senado Federal; 2013.
3. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª edição. Brasília: Ministério da saúde; 2006.

5. Vieira HC, Castro AE, Júnior Schuch VF. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. XIII SEMEAD Seminários em Administração; 2010 ago 16-20; São Paulo (SP).
6. Gonçalves DIF. Pesquisas de marketing pela internet: as percepções sob a ótica dos entrevistados. Rev. Adm. Mackenzie 2008;9(7):70-88.
7. Núcleo de Saúde e Paz. Universidade Federal de Minas Gerais. Relatório Executivo do Projeto "Para Elas". Belo Horizonte (MG); 2013.
8. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes;1979.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
10. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YMde, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.669-688.
11. Ribeiro ES. Um estudo sobre símbolo com base na semiótica de Peirce. Estu. Semiót. 2010;6(1):46-53.
12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª Edição. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
13. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciênc. saúde coletiva 2010;15(5):2337-2344.
14. Santos Filho SB, Barros MEB, organizadores. Trabalhador de Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007.
15. Neves CAB. Micropolítica do Processo de Acolhimento em Saúde. Estud. pesqu. psicol UERJ 2010;(1):151-168.
16. Jorge RC. O Objeto e a Especificidade da Terapia Ocupacional. 1ª Edição. Belo Horizonte: GESTO; 1990.
17. Barros RB, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface 2005; 9(17):389-394.

Capítulo 3

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: ARCABOUÇO POLÍTICO INSTITUCIONAL

Victor Hugo de Melo
Lucimeire de Menezes Zirley
Denise Monteiro de Barros Caixeta
Rejane Antônia Costa dos Santos
Luciana Noya Casas
Letícia Gonçalves
Caroline Schweitzer de Oliveira
Elisângela Gonçalves de Souza
Dayse Danielle Rocha
Elza Machado de Melo

Resumo

Neste capítulo serão abordados os diversos modos de enfrentamento da violência contra as mulheres, com especial ênfase nas principais convenções e conferências nacionais e internacionais já realizadas e na legislação e políticas públicas nacionais sobre o tema. Este texto foi baseado no Curso Para Elas, de Ensino à Distância, promovido pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz da UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde e o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.¹

Palavras-chave: Política de Saúde. Violência Contra a Mulher. Legislação.

As Convenções Internacionais e as Políticas Públicas Voltadas para as Mulheres

A conquista das políticas para o enfrentamento da violência contra a mulher é permeada por movimentos sociais que, de forma organizada, realizaram conferências com temas voltados para as questões femininas, convenções que culminaram, posteriormente, em acordos internacionais e políticas públicas de governo.² Uma convenção internacional pode ser considerada um acordo de vontade em forma escrita, entre sujeitos (governos, por exemplo), regida pelo Direito Internacional e que resulta na produção de efeitos jurídicos. A convenção pode receber outras denominações: tratado, protocolo ou acordo, com o compromisso de caráter internacional assumido pelo Estado.³ As convenções que trouxeram os fundamentos para o desenvolvimento das políticas públicas para a mulher no Brasil serão subdivididas em três categorias segundo seu objeto: direitos civis, humanos e políticos; direitos trabalhistas; combate à discriminação e violência.

Convenções sobre direitos civis, humanos e políticos para as mulheres

A Convenção Interamericana sobre a Concessão dos Direitos Civis da Mulher, realizada em 1948, na cidade de Bogotá, Colômbia, teve o objetivo de outorgar às mulheres os mesmos direitos civis de que dispõem os homens. No Brasil, foi promulgada em 23 de outubro de 1952, por meio do Decreto nº 31.643.⁴ A Convenção sobre os Direitos Políticos das Mulheres, realizada em 1953, foi motivada para igualar direitos políticos entre homens e mulheres, incluindo o direito ao voto e o direito de tomar parte na direção dos assuntos públicos de seu país. Sua promulgação ocorreu em 1963, por meio do Decreto nº 52.476, de 12 de setembro de 1963.⁵ Anos mais tarde, veio a Convenção Americana de Direitos Humanos, também chamada de Pacto de San José da Costa Rica, ratificada pelo Brasil no dia 6 de novembro de 1992, por meio do Decreto nº 678.⁶ Teve por objetivo a consolidação do regime de liberdade pessoal e de justiça social no continente, afirmando o respeito aos direitos essenciais da pessoa humana, econômicos, sociais, culturais civis e políticos.⁶

Convenções sobre a aquisição dos direitos trabalhistas para a mulher

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi criada em 1919 como parte do Tratado de Versalhes, sendo a única das agências do Sistema das Nações Unidas que se organiza de forma tripartite, ou seja, é composta de representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores. Ela é responsável pela formulação e aplicação das normas internacionais do trabalho, na forma de convenções e recomendações. O Brasil está entre os membros fundadores da OIT e participa da Conferência Internacional do Trabalho desde sua primeira reunião.

A primeira Convenção sobre o Amparo à maternidade ocorreu em 1919 e foi ratificada pelo Brasil somente em 1934. Essa convenção foi revisada em 1952, tendo sido novamente ratificada pelo Brasil em 1965, entrando em vigor em 1966. Tratava dos direitos da mulher relativos à maternidade.⁷ As discussões sobre a aquisição dos direitos trabalhistas pelas mulheres culminaram com a Convenção sobre a Igualdade de Remuneração de Homens e Mulheres por Trabalho de Igual Valor (OIT), realizada em 1951, em Genebra, com a recomendação de se assegurar a todos os trabalhadores, o princípio da igualdade de remuneração de homens e mulheres, quando da execução de atividade de igual valor. No Brasil, a Convenção foi aprovada por Decreto Legislativo em 29 de maio de 1956 e promulgada pelo Decreto nº 41.721, de junho de 1957.^{8,9} A Convenção sobre Discriminação no Emprego e na Ocupação – conhecida como Convenção 111 da OIT¹⁰ – foi aprovada na 42ª reunião da Conferência Internacional do Trabalho (Genebra – 1958) e promulgada no Brasil pelo Decreto nº 62.150, de 19 de janeiro de 1968.¹¹ Estabelece parâmetros de combate à discriminação existente no campo das relações de trabalho. A Convenção nº 189 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), relativa ao Trabalho Doméstico, foi aprovada em junho de 2011¹² e o Brasil incorporou a Convenção em sua legislação em 2013, depois da aprovação da “PEC das domésticas” pelo Congresso Nacional.¹³ A Convenção reconhece a contribuição do trabalho doméstico para a economia mundial, especialmente em tarefas de cuidado de crianças, pessoas com deficiência e idosos.

Convenções sobre as formas de discriminação e violência contra a mulher

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (*Committee on the Elimination of Discrimination on Against Women – CEDAW*), adotada em 18 de dezembro de 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas,¹⁴ entrou em vigor em 3 de setembro de 1981, depois de ser ratificada por 20 países. Consagrou o princípio da igualdade para as mulheres em todos os domínios, reconhecendo, assim, o direito de plena cidadania e o respeito integral dos direitos humanos das mulheres. Faz parte de vasto conjunto de instrumentos para proteção e promoção dos direitos humanos, num processo que se iniciou com a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 e prosseguiu com a adoção dos pactos internacionais sobre os direitos civis e políticos e sobre os direitos econômicos, sociais e culturais. Surgiu também como reivindicação do movimento de mulheres, a partir da primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada no México em 1975. Foi ratificada pelo Brasil em 1985, com reservas em alguns artigos que tratavam da igualdade entre homens e mulheres no âmbito da família. Somente em 1994 foi plenamente ratificada pelo Brasil.¹⁵ A importância da CEDAW se deve ao seu caráter global e abrangente, sendo instrumento que consagra todas as ordens de direitos, engloba mulheres de todas as idades, de todas as condições sociais, de todas as situações e grupos e inclui minorias

étnicas, migrantes, mulheres com deficiência e outras. Entre suas postulações, a CEDAW estabelece a urgência em acabar com todas as formas de discriminação contra as mulheres, para que se garanta o pleno exercício de seus direitos civis e políticos, bem como seus direitos sociais, econômicos e culturais.¹⁵

Em seu artigo 1º, a Convenção assim define a discriminação contra a mulher:

[...] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.¹⁴

Ao aceitar a CEDAW, os estados-membros se comprometem a implementar uma série de medidas para eliminar todas as formas de discriminação contra a mulher, incluindo:

- ♦ incorporar o princípio de equidade de mulheres e homens em seu sistema legal, abolindo as leis discriminatórias e adotando um sistema que proíba a discriminação contra a mulher;
- ♦ estabelecer tribunais e outras instituições públicas para assegurar a efetiva proteção de mulheres contra a discriminação;
- ♦ assegurar a eliminação de todo ato de discriminação contra as mulheres por pessoas, organizações e empresas.

Em 6 de outubro de 1999, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou um Protocolo Opcional para a CEDAW e conclamou os países que haviam assinado a Convenção a ratificarem o novo instrumento. Ao ratificar esse novo protocolo, o estado-membro reconhece a competência do comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher – órgão que monitora o cumprimento da Convenção por parte dos Estados signatários – para receber e analisar queixas de indivíduos ou grupos dentro de sua jurisdição. O comitê é composto de 23 peritas eleitas pelos estados-partes para exercerem o mandato por um período de quatro anos, com as atribuições de examinar os relatórios periódicos apresentados pelos estados-partes; formular sugestões e recomendações gerais; instaurar inquéritos confidenciais e examinar comunicações sobre violação dos direitos dispostos na Convenção.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada em 1994, ficou conhecida como Convenção de Belém do Pará, pois ocorreu naquela cidade, e foi considerada um marco histórico internacional na tentativa de coibir a violência contra as mulheres. A Convenção foi ratificada pelo Estado brasileiro em 1995.¹⁶ Definiu-se como violência contra a mulher “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher,

tanto no âmbito público como no privado,"¹⁶ rompendo a separação equivocada entre o espaço público e o privado, no que se refere à proteção dos direitos humanos. Dessa forma, pela primeira vez na história, passa a haver a compreensão de que a violência cometida contra a mulher, mesmo no âmbito doméstico, interessa à sociedade e ao poder público.^{16,17} O Estado brasileiro, em 27 de novembro de 1995, ratificou a Convenção de Belém do Pará e comprometeu-se a incluir em sua legislação normas específicas para tratar essas questões. Com a Constituição Federal de 1988, essa Convenção, em nosso país, passou a ter força de lei interna.

As Principais Conferências Internacionais e Nacionais e as Políticas Públicas voltadas para a Mulher

As conferências são definidas como reuniões para o debate de assuntos de grande relevância. Conferências internacionais são capazes de direcionar ações e reflexões sobre uma área estratégica e os países participantes se comprometem com as suas diretrizes e os seus planos. Tais países podem realizar conferências nacionais como meio de levar a discussão para o nível nacional.

Primeira conferência mundial sobre a mulher

A Primeira Conferência Mundial sobre a Mulher ocorreu na Cidade do México, em 1975, quando foi proclamado o Decênio das Nações Unidas para a Mulher (1975-1985). A Conferência reconheceu o direito da mulher à integridade física, à autonomia de decisão sobre seu corpo e à maternidade opcional, algumas das principais reivindicações feministas. A relevância da participação das mulheres na Conferência foi evidenciada pelo fato de que, entre os 133 representantes de governos na Conferência, todas eram mulheres. Participaram cerca de 4.000 pessoas da sociedade civil, fato que depois iria repetir-se em outras conferências mundiais.¹⁸ Nessa Conferência foram definidas diretrizes para os governos e para toda a comunidade internacional, a fim de dar continuidade ao Decênio das Nações Unidas para a Mulher e para atingir os objetivos do Ano Internacional da Mulher. Entre as principais metas estavam a garantia para as mulheres de acesso à educação, ao trabalho, à participação política, à saúde, à vivenda, à planificação familiar e à alimentação e à igualdade de condições com os homens.

Segunda conferência mundial sobre a mulher

A Segunda Conferência Mundial sobre a Condição Jurídica e Social da Mulher ocorreu em Copenhague, Dinamarca, em 1980. Nessa Conferência foi avaliado o grau de cumprimento das diretrizes marcadas pela conferência mundial anterior, observando-se que surgiram várias lacunas entre a igualdade legalmente reconhecida e a aplica-

ção efetiva dos direitos legais para as mulheres. É justamente a partir dessa Conferência que se começou a abordar a igualdade não só do ponto de vista jurídico, como também do ponto de vista do exercício dos direitos e da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens. A conferência chamou a atenção para importantes aspectos como a falta de participação dos homens; insuficiente vontade política dos estados participantes; o não reconhecimento da contribuição das mulheres à sociedade; a ausência de mulheres nos postos de tomada de decisões; escassez de serviços de apoio e de financiamento; baixa sensibilização das próprias mulheres.¹⁸

Primeira conferência nacional de políticas para as mulheres

A 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM) ocorreu em Brasília, em julho de 2004, e teve a participação de 2.500 pessoas.¹⁹ Teve como resultado a aprovação de documento com diretrizes para guiar a ação estatal em relação às políticas públicas para as mulheres, estabelecendo as bases para a elaboração da Política Nacional para as Mulheres.^{19, 20} No documento se questiona a interferência do Estado na vida das mulheres, sancionando, determinando e reproduzindo padrões de relações de gênero, raça, etnia e a liberdade de orientação sexual, e estabelece como desafio desmitificar a neutralidade do Estado como articulador da ação política.²⁰ Propõe-se que o Estado desenvolva políticas que visem à igualdade e à equidade, considerando as mulheres como sujeitos de direitos, e à promoção à participação das mulheres em todos os espaços de poder. Define os princípios que devem guiar a política nacional, entre os quais se destacam: a igualdade na diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade, participação e solidariedade.¹⁹ A construção de nova institucionalidade que vise à igualdade precisa da participação e do diálogo entre os distintos sujeitos envolvidos no processo assim como da criação de organismos específicos para a articulação e implementação de políticas, entre os quais se destaca a criação de secretarias de políticas para as mulheres nos níveis municipal, estadual e federal.²¹

Segunda conferência nacional de políticas para as mulheres

A 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (II CNPM) foi realizada em Brasília, em 2007, e nela mulheres de todo o Brasil avaliaram a implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e discutiram sua participação nos espaços de poder.²² A 2ª Conferência foi coordenada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e contou com a participação de delegadas(os) representantes de instâncias governamentais e da sociedade civil, tendo sido antecedida por conferências regionais e/ou municipais e estaduais em todo o território brasileiro. O objetivo da Conferência foi produzir um espaço de interlocução e construção coletiva entre Estado e Sociedade Civil, envolvendo

os movimentos feministas e de mulheres, para potencializar as políticas públicas para as mulheres no Brasil (BRASIL, 2007b).²²

Os principais temas discutidos na Conferência podem ser divididos em três grandes blocos: a) discussão sobre a posição das mulheres no Brasil; b) implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM); c) participação das mulheres nos espaços de poder, com foco no sistema político.²²

Terceira conferência nacional de políticas para as mulheres

A 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (III CNPM) ocorreu em dezembro de 2011, com a participação de 2.125 delegadas na etapa nacional (Brasília) e de 200 mil pessoas que se reuniram em todo o país durante a preparação da Conferência. O Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM) de 2013-2015 apresentou mais inserção dos temas de gênero em diversas áreas do governo e possibilitou o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional para as Mulheres de 2004, reafirmando os princípios que direcionaram a Política Nacional para as Mulheres: autonomia das mulheres, busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação, caráter laico do Estado, universalidade dos serviços e benefícios, participação das mulheres em políticas públicas e transversalidade como princípio orientador das políticas públicas.^{23,24} Foi incluído no âmbito dessas políticas o paradigma da responsabilidade compartilhada, ou seja, é responsabilidade de todos os órgãos dos três níveis federativos promover a igualdade de gênero.^{23, 25}

Legislação Brasileira que Ampara a Mulher Vítima de Violência

Em pleno século XXI, a violência de gênero contra a mulher, principalmente a que ocorre no contexto doméstico, familiar e intrafamiliar, é um problema ainda preocupante em vários países. Ao contrário dos homens, que sofrem mais a violência urbana praticada por estranhos, as mulheres aparecem como principais vítimas da violência cometida por parentes ou companheiros. A violência contra a mulher, mesmo sendo parte do cotidiano de mulheres do mundo todo, é tratada com naturalidade por grande parte da população, como se fosse fato comum, corriqueiro, invisível à sociedade e, portanto, de pouca importância. A partir do momento em que a convivência em grupo torna os conflitos muito frequentes e difíceis, surgem as leis com o objetivo de disciplinar o comportamento dos homens na sociedade e a expectativa é de que elas sejam o instrumento de transformação de uma realidade repleta de desigualdades e injustiças.²⁶ A legislação é responsável por regular as relações, as instituições e os processos sociais. Por meio dela são assegurados direitos individuais e coletivos perante o Estado, os demais indivíduos e as instituições. Embora a legislação, sozinha, não seja capaz de

mudar e superar o cenário de desigualdade de gênero e discriminação, ela constitui, sem dúvida, o caminho para ajudar no enfrentamento da violência.²⁷

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco político importante para a transição democrática no Brasil, assim como contribuiu, de forma significativa, para a institucionalização dos direitos humanos.²⁶ A mobilização realizada pelas mulheres com a campanha “Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher”, coordenada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, trouxe avanços no reconhecimento dos direitos individuais e sociais das mulheres e resultou na elaboração da Carta da Mulher Brasileira aos Constituintes, que foi entregue ao Congresso Nacional no dia 26 de agosto de 1986, por mais de mil mulheres.²⁶

Um dos fundamentos que podem ser observados na Constituição de 1988 é a preocupação com a dignidade humana. Citam-se alguns exemplos: o artigo 3º, que aborda a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; o artigo 5º, que trata dos direitos e garantias fundamentais, estabelecendo o princípio da igualdade; e o artigo 226, §8º, que visa à proteção da família, da criança, do adolescente e do idoso, contra a violência praticada no seio de suas relações.²⁷

Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003

Esta lei instituiu a Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher e aprovou o instrumento e o fluxo para essa notificação em todo o território nacional, buscando responder às exigências impostas pela legislação internacional da qual o Brasil é signatário.²⁸ A notificação compulsória é, na realidade, um registro sistemático e organizado, feito em formulário próprio que deve ser utilizado em casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher. Não é necessário conhecer o agressor, mas é obrigatório o preenchimento desse documento por parte do profissional de saúde.²⁹

A Lei de Notificação Compulsória estabelece que a denúncia seja de responsabilidade dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, ao atenderem às mulheres vítimas de violência. Essa lei possibilita a coleta de dados e posterior sistematização dos casos de mulheres que sofreram violência, sendo mantido o caráter sigiloso das informações, o que possibilita melhorias na rede de atendimento e na saúde pública como um todo. Anteriormente à lei de notificação, havia total ausência de participação dos profissionais da saúde pública na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Sabe-se que os profissionais de saúde têm pouca ou nenhuma capacitação para enfrentar esse problema, trazendo como consequência o mau funcionamento do trabalho em rede e limitando consideravelmente suas ações e resultados. Daí a impor-

tância da capacitação dos profissionais de saúde para perceber, diagnosticar, abordar e notificar os casos de violência.³⁰

A notificação compulsória deve ser tratada com sigilo, não podendo ser divulgada a identidade da vítima, com exceção de casos excepcionais, como nos casos de risco para a vítima ou para a sua comunidade. Nesse caso, devem-se requerer permissão da autoridade sanitária e o conhecimento prévio da vítima. Porém, não se pode esquecer que áreas do conhecimento como educação, cultura, segurança, justiça, assistência social e outras também lidam com a questão da violência. Assim, é papel de todos esses profissionais ter um olhar mais atento para essa questão e procurar saber quais procedimentos deverão ser adotados para encaminhar as mulheres em situação de violência, pois é a partir da notificação que se pode dar visibilidade ao problema e conhecer o perfil epidemiológico.³⁰

Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004

Esta lei incluiu nova redação para o artigo 129 do Código Penal, especificando um tipo especial de crime, a lesão corporal, entendida como “*ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem*”, que ocorre no ambiente doméstico e é cometida por pessoas que convivem no mesmo espaço. A pena que era de seis meses a um ano de detenção passou para até três anos de detenção, com possibilidade de aumento de um terço da pena se o crime for praticado contra pessoa portadora de deficiência.³¹

Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha)

O título desta lei³² é homenagem a Maria da Penha Maia Fernandes, vítima da violência doméstica crônica praticada pelo seu marido. Pela sua história de quase duas décadas de persistência, ela se tornou símbolo da luta contra a violência doméstica e familiar. Seu marido foi denunciado ao Ministério Público e condenado, mas, devido a uma série de medidas protelatórias, permaneceu em liberdade por quase 20 anos.³³ Alteração importante incluída na Lei Maria da Penha foram as medidas protetivas às mulheres vítimas de violência, além de medidas punitivas proibindo a aplicação das chamadas penas alternativas. Também alterou a visão jurídica, que causava sentimento de impunidade, tendo em vista que uma agressão que causasse lesões corporais leves às mulheres não poderia gerar auto de prisão em flagrante, mesmo que o autor fosse reincidente, ante o seu compromisso de comparecimento em Juízo.³⁴ Entre as medidas protetivas abrangidas na Lei Maria da Penha, que podem ser requeridas ao juiz, algumas merecem destaque pelos seus feitos intimidativos, bem como para a garantia da integridade física e moral da ofendida:

- ♦ obrigação da autoridade policial de garantir a proteção da mulher e encaminhá-la ao hospital;

- ♦ fornecer-lhe, e aos dependentes, o transporte que se fizer necessário e acompanhá-la ao domicílio para a retirada dos pertences;
- ♦ afastamento do autor de violência do lar ou restrição de contato com a mulher, com os familiares desta, com testemunhas, por qualquer meio de comunicação;
- ♦ encaminhamento da mulher para programas de proteção;
- ♦ possibilitar seu afastamento do lar sem que ela perca seus direitos relativos a bens ou guarda de filhos;
- ♦ assistência jurídica gratuita, bem como o acompanhamento jurídico em todos os atos processuais.

A partir da alteração do código Penal e da Lei Maria da Penha, toda violência decorrente do âmbito familiar ou doméstico exige a abertura de inquéritos e as vítimas devem ser encaminhadas para o atendimento e proteção, o que representa um avanço na proteção de todos aqueles que se encontram em situação de risco e fragilidade. A lei determina que qualquer pessoa do âmbito doméstico, familiar e afetivo pode ser autora de violência, quebrando o dogma de que somente homens são autores de violência doméstica ou intrafamiliar contra mulheres.³⁵

No artigo 7º, a Lei Maria da Penha³² conceitua as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, sintetizadas na Tabela 3.1.

Tabela 3.1. Formas de violência contra a mulher, segundo a Lei Maria da Penha

Violência Física	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.
Violência Psicológica	Conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou prejudique e perturbe o seu pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
Violência Sexual	Conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Violência Patrimonial	Conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
Violência Moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013

O Decreto Federal nº 7.958 estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Representou, antes de tudo, respeito às mulheres que sofrem violência sexual, com a adoção de ações que amenizam seu sofrimento, com o atendimento imediato e multidisciplinar para o controle e tratamento dos impactos físicos e emocionais causados pelo estupro: acolhimento em serviços de referência; atendimento humanizado; disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento; informação prévia à vítima, sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento, respeitando-se sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência; disponibilização de transporte da vítima de violência sexual até os serviços de referência; capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual.³⁶

Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013

Esta lei estabelece que todos os hospitais integrantes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) deverão oferecer atendimento imediato às vítimas, compreendendo os seguintes serviços: diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; amparo médico, psicológico e social imediatos; facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de Medicina Legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; profilaxia da gravidez; profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis (DST); coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.³⁷ Trouxe normatização específica para o atendimento a vítimas de violência sexual, objetivando o atendimento respeitoso e humanizado a essas pessoas. A lei é importante porque, quando o assunto é violência sexual, ainda existem muitos tabus que têm que ser quebrados e se verifica resistência dos profissionais na hora de prestar o atendimento, especialmente quando a vítima, por vergonha ou desconhecimento do serviço, não procura as unidades de saúde nas primeiras 72 horas.³⁸

Embora, na prática forense, a definição de violência sexual esteja relacionada ao cometimento do crime de estupro, sendo, portanto, caracterizada pela conduta do agente em forçar outrem (sujeito passivo) a manter relações sexuais consigo, essa lei trouxe de forma expressa, em seu artigo 2º, o conceito de violência sexual. Assim, considera-se violência sexual, para os fins dessa lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.³⁸

Portaria nº 485, de 1 de abril de 2014

Esta portaria redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que ele integra redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípua preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede.³⁹ Entre outras recomendações, a Portaria 485/2014 estabelece que:

- ♦ os Serviços de Referência para Atenção Integral e o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez poderão ser organizados em: hospitais gerais e maternidades; prontos-socorros; unidades de pronto-atendimento (UPA); e em serviços de urgência não hospitalares;
- ♦ serviços ambulatoriais – unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades e outros que compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual – devem realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições;
- ♦ os Serviços de Referência para Atenção Integral terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando: acolhimento; atendimento humanizado; escuta qualificada; anamnese e preenchimento de prontuário; dispensação e administração de medicamentos para as profilaxias indicadas; realização dos exames laboratoriais necessários; preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência; orientação, agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis, a respeito de seus direitos; orientação sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual;
- ♦ os estabelecimentos de saúde que atuarem como serviços de referência dispostos no *caput* funcionarão em regime integral, 24 horas por dia, nos sete dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos;
- ♦ a equipe dos serviços de referência terá a seguinte composição de referência: médico clínico ou um médico em especialidades cirúrgicas; um enfermeiro; um técnico em enfermagem; um psicólogo; um assistente social e um farmacêutico;
- ♦ os Serviços de Referência para Atenção Integral a Adolescentes e às Crianças em Situação de Violência Sexual deverão comunicar de imediato ao Conselho Tutelar da respectiva localidade a suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente;

- ♦ compete às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a qualificação periódica de equipes multiprofissionais.

Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015

Devido ao grande número de assassinatos de mulheres que ocorre no Brasil e que aumenta gradualmente, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015, chamada Lei do Feminicídio. Essa lei altera o artigo 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o artigo 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.⁴⁰

Políticas Públicas e Rede de Atenção Voltadas para as Mulheres

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi implantada com o objetivo de:

*Estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.*⁴¹

Revista em 2011, ratificou os fundamentos conceituais e políticos que têm direcionado a elaboração e execução das políticas públicas desde a criação da SPM, em janeiro de 2003, objetivando a prevenção, o combate e o enfrentamento da violência contra as mulheres, bem como a atenção integral e humanizada às mulheres em situação de violência. A definição de enfrentamento adotada pela Política Nacional refere-se “à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões”. E necessita da ação conjunta dos diversos setores - saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros - com a pretensão de propor ações que “[...] desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência”.⁴² A seguir, serão apresentados os principais marcos históricos institucionais – políticas, programas, serviços – de abordagem da mulher em situação de violência

Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado pela Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985, com o objetivo de promover políticas para eliminar a discrimina-

ção contra a mulher e ampliar a sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. Como órgão colegiado de natureza consultiva e deliberativa, o CNDM formula e propõe diretrizes de ações governamentais voltadas para a promoção dos direitos das mulheres; atua também no controle social de políticas públicas de igualdade de gênero.⁴³ O CNDM foi integrado à Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, quando esta foi criada em 2003. A partir desse momento, conseguiu-se a ampliação do processo de controle social sobre as políticas públicas para as mulheres, pois se obteve mais envolvimento de representantes da sociedade civil e do governo.

Delegacias de mulheres

Em 1985, foi criada em São Paulo a primeira Delegacia da Mulher no Brasil. Surgiu em decorrência do contexto político de redemocratização e dos protestos do movimento de mulheres contra o descaso do Poder Judiciário e dos distritos policiais, nos quais somente policiais do sexo masculino lidavam com os casos de violência doméstica e sexual e as vítimas eram, predominantemente, do sexo feminino.⁴⁴ A delegacia da mulher é considerada uma das principais políticas públicas de combate e prevenção à violência contra a mulher no Brasil e forneceria suporte para que mulheres denunciassem a violência que sofriam em silêncio ou que não era levada a sério pelos distritos policiais. Seguindo o exemplo de São Paulo, foi criada a 1ª Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) no país, no dia 18 de julho de 1986, no Rio de Janeiro, como resposta à escalada de violência contra as mulheres naquele estado. Posteriormente, outras 10 delegacias especializadas foram construídas naquele estado, além da Divisão de Polícia de Atendimento à Mulher.⁴⁵ Atualmente, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) compõem a estrutura da Polícia Civil, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal. Entre as diversas ações realizadas pelas delegacias estão o registro de Boletim de Ocorrência (BO), a instauração do inquérito oficial e a solicitação judicial das medidas protetivas de urgência nos casos de violência doméstica contra as mulheres.

Abrigamento de mulheres – casas-abrigo

Em 1986, foi fundada a primeira casa-abrigo no país, pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, denominada, inicialmente, Centro de Convivência para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (CONVIDA). O Centro foi criado para atender mulheres em situação de risco de morte, devido às ameaças de parceiros, sendo que elas permaneciam no centro enquanto se providenciava local mais seguro para que pudessem continuar suas vidas. O termo “abrigamento” refere-se às diversas formas, serviços, programas ou benefícios de acolhimento temporário, destinados a mulheres em situação de violência (violência doméstica e familiar contra a mulher, tráfico de mulheres e outros).

O conjunto de normas que norteiam o abrigo de mulheres em situação de violência e o fluxo de atendimento na rede de serviços e novas alternativas (tais como abrigo temporário de curta duração/ “casa de passagem”, albergues, benefícios eventuais, consórcios de abrigo) compõem a Política Nacional de Abrigo.⁴⁶ As casas-abrigo não podem ter seus endereços revelados, a fim de garantir a segurança e integridade física da mulher, que deve permanecer no local por, no mínimo, três meses. Têm como objetivo oferecer suporte para que a mulher consiga viver de forma autônoma, não precisando voltar para a antiga residência. Na atualidade, constituem um dos principais serviços da rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

Secretaria de políticas para as mulheres

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) ocorreu em 2003, a partir do Decreto nº 103/2003, posteriormente regulamentado pela Lei 10.683, de 28 de maio de 2003, que transformou a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, do Ministério da Justiça, em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.⁴⁷ São competências da Secretaria: assessorar o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; elaborar e implementar campanhas educativas e antidiscriminatórias de caráter nacional; elaborar o planejamento de gênero com vistas à promoção da igualdade; articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados para a implementação de políticas para as mulheres; promover o acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação.⁴⁷

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) representou um marco fundamental na estruturação de políticas públicas para as mulheres no Brasil, em consonância com os movimentos sociais e de mulheres, e vem se consolidando como um importante órgão para defesa dos seus direitos. Em 2009, na comemoração do Dia Internacional da Mulher, a SPM adquiriu *status* de Ministério, passando a ter liberdade orçamentária e autonomia para a elaboração e o monitoramento das políticas públicas de gênero. A atuação da SPM concentra-se em três linhas principais: políticas do trabalho e da autonomia econômica das mulheres; enfrentamento à violência contra as mulheres; programas e ações nas áreas de saúde, educação, cultura, participação política, igualdade de gênero e diversidade.

Política nacional de atenção integral à saúde da mulher

Em 2004, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em articulação com diversos setores e movimentos so-

ciais, com destaque para os movimentos de mulheres e feministas, pesquisadores da área de saúde, gestores do SUS, entre outros. Um marco político e histórico anterior importante, entre outros, é o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criado em 1984 e que já abordava as principais questões presentes naquela política. Conforme documento da Política Nacional, as mulheres vivem mais do que os homens, mas adoecem com mais frequência, tendo as situações de discriminação na sociedade como as maiores causadoras de morte. Dessa forma, a política aborda a saúde da mulher sob um enfoque de gênero.²⁹

A PNAISM apresenta como objetivos gerais a promoção e a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras - a partir do acesso à promoção, prevenção, assistência e recuperação de sua saúde - e a garantia de seus direitos legalmente constituídos. Destaca, ainda, como objetivo geral a preocupação com o enfrentamento da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, sobretudo por causas evitáveis, pautando todos os ciclos de vida e as diversidades de grupos populacionais, com atenção para os marcadores de raça, orientação sexual e gênero, como mencionado.²⁹

A promoção da saúde e a prevenção de doenças que afetam as mulheres em todas as faixas etárias envolvem, além de ações para problemas específicos, as ações educativas, tanto individuais quanto as coletivas. Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contempla ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, tais como o câncer de colo uterino, de mama, a gravidez de alto risco e a violência contra a mulher.²⁰ A PNAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas do SUS, como a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção à saúde, destacando-se que a promoção da saúde e a prevenção de doenças, propostas pela Política, devem envolver ações educativas individuais e coletivas para que possam ocorrer.⁴⁸

Central de atendimento à mulher

A Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) foi criada a partir da Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003.⁴⁹ A Central consiste de disponibilização de número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher e começou seu funcionamento, em caráter experimental, em novembro de 2005, a partir de acordo de cooperação técnica entre a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e o Ministério de Saúde. Em abril de 2006, o serviço passou a ser prestado integralmente pela SPM e regulamentado pelo Decreto nº 7.393, de 15 de dezembro de 2010.⁴⁹

O serviço da Central de Atendimento é de suma importância, uma vez que é de âmbito nacional e gratuito e os atendimentos realizados são sigilosos. As ligações para o Ligue 180 podem ser feitas tanto de telefones fixos quanto móveis, pois o serviço

funciona 24 horas, todos os dias da semana, atuando de forma ininterrupta. Os funcionários da Central, qualificados para o atendimento, realizam o acolhimento inicial das mulheres e as orientam na busca do serviço mais adequado.

O Ligue 180 tem papel importante ao se constituir como porta de entrada das mulheres na rede de atendimento em situação de violência, podendo também ser útil para o levantamento de informações que subsidiem o desenho da política de enfrentamento da violência, assim como para o monitoramento dos serviços que integram a rede em todo o país. De acordo com o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher, de 2010, a Central oferece uma visão geral das características do fenômeno da violência e de sua magnitude, tendo demonstrado que a violência doméstica desponta como o problema de mais gravidade e que atinge física e psicologicamente as mulheres vitimadas.⁵⁰

Sistema de vigilância de violência e acidentes

O Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), com o objetivo de aperfeiçoar o sistema de informações a respeito da morbimortalidade no Brasil – tendo em vista a grande ocorrência de acidentes e de práticas de violência das formas mais diversas – e, com isso, subsidiar políticas públicas de promoção da saúde, prevenção e atenção integral às vítimas.⁵¹ Grande parte dos países contabilizam o impacto do problema das causas externas por meio da análise dos dados de mortalidade e muito poucos países atentam para os dados da morbidade ambulatorial e hospitalar por essas causas. No Brasil, as informações da declaração de óbito fornecidas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)⁵² e os dados da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS),⁵³ ambos gerenciados pelo Ministério da Saúde, são utilizados para o monitoramento das violências, com o objetivo de se realizar a vigilância epidemiológica das ocorrências, constituindo importante ferramenta para o conhecimento da carga das violências no país.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por sua abrangência e qualidade, permite que se realize o diagnóstico da mortalidade provocada pelas violências e acidentes em todo o país. Os dados são sistematicamente analisados, possibilitando a geração de inúmeras informações, amplamente divulgadas e utilizadas para o desenvolvimento de ações governamentais de intervenção. Por sua vez, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) possibilita o monitoramento das informações sobre todas as internações hospitalares realizadas no âmbito do SUS. Essas duas bases de dados são de fácil acesso e fornecem informações dos óbitos e hospitalizações realizados no país. Entretanto, não captam os casos de menos gravidade, que demandam atendimentos de urgências/emergências ou os serviços especializados de atendimento às vítimas de violências e acidentes. Com isso, esses

eventos acabam por se tornarem “invisíveis”, impossibilitando que se possam obter dados sobre os fatores determinantes e condicionantes de sua ocorrência. Por isso, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).⁵¹ O VIVA foi inicialmente estruturado em dois componentes: vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo) e vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

Pacto pela saúde

No ano de 2006, gestores do SUS se comprometeram publicamente a elaborar o Pacto pela Saúde,⁵⁴ embasados nos princípios constitucionais do SUS e considerando as necessidades de saúde da população. O Pacto pela Saúde apresenta prioridades integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida se constitui em um conjunto de compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde, e de prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais; o Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas das três esferas de governo, com o intuito de reforçar o SUS como política de Estado; o Pacto de Gestão do SUS define as responsabilidades de cada esfera de governo, de forma a não haver concorrências e deixar mais bem definido o papel de cada um.⁵⁴

Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher

Culminando todo esse processo institucional de revisão e redefinição de políticas públicas, firmou-se, em 2007, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher,⁵⁵ acordo federativo entre o governo federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para a construção de ações que possam consolidar a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. O Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres considera importante a compreensão de que o fenômeno da violência possui caráter multifatorial e que necessita da articulação de políticas públicas nas diferentes esferas da vida social.⁵⁶ Para orientar a execução de políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres, o Pacto Nacional foi organizado nas seguintes áreas estruturantes: consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, incluindo a implementação da Lei Maria da Penha; combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão; promoção dos direitos sexuais e reprodutivos; e enfrentamento à feminização da Aids. O Pacto Nacional tem como fundamento a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres, fundamentada no recente Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) de 2013-2015, da Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta

Outra importante definição relacionada à situação da violência contra as mulheres ocorreu em 2010, sob a orientação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), com a instituição das Diretrizes de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, pela Portaria nº 085, de 10 de agosto de 2010,⁵⁷ a partir das discussões que ocorreram no II Seminário denominado “No campo e na floresta, políticas públicas para as mulheres”, organizado pelo Fórum Permanente de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta.⁴¹ Foi, então, definido o desenvolvimento de políticas voltadas para a prevenção, enfrentamento, assistência e garantias do direito das mulheres do campo e da floresta, com a implementação de ações conjuntas entre os diversos setores do governo e da sociedade.

Referências

1. Melo VH, Melo EM. Para Elas. Belo Horizonte: Nescon – UFMG; 2016.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas. [Internet]. Brasília: CONASS; 2009. [acesso em 2014 fev 12]. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf
3. Abrantes AMRG, Silva MG. Os tratados e as convenções internacionais como fatores de viabilização do ordenamento jurídico-político internacional. [Internet]. Academia. Revista de Divulgação em Ciências Jurídicas e Contábeis; 2011. [acesso em 2013 out 20]. Disponível em: <http://www.revistaacademia.ccjs.ufcg.edu.br/anais/artigo2.html>.
4. Brasil. Decreto n. 31.643, de 23 de outubro de 1952. Promulga a Convenção Interamericana sobre a Concessão dos Direitos Cívicos da Mulher. [Internet]. Diário Oficial da União 31 out 1952, seção 1:16811. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: <http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/ConvencaoInteramericanasobreaConcessaodosDireitosCivisaMulher.pdf>
5. Organização das Nações Unidas. Direitos Humanos Net - dhnet. Convenção sobre os direitos políticos da mulher. [Internet]. Genebra: ONU; 2013. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/mulher/mulher1.htm>
6. Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de direitos Humanos. Convenção Americana sobre Direitos Humanos: pacto de São José. São José: Organização dos Estados Americanos; 1969
7. Organização Internacional Do Trabalho. Convenção nº 103. Convenção relativa ao amparo à maternidade. In: Sussekind A. Convenções da OIT. [Internet]. 2. ed. São Paulo: LTR, 1998. [acesso em 2013 dez 10]. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/node/524>
8. Organização internacional do trabalho. A OIT e a igualdade de gênero no mundo do trabalho. Genebra: OIT; 2011.
9. Lopes OB. A questão da discriminação no trabalho. In: MANUAL de Direito Constitucional, Tomo IV. [Internet]. Coimbra: Coimbra Editora. 1998. [acesso em 2013 nov 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/rev_17/artigos/art_otavio.htm
10. Organização internacional do trabalho. Convenção nº 111. Discriminação em matéria de emprego e ocupação. In: Sussekind A. Convenções da OIT. [Internet]. 2. ed. São Paulo: LTR; 1998. [acesso em 2013 dez 10]. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/node/472>

11. Brasil. Decreto n. 62.150, de 19 de janeiro de 1968. Convenção 111. Sobre discriminação em matéria de emprego e ocupação. [Internet]. Diário Oficial da União 23 jan 1968; seção 1: 745. [acesso em 2014 fev 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D62150.htm
12. International Labour Organization. Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection. [Internet]. Geneva: ILO; 2013. [acesso em 2013 dez 11]. Disponível em: http://www.ilo.org/travail/Whatsnew/WCMS_173363/lang--en/index.htm
13. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar n. 150, de 1º de Junho de 2015. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da Lei nº 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 2015. [acesso em 2017 jan 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp150.htm
14. UN Women. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women. [Internet]. Geneva: UN; 2009. [acesso em 2014 jan 13]. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
15. Brasil. DECRETO LEGISLATIVO Nº 26, DE 1994. [Acesso em 18 de outubro de 2016]. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1994/decretolegislativo-26-22-junho-1994-367297-publicacaooriginal-1-pl.html>
16. Souza MC, et al. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha; 2014. [acesso em outubro de 2016]. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874
17. Observatório Lei Maria Da Penha - OBSERVE. [homepage na internet]. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará); 2006. [acesso em 2014 jan 17]. Disponível em: http://www.observe.ufba.br/legislacao_internacional
18. Escola Aberta Do Feminismo. [homepage na internet]. As quatro conferências mundiais: desenvolvimento e objetivos; 2013. [acesso em 2014 fev 2014]. Disponível em: <http://www.escoladefeminismo.org/spip.php?article383>
19. Centro Feminista De Estudos E Assessoria - CFMEA. Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. [Internet]. Jornal Fêmea; 2004; n. 136. [acesso em 2014 fev 12]. Disponível em: http://www.cfmea.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=997:1-conferencia-nacional-de-politicas-para-asmulheres&catid=120:numero-136-agosto-de-2004&Itemid=129
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2007. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: http://www.campanha.pontofinal.com.br/download/informativo_02.pdf
22. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Texto roteiros de discussão para as Conferências Municipais e/ou Regionais e Conferências Estaduais de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2007.
23. Conselho Nacional De Direitos Da Mulher – CNDM. Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Autonomia e igualdade para as mulheres. [Internet]. Brasília: CNDM; 2011. [acesso em 2014 fev 12]. Disponível em: <http://www.nieg.ufv.br/docs/resolucoes-da-3a-cnpm.pdf>

24. Brasil. Campanha Compromisso e Atitude. Portal Compromisso e Atitude. [Acesso em 18 de outubro de 2016]. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/esta-no-ar-o-portal-201ccompromisso-e-atitude-pela-lei-maria-da-penha201d>
25. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Política para as Mulheres, 201-2015. Brasília: SPM, 2013. [Acesso em 18 de outubro de 2016]. Disponível em <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>
26. Barreto ACT. A Defensoria Pública como instrumento constitucional de defesa dos direitos da mulher em situação de violência doméstica, familiar e intrafamiliar. Fortaleza. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional)- Universidade de Fortaleza; 2007.
27. Barreto ACT. Carta de 1988 é um marco contra discriminação.[Internet]. Revista Consultor Jurídico; 2010: 1-24. [acesso em 2014 fev 22]. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2010-nov-05/constituicao-1988-marco-discriminacao-familia-contemporanea>
28. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. [Internet]. Brasília, DF; 2003.[acesso em 2017 jan 14]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm
29. Santinon EP, Gualda DMR, Silva LCFP. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. [Internet].Âmbito Jurídico; 2010:1-3. [acesso em 2014 abr 8]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499
30. Zamprogno L. A relação saúde pública e violência contra as mulheres: o processo de implementação da Lei nº 10.778/03, no município de Cariacica. Vitória. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local)- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; 2013.
31. Brasil. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 10.886, de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. [Internet]. Brasília, DF; 1940. [acesso em 2017 jan 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.886.htm
32. Brasil. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera 153 o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 2006. [acesso em 2017 jan 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
33. SOUZA C. J. de; CARVALHO R. C. de; EVANGELISTA S. M. Violência doméstica e a natureza jurídica da ação penal. Criado em: 10/09/2007. Disponível em: <http://www.ampac.org.br/artigos/violenciadomesticaeanaturezajuridicadaacaopenal.pdf>. Acesso em: 15/01/2011.
34. Santos GJS. A ação penal nos casos do Artigo 129, § 9º do Código Penal numa análise sistemático-teleológica. [Internet].São Paulo: Associação dos Delegados de Polícia do Estado de SP; 2007. [acesso em 2014 fev 22]. Disponível em: <http://www.adpesp.org.br/artigos-exibir?art=28>

35. Duarte JRI, Pinheiro ACD, Muniz DLL, Brun S. Violência contra a mulher e a Lei Maria da Penha. [Internet]. Revista do Direito Público. 2009; 4(1):236-46. [acesso em 2014 fev 15]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/viewFile/10745/9397>
36. Decreto n. 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União 14 mar 2013; seção1. [acesso em 2017 jan 14], Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm
37. Tenório T. Lei nº 12.845/2013 - Atendimento hospitalar a vítimas de violência sexual [Internet]. Maceió: Thiene Tenório;2013. [acesso em 2014 fev 22]. Disponível em: <http://meucadernodedireito.blogspot.com.br/2013/08/lei-12-8452013-atendimento-hospitalar.html>
38. Possolo CP, Silva GTS, Rechmann IL, Machado MBN, Chaves SM, Magalhães TA, et al. Disciplina normativa do atendimento às vítimas de violência sexual à luz da Lei nº 12.845/2013. Revista do Curso de Direito; 2013; 163: 1-24. [acesso em 2014 mar 2]. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2921>
39. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 2 de abril de 2014; Seção 1.
40. BRASIL. Presidência da República. Subchefia Para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. [Internet]. Brasília, DF; 2015. Acesso em 2017 jan 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm
41. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta e Fóruns Estaduais. [Internet]. Brasília: SPM; 2014.[acesso em 2014 abr 27]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/mulheres-do-campo-e-da-floresta/mulheres-rurais/enfrentamento/forum-nacional-permanente-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-do-campo-e-da-floresta-e-foruns-estaduais>
42. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. [Internet]. Brasília:SPM; 2011. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>
43. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 7.353, de 29 de agosto de 1985. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF. Acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm
44. Rede Social de Justiça e Direitos Humanos [homepage na internet]. Delegacias da Mulher em São Paulo: percursos e percalços. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio2001/relatorio023.htm>
45. Polícia Civil [homepage na internet]. DEAM comemora 25 anos com café da manhã no CEDIM. acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: <http://www.policiacivil.rj.gov.br/exibir.asp?id=11584>
46. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Texto-Base da Política Nacional de Abrigamento de Mulheres em Situação de Violência. [Internet]. Brasília:SPM; 2013. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/112957/1458116/5_Texto_Base_da_Politica_Nacional_de_Abrigamento_de_Mulher.pdf

47. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.683 .htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.683.htm)
48. Paz APB, Salvaro GI J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID). [Internet]. 2011;121-133. [acesso 2013 nov 27]. Disponível em: <http://www.revistareid.net/monografico/n1/REIDM1art8.pdf>
49. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.714/03, de 13 de agosto de 2003. Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. [Internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98412/lei-10714-03>
50. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: SPM; 2010. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: http://www.spm.gov.br/publicacoeseste/publicacoes/2010/PactoNacional_livro.pdf
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: consolidação da base de dados de 2011. [Internet]. Brasília: CGIAE, 2013. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS).[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20do%20SIH%20SUS%20DEZ%202004.pdf>
54. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 23 de fevereiro de 2006; seção 1.
55. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. [Internet]. Brasília: SPM; 2007. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_02.pdf
56. BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: SPM; 2011. [acesso em 2013 nov 27]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoesteste/publicacoes/2011/pacto-nacional>
57. Secretaria de Políticas para as Mulheres (Brasil). Portaria n. 85, de 10 de agosto de 2010. Institui diretrizes para as mulheres do campo e da floresta. Diário Oficial da União 12 de agosto de 2010; seção 1. [acesso em 2015 jun 29]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/campo-e-floresta>

SEÇÃO II

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Capítulo 4

O SUBJUGO DAS MULHERES ATRAVÉS DOS TEMPOS

Rayana Rolla Campos
Marina Moreira Scolari Miranda
Herica Moreira Brito
Natalia Cristina de Andrade
Rogéria Andrade Werneck
Raquel Waleska dos Santos
Myrian de Fátima Siqueira Celani

Resumo

Subjugo é o ato de obrigar a realização de algo por meio da força, de ameaças; exercer ascendência sobre, reprimir e dominar. Historicamente, vimos a mulher ser subjugada em relação ao homem, com uma submissão culturalmente construída, como bem define Simone de Beauvoir em sua clássica obra, “O segundo sexo”. A subordinação e opressão da mulher se firmam a partir da teoria de que existe diferença entre homens e mulheres, sendo a mulher inferior, o que sustenta o fenômeno da violência de gênero. O subjugo da mulher tem raízes profundas, criadas e alastradas ao longo da história, sendo, portanto, de difícil desconstrução. Neste capítulo, será feita retrospectiva e se aprofundará nas raízes históricas do subjugo da mulher, passando pela pré-história, Idade Antiga, Idade Média, Era das Revoluções, até chegar aos dias atuais. Nesse contexto, passa-se também pelas definições filosóficas e religiosas e abordam-se movimentos importantes como o feminismo. Passa-se, por fim, pelas legislações na tentativa de proteger e amenizar essa diferença de gêneros, mostrando os fatos mundialmente e em nosso país. Essa viagem histórica ajuda a entender melhor como foi construída a imagem da mulher e sua situação de subjugo e por que é tão difícil a desconstrução dessa imagem.

Palavras-chave: Subjugo da Mulher. Violência de Gênero. Feminismo.

Subjugo significa obrigar à realização de algo por meio da força, de ameaças; exercer ascendência sobre, reprimir, dominar. Em sua clássica obra, “O segundo sexo”, Simone de Beauvoir analisa, à luz de contextos biológicos, psicanalíticos, históricos, econômicos e sociais, a sujeição da mulher ao homem. Rejeita a tese da natureza inferior da mulher, explicitando que sua submissão foi culturalmente construída.¹ A subordinação/exploração/opressão se firma a partir da teoria de que existe diferença entre os dois grupos, sendo um deles inferior. É essa desigualdade que sustenta o fenômeno da violência de gênero.² A Religião, a Medicina, a Filosofia e a Ciência reforçavam essas divergências, caracterizando a mulher como um ser menor e mantendo a herança de discriminação e violência ao sexo feminino, tendo as normas jurídicas como instrumento para tal.³ O subjugo da mulher tem raízes profundas, criadas e alaistradas ao longo da história, sendo, portanto, de difícil desconstrução.

No decorrer da Pré-História, a mulher era retratada, por meio da arte rupestre, em ações como intercuro sexual ou auxiliando em partos. Na Idade Antiga, a arte representava a mulher na forma de busto ou estátua, mas apenas quando tinha alguma importância histórica e sempre ligada a uma figura masculina.⁴ A primeira imagem feminina bem conhecida é a Vênus de Willendorf, que representava a fertilidade; é datada de uma época em que a terra era comum a todos os membros do clã e a dependência da natureza era absoluta. As mulheres eram consideradas divindades, que geravam filhos e dominavam os segredos de fertilidade da terra; eram vistas como seres misteriosos, com poderes sobrenaturais – ao mesmo tempo generosas e cruéis.⁴ Para garantir a boa colheita e enfraquecer o inimigo, utilizava-se o sangue menstrual como substância mágica.⁵ Nas sociedades matriarcais, as mulheres tinham alguns direitos políticos e à propriedade. Sua influência na economia era ligada ao suprimento alimentar e à domesticação de animais.⁴ Eram responsáveis por coletar alimentos, não por serem consideradas fisicamente mais fracas, mas com o intuito de evitar que o choro da criança (que estava geralmente junto ao corpo da mãe) espantasse a caça.

Essa característica da sociedade matriarcal tornava a mulher fundamental para a unidade social, pois era ela que se mantinha na comunidade, enquanto os homens caçavam. A maternidade nunca foi elemento justificador para a submissão ou fragilidade da mulher.⁶ Nessa divisão primitiva do trabalho, havia igualdade entre os sexos. Como não se conhecia o papel do homem na reprodução, a promiscuidade era absoluta, a família era consanguínea, estruturada a partir do acasalamento dentro do próprio grupo; quanto maior a prole, maior o poder do clã.⁴

A descoberta do bronze, do ferro e do arado desfez o equilíbrio entre as forças de trabalho.^{1,5} O homem, fisicamente superior – não só pela força: a gravidez e a menstruação diminuía a capacidade e o tempo de atividade da mulher –, moldou e manuseou ferramentas, conquistou o solo, dominou a natureza e percebeu que não precisava sobreviver

somente da terra.^{4,5} Aos poucos, impôs sua suposta superioridade, afirmando-se sozinho e soberano, excluindo a mulher da produção laboral e reduzindo-a a um papel nutriente e não criador, a um terreno onde a semente masculina era plantada e o filho homem se nutria.

A transição das sociedades igualitárias para as patriarcais teve início a partir da produção de excedente econômico e da descoberta de que o homem era imprescindível para gerar uma nova vida.^{1,4,5} De modo simplificado, a primeira estrutura a relação de dominação-submissão e a segunda garante a transferência e a continuidade da propriedade.⁷ A fidelidade feminina passa a ser exigida para que a herança seja transmitida aos filhos, já que a esposa passa a fazer parte dos bens possuídos pelo marido.⁴ Nesse modelo de sociedade, o costume de abandonar a prole do sexo feminino era comum.

No Egito, a condição da mulher foi mais favorável, havendo certa igualdade de direitos, herdando e possuindo bens, embora tivesse papel secundário na vida pública.¹ Na cultura grega, as relações sexuais passaram a ter função apenas reprodutora. Os relacionamentos homossexuais começaram a ser não só tolerados, como estimulados. Surgiram também as amantes que, além de ambiciosas e cultas, tinham gosto pela intriga e poder; dessa forma, detinham grande influência sobre os homens, diferentemente das esposas legítimas.⁵ Desde então, tudo o que diz respeito à mulher passou a ser desvalorizado. A menstruação, de sagrada, passou a ser abjeta: era uma maldição. A mulher, nesse período, era – e ainda é – em alguns países considerada impura.⁵ Vários povos e tribos acreditavam que, ao romper o hímen da mulher, o homem penetrava no “lugar dos demônios”. A partir do momento em que o homem acumulou bens e poder, sendo estes herdados ao longo de gerações, tornou-se vital a certeza de que os filhos eram legítimos.⁵ O adultério passou a significar uma ameaça à perda dos bens, culminando na prática da violência.⁴ Os homens passaram a ter controle absoluto sobre mulheres obedientes e submissas. As que não se encaixavam nesse papel eram confinadas em casa e nos conventos ou queimadas na fogueira como hereges.^{4,5}

Grandes filósofos, como Pitágoras, Aristóteles, Hipócrates e Péricles, reproduziam, em suas escritas, a concepção prevalente na época. No aspecto biológico, a mulher seria apenas passiva no processo reprodutivo, sendo chamada de “sêmen fraco”. Teorias como as de Pitágoras (“há um princípio bom que criou a ordem, a luz, o homem; e um princípio mau que criou o caos, as trevas e a mulher”) e Hipônax de Êfeso (“só há dois dias na sua vida em que a mulher nos dá prazer: no dia de núpcias e no dia do enterro dela”) eram predominantes. O Cristianismo não diminuiu a opressão feminina. Tertuliano escreveu: “Mulher, és a porta do diabo. É por tua causa que o filho de Deus teve que morrer; deverias andar sempre vestida de luto e de andrajos”. Ambrósio, por sua vez: “É justo que a mulher aceite como soberano aquele que ela conduziu ao pecado”. E Tomás de Aquino: “É indubitável que a mulher se destina a viver sob o domínio do homem e não tem por si mesma nenhuma autoridade.”¹ A Igreja Católica considerava a

mulher causa e objeto do pecado, a qual deveria seguir a trindade da obediência, passividade e submissão ao homem, o único capaz de dominar seus instintos irrefreáveis.⁵ Na Alexandria do séc. I d.C., os filósofos helenistas lançaram as raízes ideológicas para a subordinação das mulheres no mundo ocidental. Elas eram reconhecidas como um ser de alma inferior e menos racionalidade, sendo as causadoras de todo o mal.¹

Na Idade Média surgiram, na arte, as Sheela-na-Gigs, talhas figurativas de mulheres nuas mostrando uma vulva exagerada. Eram figuras que inspiravam medo e remetiam à vida finita e à morte. A vagina era considerada a porta de entrada dos demônios. Mais tarde, as mulheres passaram a ter os seus corpos idealizados, belos, virginais e deixaram de ser o portal entre a vida e a morte, passando a se associar aos poderes econômicos e sociais mundanos.^{4,5} Esse período foi o palco de uma das maiores perseguições à mulher. A “Caça às Bruxas” foi um movimento pelo qual a Igreja Católica, com base no Santo Ofício – Inquisição, perseguiu os rituais pagãos que viam a mulher como base da fertilidade e o corpo feminino como centro da vida. A Igreja comandou um massacre, chegando ao ponto de, em um único dia, executar 3.000 mulheres.^{4,5}

No século XII, as mulheres se destacaram na indústria têxtil, sendo que, após a mecanização, elas foram relegadas a tarefas menos qualificadas. Nesse período, surgiram as primeiras ligas femininas. Na França do século XIII, as mulheres já exerciam outros papéis. Além de esposas e mães, eram professoras, médicas, boticárias, tintureiras, copistas, miniaturistas, encadernadoras, arquitetas e exerciam algumas funções importantes de liderança, como abadessas e rainhas. Além disso, tinham direito ao voto nas comunas burguesas.⁵ Na Idade Média, de forma geral, as mulheres ainda eram muito jovens em relação a seus maridos, o que aumentava o domínio do esposo. Os homens da época feudal mantinham rigoroso controle sobre a vida de suas esposas, principalmente quando eles se ausentavam por um longo período, como nas guerras. Como eles viviam obstinados pela dúvida quanto à legitimidade dos seus filhos, obrigavam suas mulheres a usarem cintos de castidade, os quais foram criados por orientais e adotados na Europa do século XI ao século XVIII.^{4,5} Nas classes sociais menos privilegiadas, as mulheres tinham situação igualitária em relação aos homens, trabalhando nas ruas, comércio ou campo e muitas camponesas eram chefes ou anciãs de suas aldeias. O trabalho feminino era considerado um complemento do masculino, mas as mulheres ainda necessitavam do consentimento do homem para ir e vir.⁴

Algumas tribos orientais, principalmente as africanas, conceberam a circuncisão feminina que é realizada, até os dias atuais, em meninas entre cinco e oito anos. Trata-se de uma cirurgia mutiladora, que consiste na extirpação do clitóris, grandes lábios e parte interna dos pequenos lábios. A sobra de pele é unida por espinhos, sobre a abertura da vagina, e um pedaço de madeira mantém um pequeno orifício por onde sai a urina e a menstruação, sendo todo o processo realizado sem anestesia. Essa “costu-

ra” é aberta pelo marido com uma faca na noite de núpcias, com um espaço suficiente para passar o pênis.⁵

Nos séculos XIV e XV, devido ao estado permanente de guerra, algumas mulheres se destacaram como combatentes pela cavalaria ou como defensoras de suas terras, tais como a Condessa Joana de Monfort, a Chama (Bretanha), a Condessa de Dunbar, Black Agnes (Escócia) e Ricciarda Visconti (Itália). Entretanto, foram eclipsadas pela figura de Joana D’Arc.

A representação artística na Idade Moderna (final do século XV até o século XVIII) era de uma mulher roliça, ancas largas, seios generosos: as “Madonas de Rafael”. O corpo estava ora desnudo, ora vestido, tornando-se objetos de prazer e consumo. A Medicina da época apregoava a existência de apenas um corpo canônico e era masculino. A mulher era um homem invertido e, portanto, inferior.⁵

A Era das Revoluções, entre 1789 e 1848, foi um período de tentativa de resistência pela população feminina. Marcado, principalmente, pela Revolução Francesa e Revolução Industrial Inglesa, esse período definiu a transição do sistema feudal para o sistema capitalista. Durante a Revolução Francesa, houve um grande envolvimento das mulheres com as questões políticas. Elas fundaram clubes, atuaram em discursos na Assembleia Nacional e participaram das jornadas revolucionárias. Surgiram muitas lideranças femininas, a maioria proveniente das classes populares. Olympe de Gouges escreveu a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, defendendo que a mulher deveria ter o direito de subir na tribuna. Foi guilhotinada em 1793, acusada de esquecer as virtudes de seu sexo. A baronesa holandesa Etta Palm d’Aelders discursou em defesa do divórcio, dos direitos políticos e da educação feminina. Considerada suspeita, fugiu para a Holanda. Théroigne de Méricourt declarou que as mulheres se armariam para mostrar sua coragem. Pronunciada louca em 1794, foi internada num hospício feminino até a morte.⁸

Na Marcha de Versalhes, de cinco a seis de outubro de 1979, mais de 7.000 mulheres do povo protagonizaram um dos mais importantes momentos da revolução, ao percorrerem 14 quilômetros para se manifestarem contra a escassez de pão. Entretanto, as autoridades não concordaram com a tal militância política e, em 1793, foi preconizado que “as patriotas de outubro” teriam lugar especial nas cerimônias cívicas, durante as quais deveriam tricotar pacificamente na companhia dos maridos e filhos.⁸ Por fim, as ações de cidadania feminina foram reprimidas em meados do século XIX e o exercício dos direitos cívicos, sonhados pelas patriotas, só se concretizou na França após a Segunda Guerra Mundial.⁹

Durante a Idade Contemporânea – fim do século XIX –, a sociedade médica de Londres sustentava que, nos homens, o suprimento sanguíneo era mais rico para as áreas cerebrais responsáveis pela inteligência e pelo pensamento analítico; nas mulheres, o

cérebro era mais leve e a área mais irrigada estava ligada às emoções, logo, inapropriado para uso intelectual.⁵ Darwin defendia que as mulheres faziam parte de um estágio infero da civilização, por apresentarem uma característica das raças inferiores: um cérebro menor.¹ Freud afirmava que a mulher tinha duas características básicas típicas: passividade e sentimento de inferioridade e supunha que a mulher se considerava um homem mutilado.^{1,5}

A repressão sexual na Inglaterra era acentuada, sendo a moral, os bons costumes e a religião exaustivamente evocados.⁵ Aos homens cabiam atividades nobres como a filosofia, a política e as artes; enquanto as mulheres deviam se dedicar ao cuidado da prole.⁵ Entretanto, houve uma retomada do papel econômico que as mulheres desempenhavam na sociedade. O súbito crescimento industrial exigiu mais oferta de mão de obra, levando à contratação de mulheres. Como esperado, elas foram mais exploradas que os trabalhadores masculinos, sendo submetidas a salários mais baixos, insuficientes para atender às suas necessidades. Tal concorrência não foi bem vista pelos homens. De forma geral, a corrente reformista e ações sindicais da época eram favoráveis ao feminismo e à igualdade, mas Madame Proudhon ficou na contramão desse processo ao afirmar que a mulher seria física, intelectual e moralmente inferior ao homem, devendo permanecer submissa e devota a ele.¹

Nesse período, houve multiplicação de bordéis. Prostitutas influenciaram o comportamento sexual, dando origem às representações ninfomaníacas e histéricas. Esta era foi pautada pelo adultério, prostituição e sífilis.¹⁰ Amantes de membros da elite alcançavam *status* social e econômico que, de outra forma, não existiria.^{10,11} Com o recuo do pudor e o surgimento da *lingerie*, as mulheres começaram a transformar seu corpo em objeto estético e deram asas aos fetiches. Os corpos eram desnudados nos teatros de revista e o consumo da pornografia crescia a olhos vistos. Entretanto, havia o fantasma da gravidez indesejada e, com ele, o aborto.¹⁰

No Brasil, a sociedade era estratificada e muito atrasada em relação à Europa. O modelo familiar era patriarcal, sendo a mulher submissa ao marido e aos filhos. Os casamentos eram arranjados pelos pais quando a menina tinha entre 12 e 13 anos, geralmente com homens muito mais velhos. O casamento se centrava na propriedade e visava à preservação da situação financeira e à posição social da família. As mulheres exerciam atividades caseiras, rezavam, pariam e criavam muitos filhos.¹⁰ Nas classes mais pobres, os homens se impunham muito pouco sobre suas mulheres, as quais, geralmente, eram vistas lutando por sua sobrevivência nas ruas. As escravas eram as mais violentamente subjugadas, embora ocupassem posições de destaque, respeitabilidade e liderança nas religiões afro-brasileiras.⁹

No final do século XIX e início do século XX, vários acontecimentos mundiais demonstraram alguma evolução no tocante aos direitos femininos. Em 1884, na França, a mulher

podia se divorciar no caso do marido cometer adultério. Por outro lado, a infidelidade só era considerada delito quando consumada pela mulher. Na Nova Zelândia, as mulheres conquistaram seus plenos direitos em 1893, seguidas pelas australianas em 1908. Em 1878, Lèon Richier – considerado o verdadeiro fundador do feminismo – organizou um congresso internacional para discutir os direitos das mulheres. Em 1909, foi fundada a União Francesa pelo Sufrágio das Mulheres. O direito ao voto, sem restrições, foi concedido às inglesas em 1928. A Constituição Russa de 1936 dizia que “na URSS, a mulher goza dos mesmos direitos que o homem em todos os campos da vida econômica, oficial, cultural, pública e política.”¹¹ Na virada do século XX, a representação da mulher nas artes gráficas passou a ser mais humana, deixando para trás o binômio pecado/sagrado.

No Brasil, as esposas passaram a ser vistas nos teatros, igrejas e festas, sempre acompanhadas por seus maridos. Mas ainda não tinham acesso à educação superior, pois eram consideradas portadoras de cérebro anatomicamente inferior, o que dificultaria sua compreensão acerca de estudos sérios, como a Medicina.¹¹ Estudar em outros países era a única forma de se obter um diploma de curso superior. Foi isso que levou Maria Augusta Generosa Estrela a ser a primeira médica brasileira a se graduar nos Estados Unidos. Somente em 1879 o governo brasileiro abriu o ensino superior para as mulheres, sendo que a primeira mulher a se formar no Brasil foi Rita Lobato, na Escola de Medicina da Bahia.¹¹ Nessa época, surgiu uma das primeiras defensoras dos direitos da mulher: Nísia Floresta Brasileira Augusta. Apesar de o sistema capitalista ter acarretado profundas mudanças na sociedade como um todo, as mulheres ainda mantinham a vida social circunscrita aos familiares, na qual os maridos permaneciam como os chefes legalmente constituídos.¹¹ A conquista do voto feminino em alguns países da Europa fez com que ele passasse a ser discutido e bem-aceito nos círculos da elite brasileira. Durante a Semana de Arte Moderna (1920), houve um clima de mudança cultural, ajudando e canalizando seus esforços para definir e ampliar os direitos civis das mulheres. Então, em 24 de fevereiro de 1932, o Brasil passou a ser o quarto país do hemisfério ocidental a garantir o voto das mulheres.¹¹

No fim da Segunda Guerra, com a morte de mais de 60 milhões de pessoas, principalmente homens, as mulheres começaram a ingressar no mercado de trabalho realizando algumas tarefas manuais que antes eram executadas somente por homens. Desde então, começou a quebrar paradigmas e romper barreiras, surgindo como um personagem que se impunha e participava ativamente na construção da sociedade.² A partir daí, o contexto econômico e social foi mudando e, com a industrialização e urbanização, as mulheres passaram a trabalhar fora e a estudar.⁴ De todos os movimentos sociais surgidos na segunda metade do século XX, o movimento feminista foi o que mais acarretou propostas de mudanças reais no tocante às diferenças entre homens e mulheres.¹³

Com a revolução sexual nos idos de 1970, houve profundas transformações no cotidiano dos casais, devido à disseminação do uso de métodos contraceptivos e à

conquista do direito ao divórcio. Uma vez adotadas práticas de prevenção da gravidez indesejada, houve aumento do prazer sexual e, paralelamente, uma escalada de crimes passionais. A mídia fez a violência contra as mulheres vir a público, expondo um fato já sabido: a violência não tem classe, não se esconde sob as necessidades materiais do indivíduo, nem se distingue entre os sujeitos de mais poder aquisitivo ou entre aqueles que vivem no limite ou abaixo da linha de pobreza.¹⁴

Ao longo dos anos, foram realizadas convenções internacionais acerca do desenvolvimento de políticas públicas, propondo ações de direitos civis, humanos e políticos para as mulheres. Em maio de 1948 foi realizada, na Colômbia, a Convenção Interamericana sobre a Concessão dos Direitos Civis da Mulher, que teve como objetivo outorgar às mulheres os mesmos direitos civis dos homens, sendo promulgada no Brasil em 23 de outubro de 1952 pelo Decreto 31.643.¹⁵ Em 1953 foi realizada a Convenção sobre os Direitos Políticos das Mulheres para colocar em prática o princípio da igualdade de direitos políticos entre homens e mulheres.¹⁶ Em 1969 foi realizada a Convenção Americana de Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, que trouxe à tona importantes discussões e direitos para a mulher.¹⁶

Outras convenções asseguraram igualdade no trabalho, inclusive salarial, a licença maternidade e o direito ao aleitamento. Em 1979 foi realizada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (*Committee on the Elimination of Discrimination Against Women* – CEDAW). Essa convenção consagrou o princípio da igualdade para as mulheres em todos os domínios, reconhecendo, assim, um direito de plena cidadania e o respeito integral dos direitos humanos das mulheres.¹⁷ Já em 2004, em resposta às reivindicações de movimentos feministas, foi realizada a Convenção de Belém do Pará, conhecida como Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.¹⁸

Na tentativa de superar e minimizar a violência contra a mulher, foram formuladas leis e decretos que, ao punir os agressores, tentam proteger e tornar as mulheres mais seguras. Nesse contexto, no Brasil, pode-se citar a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que instituiu a notificação compulsória da violência contra a mulher e aprovou o instrumento e o fluxo para essa notificação em todo o território nacional.¹⁹ Foi promulgada também, em 7 de agosto de 2006, a Lei 11.340, a famosa Lei Maria da Penha – uma homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, vítima da violência doméstica crônica praticada pelo seu marido – que tem extrema importância por trazer medidas protetivas às mulheres vítimas de violência, além de medidas punitivas, proibindo a aplicação das chamadas penas alternativas. A Lei Maria da Penha também engloba estudos e pesquisas sobre o tema, programas educacionais no sentido de evitar a violência, além de inclusão de conteúdos sobre direitos humanos nos currículos escolares.²⁰

Apesar de todo o esforço, com realização de convenções e a formulação de leis, em pleno século XXI a violência de gênero contra a mulher, principalmente a que ocorre no contexto doméstico, familiar e intrafamiliar, ainda é um problema preocupante em vários países, inclusive no Brasil.²¹ É possível que a desconstrução da violência contra a mulher ainda leve algum tempo – uma vez que o subjugado está arraigado histórica e culturalmente –, mas pode ser atingida na medida em que as relações entre os gêneros sejam pautadas pelo respeito às diferenças. Sem dúvidas, de imediato, faz-se necessário e urgente um ordenamento jurídico adequado e coerente com as expectativas e demandas sociais. Entretanto, não basta haver um ordenamento que tenha vigência jurídica: ele deve ter, também, vigência social, isto é, deve ser aceito e aplicado por todos os membros da sociedade.²² A violência contra a mulher viola os direitos humanos e se torna uma bandeira de luta não só para as mulheres, mas também para todo aquele que compreende como universal a igualdade entre todos e o reconhecimento do outro como um de nós.¹³

Referências

1. Beauvoir S. *O segundo sexo*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2016. v. 1 e v. 2.
2. ONU Mulheres Brasil. Rede Brasileira do Pacto Global. Princípios de Empoderamento das Mulheres [internet]. [Acesso em 25 set 2016]. Disponível em: www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/cartilha_WEPs_2016.pdf
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Direito de Família. A violência contra as mulheres é um problema de todos, diz especialista [internet]. Belo Horizonte, 2013. [Acesso em 25 set 2016]. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br/conheca-o-ibdfam/historia>
4. Santiago RA, Coelho MTAD. A violência contra a mulher: antecedentes históricos. Seminário Estudantil de Produção Acadêmica 2007;11:01.
5. Lobo M. *Uma História Universal da Fêmea*. 1ª edição. São Paulo: Editora Religare; 2005.
6. Cunha BM. Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero [internet]. Anais da XVI Jornada de Iniciação Científica 2014;1(5):149-170. [Acesso em 25 set 2016]. Disponível em: <http://www.direito.ufpr.br/portal/pesquisa/anais-da-xvi-jornada-de-iniciacao-cientifica-vol-1-n-5-curitiba-2014/>
7. Saffioti HI B. *Gênero, patriarcado, violência*. 1ª edição. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
8. Cordeiro T. A revolução de saias [internet]. Guia do Estudante 2010. [Acesso em 25 set 2016]. Disponível em: <http://guiadoestudante.abril.com.br/aventuras-historia/revolucao-saias-588690.shtml>
9. Morin TM. *Práticas e representações das mulheres na Revolução Francesa - 1789-1795* [Tese de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Curso de História, 2009.
10. Del Priore M. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. 1ª edição. São Paulo: Editora Planeta; 2011.
11. Hahner J. *Emancipação do sexo feminino. A luta pelos direitos da mulher no Brasil: 1850-1940*. Florianópolis: Ed. Mulheres, Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2003.

12. Silva SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicol. cienc. prof.* 2010;30(3):556-571.
13. Machado LZ. Matar e morrer no feminino e no masculino. In de Oliveira DD, de Lima RB, Geraldês EC. Primavera já partiu: retratos de homicídios femininos no Brasil. Petrópolis(RJ):Vozes; 1998.
14. Brasil. Câmara dos Deputados. Decreto N° 31.643, de 23 de outubro de 1952. Promulga a Convenção Interamericana sobre a concessão dos direitos civis da mulher, assinado em Bogotá, a 2 de maio de 1948 [internet]. Diário Oficial da União 31 out 1952. [Acesso em 14 out 2016]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-31643-23-outubro-1952-322462-publicacaooriginal-1-pe.html>
15. Convenção sobre os direitos políticos da mulher [internet]. Direitos Humanos Net – DHNET; 2013. [Citado em 14 out 2016] Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/mulher/mulher1.htm>
16. Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos. Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969): pacto de San José da Costa Rica [internet]. San Jose da Costa Rica, 1969. [Acesso em 14 out 2016]. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>
17. Portugal. Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres. CEDAW (Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres): o estado da arte em Portugal. Lisboa: Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres; 2010 [internet]. [Acesso em 25 out 2016]. Disponível em: http://plataformamulheres.org.pt/docs/publ-cedaw/ppdm_pub_CEDAW.pdf
18. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará”, 1994 [internet]. São Paulo: Procuradoria Geral do Estado de São Paulo. [Acesso em 25 out 2016]. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>
19. Brasil. Presidência da Republica. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [internet]. Diário Oficial da União 25 nov 2003.
20. Brasil. Presidência da Republica. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União 08 ago 2006.
21. Barreto ACTA Defensoria Pública como instrumento constitucional de defesa dos direitos da mulher em situação de violência doméstica, familiar e intrafamiliar [tese de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Curso de Direito, 2007.
22. Pinafi T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade [internet]. *Histórica: Revista On Line do Arquivo Publico do Estado de São Paulo* 2007; 21. [Acesso em 03 nov 2016]. Disponível em: <http://www.arquivoestado.sp.gov.br/site/assets/publicacao/anexo/historica21.pdf>

Capítulo 5

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: DIFERENÇA E HORROR

Angela Maria Jaramillo Burgos

Resumo

A violência contra as mulheres é um problema relevante, grave e global. O cenário social, econômico e cultural favorece a violência ao associar às mulheres os ideais de submissão e adequação às normas. O enfrentamento da violência deve incidir sobre essas questões, rompendo os pactos de silêncio e os vínculos de dependência. No entanto, a persistência desse fenômeno indica que fatores subjetivos, não sem relação com a cultura, desempenham importante papel. Além das políticas públicas, é fundamental promover a reflexão sobre as próprias concepções de gênero.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher. Violência Doméstica. Gênero e Saúde.

Introdução

A violência contra as mulheres é um problema que se tornou assunto de interesse de várias disciplinas sociais nas últimas décadas. Ela é considerada um fenômeno articulado principalmente às dinâmicas sociais e culturais em que as mulheres ocupam geralmente posições de disparidade de poder nos relacionamentos com homens. A partir dessa perspectiva, argumenta-se, por exemplo, que os homens são socializados para exercerem o poder, serem autônomos e independentes, enquanto para as mulheres são inculcados valores e ideais centrados na obediência, submissão, silêncio e resignação.

No contexto dessa vertente explicativa, observa-se que as várias instituições sociais, como a escola e a família, transmitem insistentemente ideais diferenciados para homens e mulheres que levam à configuração das identidades masculina e feminina

associadas ao surgimento de situações da violência nas relações entre homens e mulheres, com incidência particular nos laços familiares e conjugais.

Esse tipo de violência não é propício à participação das mulheres nos espaços sociais e públicos, devido aos efeitos que provoca, especialmente na construção de uma posição caracterizada pelo pouco reconhecimento das competências e habilidades. Além disso, os efeitos são devastadores na forma como elas se percebem como resultado de múltiplas e diversas violências a que estão expostas, frequentemente, desde a infância. Algumas mulheres se sentem “insignificantes”, “inúteis”, o que dá lugar a sentimentos de desamparo, a dependências, à desvalorização de si, que por sua vez provocam a autoexclusão dos processos e dinâmicas de participação social e política e o surgimento da atitude de justificar, por várias razões, os excessos agressivos do homem no âmbito familiar. Assim, muitas mulheres afirmam que os seus parceiros agressivos as maltratam por pressões de trabalho, experiências traumáticas da infância presente em sua família de origem, entre outras razões.

Pode-se considerar que a violência contra as mulheres constitui o obstáculo mais contundente para a materialização da promoção da participação social, objetivo das políticas públicas de alcance global.

Por outro lado, embora admitindo a existência de circunstâncias sociais e culturais que parecem favorecer a violência contra as mulheres, é necessário investigar a implicação da subjetividade, entendida como uma dimensão humana na qual participa o inconsciente e que afeta de maneira contundente os laços sociais e, particularmente, incide sobre as mulheres, que geralmente são atingidas pela violência, especialmente nas relações familiares e conjugais.

O objetivo deste artigo é fornecer alguns elementos que tornem possível a investigação da subjetividade na análise da violência contra as mulheres. O texto tem como horizonte uma pergunta: de que maneira os efeitos psíquicos desencadeados pela diferença sexual anatômica se relacionam à violência contra as mulheres?

Fenômeno consistente

A violência contra a mulher é um fenômeno presente em todas as latitudes e geografias. Não faz acepção de idade, condição econômica ou social. É um problema global que se tornou objeto de políticas públicas e suscita o interesse de pesquisa devido às suas consequências nos âmbitos, pessoal, familiar e social.

Com o propósito de se ter uma ideia da magnitude de sua presença, é pertinente evocar alguns dados. Em “Infografia: violência contra as mulheres”, nota publicada pela ONU Mulheres, em novembro de 2015, observa-se que:¹

Em todo o mundo, uma em cada três mulheres foi vítima de violência física ou sexual, principalmente por um parceiro íntimo. Seja em casa, na rua ou nos conflitos armados, a violência contra as mulheres é uma pandemia global que ocorre em espaços públicos e privados.¹

Uma das características mais marcantes da violência contra as mulheres é que o seu pano de fundo são os vínculos normalmente associados a amor, proteção e cuidados, tais como os laços familiares e conjugais. A esse respeito, é pertinente também evocar alguns dados. Segundo a Organização Mundial de Saúde em nota publicada em setembro de 2016, intitulada “A violência contra as mulheres: violência conjugal e sexual contra as mulheres”:²

As cifras recentes da prevalência mundial indicam que em torno de uma de cada três mulheres no mundo sofreu violência física ou sexual pelo companheiro afetivo ou por terceiros em algum momento da sua vida.²

Nessa mesma nota, afirma-se que:

Na maioria desses casos a violência é infligida pelo companheiro. Em todo o mundo, quase um terço das mulheres que tiveram um relacionamento afetivo experimentou alguma forma de violência física e / ou abuso sexual por parte de seu parceiro.²

Encontram-se também atos extremos, como assassinato. Dos assassinatos de mulheres que ocorrem no mundo, 38% são cometidos pelos parceiros.² Esses dados suscitam várias questões. Por exemplo, por que os laços familiares e amorosos são os cenários nos quais ocorre com mais frequência a violência contra as mulheres? Por que os ideais de amor e proteção, com os quais esses vínculos são revestidos, não conseguem neutralizar a violência e os ataques dirigidos contra as mulheres?

Por outro lado, um dos aspectos mais marcantes, presente nas chamadas violências contra as mulheres, é que os mecanismos de proteção criados com a finalidade de facilitar estratégias de denúncia e visibilidade da violência não têm os efeitos previstos na sua criação. Isto é, as leis destinadas a punir os diferentes tipos de violência contra as mulheres não evitam a sua ocorrência na magnitude esperada, sendo particularmente notável que até mesmo algumas mulheres se abstêm de denunciar os agressores, suportando situações claramente desfavoráveis para a sua existência, como o sofrimento contínuo da violência conjugal.

Se os ideais de amor e proteção que revestiriam as relações afetivas nem as políticas públicas criadas para proteger as mulheres da violência atingem o objetivo de evitar ou erradicar esse fenômeno, é essencial investigar fatores diversos da ordem social e jurídica diferente para desvendar, pelo menos em parte, aspectos envolvidos na questão que nos ocupa.

Gênero e subjetividade

Para explicar a violência contra as mulheres, habitualmente faz-se alusão às características atribuídas social e culturalmente às mulheres, atributos que se traduzem em uma identidade que parece favorecer o surgimento da violência contra elas. Características como o silêncio, a inclinação para renunciar dos seus próprios projetos para o benefício de projetos de outros, a obediência e a desistência de expressar abertamente suas opiniões aparentemente se entrelaçam na formação de uma posição que favorece a constituição do objeto de agressão e de violência, dada a subordinação que tais atitudes representam.

O conceito de gênero é bastante útil na análise social dos problemas descritos:

Sexo é o conjunto de crenças, prescrições e atribuições que são socialmente construídos, tomando a diferença sexual como base. Esta construção social funciona como uma espécie de “filtro” cultural com o qual se interpreta o mundo, e também como uma espécie de armadura com a qual se tomam as decisões e se delegam as oportunidades para as pessoas, dependendo se elas têm o corpo de uma mulher ou de homem. Todas as sociedades classificam o que é “próprio” das mulheres e “próprio” dos homens e, a partir dessas ideias culturais, se estabelecem as obrigações sociais de cada sexo, com uma série de proibições simbólicas.³

O fosso social entre homens e mulheres, resultante de uma interpretação que traduz a diferença sexual anatômica em termos de inferioridade, materializa-se em papéis, funções e ideais sociais, claramente atribuídos a uns e outros. O que é problemático nesse sentido não é a diferença sexual, porque ela é fato inevitável da existência humana e da vida em geral. O que resulta prejudicial é a interpretação social e cultural desvantajosa da diferença sexual anatômica como equivalência estabelecida entre “não ter” e uma posição de inferioridade.

Nesse cenário, é importante retomar a articulação de ideias e representações dos efeitos resultantes da interpretação social e cultural da diferença sexual anatômica. Em primeiro lugar, desvela-se o pressuposto da inferioridade das mulheres pelo “não ter”. Essa inferioridade se traduz, por sua vez, em subordinação e constitui característica das relações entre homens e mulheres. Inferioridade e subordinação facilmente desencadeiam condições para exclusão nas esferas pública e privada. Disparidades dessa ordem se encontram na análise social e cultural das diversas formas de violência contra as mulheres.

Embora admitindo a importância da abordagem social e cultural no estudo da violência contra as mulheres, cabe a pergunta sobre como a subjetividade se entranha nesse fenômeno, porque o discurso e as práticas sociais não são alheios à configuração da subjetividade.

Sabe-se que Freud expressou ao longo da sua obra um interesse genuíno pelas mulheres e, particularmente, pelo feminino. Rigorosamente, nada nos autoriza a supor que a obra de Freud, seus conceitos e desenvolvimentos argumentativos têm a mesma lógica que os desenvolvimentos decorrentes do conceito de gênero. Localiza-se uma diferença, não negligenciável, desde o início: enquanto o conceito de gênero floresce no campo das ciências sociais e é colocado em ação para a análise das dinâmicas sociais e culturais das relações entre homens e mulheres, a psicanálise, por sua vez, tem a sua origem e campo de ação na clínica do *um a um*.

Mesmo admitindo essa diferença radical, estão presentes na obra de Freud algumas ideias a respeito dos efeitos do discurso e práticas sociais sobre a posição das mulheres que pode favorecer a violência da qual elas se tornam objeto. Não se pode afirmar que essas ideias têm a mesma lógica explicativa daquela que é sustentada pela perspectiva do gênero, porque Freud não se refere a conceitos que são considerados por essa perspectiva e sim a conceitos derivados da sua prática clínica, como a pulsão.

O exame da obra freudiana impede de concluir que haja uma separação nítida entre o desenvolvimento sociocultural e o psiquismo. Parte de seu trabalho se esforça para mostrar como o vínculo social e as instituições sociais se entrelaçam com o psíquico e como este, por sua vez, é influenciado pelas dinâmicas coletivas. É notório o esforço de Freud para desvendar a lógica da dinâmica social orientando-se pelas descobertas feitas em sua prática clínica, mostrando, finalmente, que a consideração dos laços sociais e da cultura é impensável sem os conceitos de pulsão e inconsciente.

Contudo, não se pode negar que Freud era filho de uma época na qual estavam claramente diferenciadas as esferas de ação dos homens e das mulheres e, particularmente, as considerações desiguais sobre a sexualidade de uns e outros. Basta verificar seu texto *“Moralidade sexual cultural e nervosismo moderno”* para ver isso. Apesar do cenário negativo para a construção de opinião favorável às mulheres, pode-se afirmar que Freud não expressa, pelo menos em seu trabalho, ideias negativas sobre a capacidade das mulheres. Dessa forma, pode-se evocar uma declaração contida em um dos registros clínicos expostos nos *Estudos sobre a histeria* de texto, em que se afirma:⁴

Se da observação da Senhora Cacile M. havíamos inferido que uma histeria da forma mais grave é conciliável com os talentos mais ricos e originais [...] na Senhora Von N. tivemos um exemplo de que a histeria não exclui um incontestável desenvolvimento do caráter e uma vida consciente de suas metas. Esta que conhecemos era uma mulher notável; tanto nos impressionou sua seriedade ética na concepção das suas funções, sua inteligência e sua energia diretamente masculinas, sua alta cultura e amor à verdade.⁴

Por outro lado, deve-se notar que, de acordo com Freud, a propensão de mulheres ao trabalho intelectual não está diretamente ligada à sua anatomia, que se deve mais

aos costumes e prescrições sociais e as impedem de lidar abertamente com as questões relacionadas à sexualidade. Sobre esse ponto, escreve no texto *Moralidade sexual cultural e nervosismo moderno*:⁵

*No gênero íntegro das mulheres pode ser comprovada facilmente uma aplicação especial desta tese sobre o caráter arquetípico da vida sexual para o exercício de outras funções. A educação nega às mulheres o ocupar-se intelectualmente dos problemas sexuais, para os quais, no entanto, trazem o apetite nato de saber; as aterrorizar o juízo condenatório que tal apetite de saber seria indigno das mulheres e sinal de uma disposição pecaminosa. Isso as dissuade do pensamento em geral desvalorizam o saber para elas.*⁵

Partindo dessa consideração freudiana, pode-se afirmar que o fraco desempenho intelectual com o qual se pretende caracterizar as mulheres em geral não tem o seu ponto de partida em um aspecto genético, anatômico ou fisiológico. É, ao contrário, a consequência de imperativos sociais destinados a reprimirem o desejo de saber sobre a sexualidade, imperativos que se traduzem em dissuasão do pensar e afetam uma posição favorável ao desejo de saber. A propósito dessa referência, uma pergunta oportuna seria: por que o juízo condenatório provoca nas mulheres efeitos de terror, a ponto de promover o exercício da autoexclusão intelectual, questão à qual pode ser adicionada outra: por que as mulheres são desencorajadas a lidar com as questões que dizem respeito à sexualidade?

Às afirmações referidas pode-se acrescentar outra na qual Freud faz alusão à passividade, aspecto associado, nos estudos sociológicos, às violências cometidas contra as mulheres. Na conferência sobre a feminilidade, afirma o seguinte:

*Pode ser que, desde o modo de participação das mulheres na função sexual, se difunda a outras esferas de sua vida a preferência por uma conduta passiva e um conjunto de aspirações a metas passivas, comprimento variável, em extensão variável segundo o império limitado ou vasto desse paradigma que seria sua vida sexual. No entanto, devemos ter cuidado para não ignorar a influência das normas sociais, que também forçam as mulheres em direção à passividade. Tudo isso ainda é muito obscuro.*⁶

Por outro lado, um aspecto marcante é que Freud considere como “domesticação social” a atuação do ambiente social sobre as mulheres. Sobre isso, escreve:

*Prometi ainda apresentar algumas particularidades psíquicas da feminilidade madura, como nós encontramos na observação analítica. [...] nem sempre é fácil distinguir o que deve ser atribuído à influência da função sexual e o que deve ser atribuído à domesticação social.*⁶

São notáveis as declarações freudianas a respeito dos impactos dos discursos e práticas sociais sobre a posição das mulheres no tocante ao saber, por exemplo. Chama a atenção o uso do termo “domesticação social.” A palavra “domar” refere-se às ações destinadas a tornarem dócil um animal selvagem. Portanto, pode-se interrogar por que são necessárias as ações de domesticação destinadas às mulheres. É razoável sugerir que grande parte da rede social, cultural e familiar é destinada a alcançar tal domesticação. Talvez esse fato elucide a grande importância que ainda se outorga à submissão e à obediência, ao silêncio e à resignação, características esperadas de uma mulher considerada adequada e boa.

Diferença, horror e violência

É possível dizer que desde a época de Freud até os dias de hoje tem havido inúmeras transformações nos âmbitos social, cultural, jurídico, econômico, laboral, acadêmico, o que, por sua vez, deveria produzir mudanças substanciais nas formas como as mulheres enfrentam seu ambiente. Se a violência exercida contra elas tem como um dos seus suportes fundamentais as práticas desfavoráveis à equidade, uma vez transformadas essas condições, dever-se-ia, então, esperar a erradicação desse tipo de violência. Mas isso não acontece dessa maneira. Os números que representam as violências contra as mulheres, especialmente aquelas que têm como pano de fundo os laços amorosos e familiares, são paradoxais se se considerar a criação de leis e mecanismos de proteção especificamente destinados ao enfrentamento dessa violência. Por que as transformações sociais que deveriam instalar condições equitativas para as mulheres não se traduzem em impactos substanciais no que diz respeito à violência contra elas?

Atualmente, as mulheres contam com mecanismos e leis que protegem os seus direitos em vários campos, tanto na vida pública como na vida privada. Além disso, existem leis e mecanismos destinados a promover condições favoráveis para a sua participação política. No entanto, algumas mulheres relatam dificuldades no exercício dos seus direitos políticos. A esse propósito, pode-se evocar o testemunho do Informe Anual da ONU Mulheres:⁷

Eu estava com medo de assumir o papel de candidata (no departamento de Nariño, Colômbia, e já sinto isso há muitos anos, no meu trabalho como advogada). Mas o medo paralisa. O temor de que os conselheiros vereadores levantem a voz, o medo de não ter a capacidade para estar em um território de homens. É exigido mais de nós e somos poucas porque temos menos oportunidades. O peso da visão masculina e do machismo se sente, e eu o sinto.⁷

Várias perguntas podem ser elaboradas sobre as situações descritas. Por exemplo, por que as mudanças sociais e legais favoráveis às mulheres não resultam na igualdade pretendida entre homens e mulheres? Por que a violência contra as mulheres persistem

apesar da existência de leis que a punem? A fim de fornecer algumas vias explicativas às perguntas colocadas, é necessário aprofundar os impactos, não só sociais, mas também psíquicos da diferença sexual anatômica. Segundo Freud:

Quando a criança do sexo masculino vê pela primeira vez a região genital da menina, ela se mostra indecisa, pouco interessada a princípio; ela não vê nada, ou desmente a sua percepção, procura subterfúgios para torná-la de acordo com sua expectativa. Só mais tarde, depois que ela ganhou influência sobre a ameaça de castração, aquela observação se tornará significativa; sua memória ou renovação provoca nela uma tormenta emocional e a submete à crença na eficácia da ameaça que até então tinha suscitado o riso. Duas reações resultam desse encontro, duas reações que podem ser fixadas e, em seguida, separadamente ou em conjunto, ou conjugados com outros fatores, irão determinar a sua relação com as mulheres: horror diante da criatura mutilada ou desprezo triunfante por ela.⁸

De acordo com o texto freudiano, o desprezo está ligado à sensação triunfante e o horror à ideia de mutilação. O desprezo alude ao desdém, à desvalorização, ao rebaixamento da consideração dirigida ao outro. O horror, por sua vez, é resultado do enfrentamento de uma situação sem ter registro prévio; destacam-se o fatores surpresa, inesperado, incalculado e incalculável.⁸

É compreensível a reação do horror como resposta do homem à percepção da diferença sexual anatômica considerando que não há registro da diferença sexual na ordem das representações inconscientes. Por essa razão, produz surpresa e perplexidade encontrar ausência no lugar de um órgão altamente valorizado pela satisfação propalada. Assim, responde-se com horror diante daquilo que é impossível de compreender dada a ausência de representações que tornariam o fato compreensível.

Dada a ausência no inconsciente de representação da mulher em sua diferença absoluta com o homem, e como resultado da sua descoberta, essa diferença sexual anatômica é revestida com uma aura descrita como perigosa, incompreensível e enigmática, o que, por sua vez, se traduz em desprezo. Assim, o desprezo não tem a sua fonte em uma condição física caracterizada pela fraqueza ou pela inferioridade em relação à força física e à capacidade orgânica. O desprezo e o horror desencadeados pela mulher têm como ponto de partida a incapacidade de compreender tudo sobre ela. Nesse sentido, é possível esclarecer o cuidado exercido pela sociedade e pela cultura no processo de domesticação de mulheres. É por meio desses mecanismos e estratégias de domesticação que certa regulação é instituída sobre um aspecto que resulta incompreensível e inconquistável.

Pode-se postular uma hipótese: as mudanças sociais e legais destinadas a alcançarem a paridade entre homens e mulheres não conseguem transformar o horror e o desprezo desencadeados pela diferença sexual anatômica. Se essa hipótese for váli-

da, pode-se argumentar que as transformações discursivas que visam provocar mudanças em práticas econômicas, sociais, culturais, jurídicas, acadêmicas - mudanças destinadas à obtenção de direitos iguais em relação aos homens - impactam as consequências sociais causadas pela interpretação cultural da diferença entre os sexos, mas não conseguem erradicar as consequências psíquicas suscitadas pela diferença sexual anatômica. Ou seja, as políticas públicas não podem incidir de forma substancial e permanente no horror causado pela diferença sexual. Nessa perspectiva, é possível supor que a submissão, a obediência, o silêncio e a renúncia, características que ainda se exaltam nas mulheres, são estratégias para domesticar o que nelas resulta incompreensível, estranho e perigoso.

É importante rever alguns aspectos ligados à violência contra as mulheres, em particular os que ocorrem no relacionamento afetivo. Quando se examinam as ações violentas de alguns homens dirigidas às suas parceiras, fica claro que eles procuram suscitar efeitos de isolamento social e familiar como uma estratégia para fomentar a dependência da mulher; por outro lado, a crítica constante é uma estratégia para afetar negativamente a imagem e a estima de si mesma; ao mesmo tempo implementam ações voltadas para o controle dos bens e recursos materiais e, sobretudo, utilizam o ciúme como um pretexto para monitorar continuamente as atividades da mulher. Pode-se supor que amor e controle estão fortemente ligados na mentalidade de muitos homens no que diz respeito ao relacionamento afetivo. Eles desejam que as mulheres se portem de acordo com as determinações que eles estabelecem e, se não for assim, o ciúme, a desconfiança e sensação de perda de controle provocam, com relativa facilidade, os atos de agressão e violência.

Pode-se ainda considerar outra hipótese: a violência dirigida contra a mulher constitui estratégia, não só para quebrar a sua vontade e exercer domínio sobre elas, mas também como uma resposta diante da impotência de não se saber tudo sobre eles.

Sendo assim, para enfrentar a violência contra as mulheres, é inspirador evocar um historiador que se ocupou particularmente de investigar as lógicas relacionais entre homens e mulheres na Idade Média. Trata-se de Georges Duby que, em entrevista, afirma:

O historiador deve reconstruir as ideias que os homens tinham sobre as suas relações com as mulheres, baseadas em um jogo permanente de desprezo, dominação, mas também de temor diante delas. Há subordinação e medo a um só tempo. Nas relações conjugais, conflituosas, esse medo se alimenta de diferentes ingredientes: a ideia da mulher devorada pelo seu desejo, o que pode suscitar no marido o medo da impotência, e também do adultério, o que produz desconfiança.⁹

O domínio social e familiar que o homem exerce sobre a mulher pode ser considerado um revestimento do seu temor diante dela. Assim, a violência é motivada pela impotência resultante da incapacidade de exercer o domínio pleno.

É oportuno, então, perguntar sobre possíveis intervenções sobre a violência contra as mulheres. Embora as políticas públicas sejam necessárias para facilitar a configuração das relações sociais sem excessos violentos e agressivos, também é necessário admitir a presença de fatores subjetivos que presentificam ideias e representações desconhecidas para o próprio sujeito. Pode-se supor, a partir do exposto neste texto, que o fator subjetivo é resistente às transformações coletivas subjacentes à elaboração e implementação das políticas públicas. Dada a impossibilidade de incidir nos fatores subjetivos no marco das políticas públicas, cada homem deve assumir e investigar suas consequências e lógicas derivadas do horror e desprezo suscitados pela diferença sexual anatômica e, em especial, a relação que ele tem com as mulheres.

Referências

1. ONU Mujeres [homepage na internet]. Infografía: violencia contra las mujeres. [acesso em 2017 jan 07]. Disponível em: <http://www.unwomen.org/es/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>
2. Organización Mundial de la Salud [homepage na internet]. Violência contra la mujer: violència de pareja y violència sexual contra la mujer. [acesso em 2017 jan 07]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
3. Organización de Estados Iberoamericanos. [homepage na internet]. Marta Lamas. El Género es Cultura. [acesso em 2017 jan 07]. Disponível em: Disponible em: http://www.oei.es/historico/euroamericano/ponencias_derechos_genero.php
4. Freud S. Estudios sobre la histeria. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1979.
5. Freud S. La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1979.
6. Freud S. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 33: La feminidad. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1979.
7. ONU Mujeres. Informe Anual: 2015-2016. [Internet]. Nova York: ONU Mulheres. [Acesso em 2017 jan 07]. Disponível em: <http://www2.unwomen.org/-/media/annual%20report/attachments/sections/library/un-women-annual-report-2015-2016-es.pdf?v=1&d=20160629T203039>
8. Freud S. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1979.
9. Duby G. Salud Mental Y Cultura. [entrevista a Lilly SA]. [Internet]. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1994; 14(50): 471:82. [acesso em 2017 jan 07]. Disponível em: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15390/15251> Tradução: Cristiane de Freitas Cunha.

Capítulo 6

AS MÃES E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: O QUE ELAS DENUNCIAM?

Hebert Geraldo de Souza
Cristiane de Freitas Cunha
Elza Machado de Melo

Resumo

Com a psicanálise de orientação lacaniana, entende-se que o amor materno não é programado e que o encontro de uma mãe com seu filho é suscetível de não despertar nela o desejo pela maternidade. Diante disto, o presente trabalho apresenta uma nova configuração de violência que despertou o interesse para investigação: a violência doméstica de filhos contra as mães. O cenário dos atendimentos se deu no Centro “Risoleta Neves” de Atendimento (CERNA/MG), instituição pública de direitos humanos que realiza atendimento psicossocial de mulheres em situação de violência. Assim, sabendo que a construção do saber em psicanálise é indissociável da prática clínica, discutiremos a queixa das mães endereçada à instituição, a partir de três fragmentos extraídos de breves entrevistas clínicas de orientação psicanalítica com estas mães, que marcavam a maternidade como central no engendramento do conflito familiar. Mães que convocaram não apenas uma lei que mediasse à relação entre elas e os filhos, mas denunciaram também algo do “desejo da mãe”, apontando para o quão imperativa foi a marca que o desejo de cada uma delas estampou naquele filho agressor.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Maternidade. Psicanálise. Políticas Públicas.

Introdução

O tema maternidade tem mobilizado profundas discussões nos segmentos da psicanálise, muito em função do surgimento de uma nova configuração familiar disposta na contemporaneidade. Esses debates se apresentam como inevitáveis pelas contradições do “*desejo da mãe*”, num tempo em que, segundo Alvarenga¹, “*a reprodução parece emancipar-se do sexo e do corpo e provocar uma dissolução progressiva dos papéis parentais tradicionais*”.^{p.05}

Ao tratar de maternidade, é imprescindível citar Freud,² que afirma, em “*Mal-estar na cultura*”, que a mulher seria, desde sempre, uma mãe a serviço da instituição familiar e lutaria até contra a cultura ou contra as outras instituições sociais, exigindo dos homens que eles saíssem de seu lar. Mas era o pai que detinha todo o poder familiar e social que impulsionou o próprio Freud a escrever sobre o mito do Édipo.²

Por outro lado, Kehl, em *Em defesa da família tentacular*³, faz um registro histórico ao dizer que a família organizada a partir do poder patriarcal foi abrindo espaço de distribuição do poder e foi cedendo lugar a um modelo de família em que o poder está sendo afirmado aparentemente igualitário, a partir da segunda metade do século XX.

À medida que a lei do pai declina, os psicanalistas devem acompanhar as mutações contemporâneas da maternidade, que ganham destaque desde a maternidade celibatária, as mães biológicas, doadoras, portadoras, adotivas, recusadoras, a violência na maternidade, a maternidade triste ou louca, a demanda ilimitada de filho, a homoparentalidade, a negação da gravidez e até os infanticídios ou parricídios.

Lacan, por sua vez, em *Os complexos familiares*⁴, contestava que a aventura da família, que ele chamava de paternalista, estivesse enfim se dissolvendo. Essa concepção da família garantia uma “*prevalência do princípio viril*” e uma “*ocultação do princípio feminino*”, mas hoje essa concepção está em processo de mutação. Alberti⁵, sobre essa formulação lacaniana, marca que há uma exploração cada vez mais precisa das consequências da desocultação do princípio feminino, ou seja, da tomada de palavra pelas mulheres sobre a estruturação do desejo.

Não apenas todas as mulheres não aceitam serem mães, mas a mesma mulher pode se recusar a sê-lo em certos períodos de sua vida e em certas condições e aceitá-lo e mesmo almejá-lo em outras circunstâncias.⁶ Pode-se pensar nessa situação com o fato de uma mãe ter dois filhos, mas apenas um ser o que lhe causa “*angústia da maternidade*”.⁶ Obviamente as configurações concretas são múltiplas e variadas, mas as novas modalidades dos laços sociais e amorosos revelam que declínio do pai não pode deixar de ter consequências subjetivas, tanto para sujeitos quanto para as famílias, mesmo entendendo que “*as mulheres podem encarnar as versões do pai*”.¹

Alvarenga¹, no prefácio do livro *Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade*, acerta ao comentar que o desejo em relação ao filho não está condicionado à situação biológica de gravidez, que amor materno não é programado e que sua ausência ou o estranhamento entre a mãe e seu filho pode transformar-se em uma catástrofe subjetiva. E essa relação pode culminar na violência entre mãe e filho como um desencontro.

Percebe-se que a dificuldade de estabelecer um laço afetivo com o filho que está esperando não é tão incomum entre as mulheres. Foi o que se investigou com algumas mães nos atendimentos realizados no Centro Risoleta Neves de Atendimento (CERNA/MG). Trata-se de instituição pública subordinada à Secretaria de Direitos Humanos do Governo de Minas Gerais, criada em 2004 e localizada na recém-criada *Casa de Direitos Humanos do Estado de Minas Gerais* (2013), em Belo Horizonte, que atua na prestação de acolhimento e atendimento psicossocial às mulheres em situação de violência doméstica.

Nesse contexto, no setor de Psicologia, onde os atendimentos são breves e individuais, além de receber mulheres que estão em situação de violência doméstica, acolhe e atende também, entre outros casos, mães que estão em situação de violência doméstica cometida por filhos. Estes, por sua vez, respondem à mãe e às desordens familiares com violência física e psicológica, uso e abuso de álcool e outras drogas, construindo uma impostura perante a lei, cuja única resposta encontrada por eles, ao que parece, é a violência.

Assim, por meio dos atendimentos clínicos realizados e nas reuniões para discussão de casos, perceberam-se elementos comuns que refletiam um impasse na relação de algumas mães com um filho, não outro, mas aquele seu agressor. Mães que passavam a narrar sua história e revelavam questões muito antes da maternidade, que podem ter contribuído para se instaurar quadro de violência doméstica do filho contra ela.

E, mesmo não havendo na literatura discussão profunda sobre a violência de filhos contra as mães, no âmbito jurídico têm sido concedidas com frequência medidas protetivas e a aplicação da Lei Maria da Penha⁷ nos casos das mães que sofrem violência pelos filhos. A lei, que foi uma resposta dada pelo governo brasileiro às exigências dos mecanismos internacionais e nacionais dos Direitos Humanos, bem como a movimentos da sociedade civil organizada, não consegue prevenir ou eliminar a violência por completo. Por isso, é preciso provocar discussões não somente pela ótica jurídica, mas também acompanhar as consequências do ato de uma mãe denunciar e convocar a lei para o filho.

Com Freud² entende-se sobre o impossível de eliminar a violência, mas seu enfrentamento deve fazer parte da mobilização da sociedade e de órgãos competentes. Portanto, para o enfrentamento é importante a proposição de políticas públicas transversais que proporcionem não apenas um ordenamento em segurança pública ou de saúde pública, mas um tratamento desde sintoma atual via sujeitos.

Destarte, a violência doméstica, mantida por anos como uma questão a ser tratada em âmbito privado, torna-se alvo de discussões e apontamentos de ordem pública, compartilhado socialmente. E à medida que isso ganha força, os governos adentram a esfera do privado e criam políticas e instituições que se tornam responsáveis pela legislação e pela administração de políticas de bem-estar e saúde pública.

Nesse contexto, a Psicanálise tem adentrado políticas públicas e serviços, tal como o CERNA/MG, e isso não é sem consequências, tanto para as políticas, quanto para governos, instituições e seus sujeitos. E a Psicanálise não deixa de apresentar sua crítica bem como uma contribuição. Assim, tem-se conjecturado que, nos últimos tempos, a violência tem ganhado mais destaque pelos dados do que propriamente pelo fenômeno em si.

O controle e a busca por direitos são cancelados e colocados em prática por meio das políticas públicas. Essas são estratégias de ação pensadas, planejadas e monitoradas, em que existe uma racionalidade coletiva na qual tanto o Estado quanto a sociedade desempenham papéis ativos por meio da participação popular. Há a intervenção do Estado, que envolve diferentes atores, que podem ser governamentais ou não governamentais, por meio de demandas, apoios ou controle democrático.⁸

A discussão sobre políticas públicas, as formas de violência e os meios de denunciá-las são importantes para estimular o combate a essas práticas. No entanto, devem-se levar em consideração os arranjos que cada sujeito inventa para lidar com a violência das quais ele participa, que não são as regras da massificação, mas manejos individuais para haver retificações subjetivas no caso a caso.

O relatório do Observatório Mulheres e a Violência, da Federação Americana de Psicanálise de Orientação Lacaniana – FAPOL,⁹ propõe refletir sobre outro aspecto importante para a Psicanálise de orientação lacaniana, que parece ser, nesse panorama estatístico, os ideais de transparência e prevenção.

Com relação ao ideal de transparência, será preciso pensar como distinguir o discurso que mantém um segredo de família, o que acontecia anteriormente com relação à violência, não por acaso chamada de doméstica, do silêncio do real. Discurso atual, contrário ao anterior, trata a questão como se bastasse falar, denunciar, julgar e punir.^{p.03}

Por vezes, as cifras e o ideal da transparência, ou seja, dos segredos de família revelados, não levam em consideração aspectos do real do gozo presentes em muitas das relações de violência, as chamadas *parcerias-sintomáticas*. Com isso, as confissões a todo custo, as estatísticas e as práticas assistencialistas se envolvem de todo um encantamento e desconsideram a “força do impossível de conceber e falar do gozo”⁹, sendo esse um ponto de tensão entre a clínica, as cifras e as políticas.

Assim, diante dos breves fragmentos dos casos atendidos no CERNA/MG sobre as mães em situação de violência doméstica, procurou-se discutir a prática clínica com essas mães, tentando extrair o saber que cada caso transmitiu, permeado pelo atendimento breve, dentro de uma política pública para acolhimento e atendimento psicossocial.

A suposição de que os fragmentos de casos das mães revelem algo da maternidade levou à escolha de três casos clínicos, cujos nomes são fictícios: Gilse, Ranússia e Iara, articulando-os ao desejo da mãe. Nesse ponto, ancorados nos casos, é preciso refletir sobre o lugar que o ser mãe pode ocupar para essas mulheres, onde a maternidade se colocou como insatisfatória.

O caso Gilse conta de uma mãe, em seu terceiro casamento, que denunciou o filho, um jovem de 19 anos, por ameaças, perseguição e ofensas. Compareceu à Delegacia e foi encaminhada ao CERNA/MG para iniciar acompanhamento psicológico, uma vez que manifestou essa vontade e estava abalada emocionalmente.

Essa mãe relatava, implicitamente, sua dificuldade em estar próxima do filho agressor desde o nascimento, mesmo tendo prestado a ele todos os cuidados básicos até a adolescência. Na adolescência do filho, ela o expulsou de casa sob a alegação de agressividade e desobediência quando, após lhe cobrar organização em casa, ele a empurrou. Assim, solicitou da justiça as medidas protetivas para proibi-lo de se aproximar dela. Porém, era frequente esse contato, uma vez que ele comparecia ao local de trabalho da mãe para lhe pedir comida e dinheiro. O caso permaneceu no CERNA/MG por dois meses.

Por sua vez, o caso Ranússia narra a história de uma mulher de 55 anos, solteira, que ingressou no CERNA/MG após registrar boletim de ocorrência e representação criminal, bem como solicitar medidas protetivas contra a filha de 21 anos pelos frequentes conflitos. Ranússia compareceu a apenas quatro encontros e manteve várias resistências ao atendimento. Porém, nesses breves encontros, revelou que a gravidez não foi planejada e chegou a tentar o aborto no início da gestação. Bem como ao longo da convivência com a filha buscava distanciamento da mesma, fato que será descrito nos fragmentos que se seguem quanto ao caso.

Por fim, Iara, 56 anos, era divorciada, desempregada por problemas de saúde e mãe de dois filhos, um com 25 anos e outro com 27 anos. Denunciou-os, especialmente o mais jovem, sob a alegação de sentir-se ameaçada quando o filho mais novo fazia uso de maconha. Esse filho morava com ela e com a avó. O mais velho morava com o pai, na casa dos fundos, o que provocava nela desentendimentos também com o ex-marido.

Iara compareceu ao CERNA após boletim de ocorrência ocasionado por uma discussão familiar com o ex-marido e o filho mais velho por causa do uso de maconha do filho mais novo e por questões patrimoniais. Solicitou da justiça medidas protetivas contra os filhos e o ex-marido, mesmo não tendo ameaça iminente de violência. Adianta-se que, durante os atendimentos, percebeu-se que Iara fazia uma torção da lei a seu

favor, pois não havia violência do filho contra ela. Pelo contrário, era ela quem tentava agredir o filho quando ele estava sob o efeito da maconha, conforme seu próprio relato.

Entende-se, diante desses breves fragmentos, fazendo uso do ensinamento psicanalítico, que será pela via subjetiva, com atendimento clínico institucional, que algo do gozo implicado na relação de violência poderá ser barrado, dando possibilidade aos sujeitos fazerem suas próprias retificações.¹⁰

Deve-se ir além ao interpretar o discurso e a denúncia dessas mães à justiça, mães e mulheres que convocaram uma lei para intervir no conflito familiar e, assim, convocaram um terceiro. Cabe então interrogar qual é, de fato, a “denúncia” que fizeram essas mães, na ordem subjetiva, no campo inconsciente.

Obviamente, a violência de filhos contra as mães revela um fenômeno social. E assim como para outros tipos de violência, é urgente pensar alternativas de enfrentamento, que nesse caso seria, como primeira escolha, a clínica, por meio da psicanálise aplicada. Entende-se que foi preciso acolher essas mães e dar voz a cada uma delas, como se tentou fazer, e não apenas impetrar medidas jurídicas como se essas exclusivamente resolvessem a problemática da violência.

Seguindo a proposta dos atendimentos terapêuticos rápidos de orientação psicanalítica, proposto por Miller¹¹ por meios dos CPCTs – Centros Psicanalíticos de Consulta e Tratamento – devido a experiências anteriores, o formato dos atendimentos deveria ser breve, não apenas por recomendação da instituição, mas também por ser comum que algumas mulheres não retornassem para seguir com os atendimentos.

Assim, era prudente e primordial escutar a questão sintomal de cada uma delas, manejar a transferência quando o acompanhamento se estendia além do habitual e marcar o desejo materno na relação com o filho, para produzir com isso uma “*intervenção retificadora*”.¹⁰ Dessa forma, pode-se possibilitar que as mães pudessem perceber o que o filho tentava lhe transmitir com os atos de agressividade, uma mensagem endereçada.

Nesse aspecto, é importante fazer a diferenciação entre “culpa” e “responsabilidade”, como ressaltou o trabalho de Couto.¹⁰ Não se pode, de modo algum, cair no engodo de encontrar o ponto para culpar as mães pela violência sofrida, muito pelo contrário. A responsabilização, no entanto, tem em sua função colocá-la na cena familiar e marcar sua parte embutida na relação violenta com o filho.

Como efeito dessa tomada de posição – a rejeição à maternidade –, para a leitura e para a interpretação dos contextos de violência, não se pode retirar essas mães do cenário traumático.¹² A tendência, inclusive de políticas públicas, é eliminar o sujeito da cena traumática, ou seja, estaria sendo retirado delas, ao mesmo tempo, sua capacidade de resposta e reação, vitimando-as. Não se trata de ouvir, julgar e decidir quem é culpado ou inocente, indicando posteriormente normas a serem seguidas.¹³

Vieira¹², em *A violência do trauma*, opina que a violência do evento tende a ofuscar a importância do que se poderia chamar de “*fator subjetivo*”, que é exatamente o que justifica a Psicanálise no campo da assistência aos traumatizados.

Compreende-se a tendência a eliminar o sujeito da cena traumática. Tanto do lado da vítima como daquele que a socorre, é comum considerar o sujeito ausente na cena, como se fosse possível esgotar apenas no acontecimento a causa do trauma. Evidentemente, em muitas situações, parece ser o melhor e o mais humano a ser feito. Mas, se considerarmos esta manobra em grande escala, a desresponsabilização generalizada pode agravar a violência ao invés de atenuá-la. ^{p.02}

Ao falar da violência e do trauma, esse autor refere uma interessante questão que pode ser útil para analisar a violência de filhos contra as mães. Ele escreveu que, sob o olhar do filho, mais marcante que receber uma surra da mãe é a sua ausência.

Então, pior do que apanhar, pior do que aceitar os cuidados dessa mãe, que vai necessariamente afastar a criança do real, é não haver mãe e a criança ficar imersa no Real.^{12, p.05}

Assim, ao “perder” a mãe, perde-se tudo. E os fragmentos dos casos ajudam a entender essa questão, uma vez que a única resposta encontrada por esses filhos pode ter sido a violência, supostamente, não sem uma angústia para eles. E o caso Gilse concorda com a afirmativa, quando ela relatou, implicitamente, sua dificuldade em estar próxima do filho – não outro – desde o nascimento, mesmo tendo prestado todos os cuidados básicos até a adolescência, conforme seu relato. E que “[...] *quando ele tinha nove anos eu coloquei ele [sic] pra estudar no Lar dos Meninos [São Vicente de Paulo], ele aprendeu a tocar sax, mas fugia toda semana para casa, eu batia e levava de volta, ele tinha que estudar*”.

Quando o filho se tornou adolescente, Gilse o expulsou de casa sob a alegação de desorganização e que não conseguiam viver juntos na mesma casa, porém estava cumprindo o imperativo de seu desejo de mantê-lo afastado de si, por não dar conta de lidar com a sua história diante do filho indesejado. Evidencia-se, na fala dessa mãe, um fato que se repetiu até a fase adulta, motivo de sua queixa sintomática: a aproximação do filho. É interessante notar o imaginário da violência que capturava Gilse com um sinal da presença do filho. Ela não permitia a aproximação dele, mesmo quando ele a procurava para pedir comida. Logo que ele surgia, envolvida na fantasia de que ele iria agredi-la ou ofendê-la, acionava a polícia e não o ouvia sequer.

Lacadeé¹⁴ lembra que a agressividade aparece em alguns casos quando o sujeito não é escutado. O fragmento a seguir ilustra essa referência que faz Gilse: “*Eu não aguento mais, ele vai lá quase todo dia, vai lá em casa também*”. Em outro momento, completou: “*fico com medo dele fazer algo contra mim, não quero ver ele[sic]*”. E dizia sempre: “*eu não aguento mais, está difícil, afastem esse menino de mim*”.

Notou-se que essas aproximações não eram feitas com agressividade, contudo, tornavam-se agressivas porque a mãe não permitia que o filho falasse. A cada tentativa de aproximação do filho, mesmo que de forma pacífica, a mãe acionava a polícia ou guardas municipais, que se encarregavam de afastá-lo. Esse adolescente, por sua vez, questionava a mãe com violência e uso de drogas, “*respostas*” encontradas por ele para questionar uma falta. Essa foi apenas uma hipótese, visto que não houve contato da instituição com o filho de Gilse.

Ao longo dos atendimentos, ela descreveu brevemente sua relação fálica com os homens: as desavenças com seu pai, sobre os dois casamentos que desfez, a atual relação com o marido e sobre os conflitos com o filho. Marca-se também que, anterior ao nascimento do filho em questão, Gilse perdeu outro filho aos quatro meses de vida, por problemas de saúde. E logo em seguida engravidou-se novamente. Esse fato – a morte de um filho – parece ter trazido marcas não apenas na mãe, mas também naquilo que incide no seu imaginário em relação aquele filho.

Como intervenção possível no caso Gilse, a aplicação das medidas protetivas – um limite – e os atendimentos clínicos parecem ter ajudado Gilse a encontrar alívio para uma angústia materna e a simbolizar esse imaginário que a capturava. O filho foi encaminhando para um acompanhamento médico no CERSAM, por recomendação de neurologista e psiquiatra que o acompanhava após acidente de motocicleta. Esse encaminhamento, seguido do início da mudança de posição subjetiva da mãe, fez com que ela despertasse para a necessidade do filho de receber cuidado.

O caso obteve o desfecho possível, ao passo que mãe e filho se organizaram e passaram a conviver (não no mesmo lar) de modo menos violento: *“eu vou ajudá-lo, ele precisa de mim, está doente, os exames mostraram uma alteração neurológica, vou cuidar dele, mas não damos certo morando na mesma casa, ele lá e eu cá”*.

Nesse caso, a medida protetiva em descumprimento, já que estavam convivendo, encarregou de apaziguar essa relação. A intervenção seguia em poder possibilitar que Gilse escutasse o que o filho pedia a ela, que mesmo queixosa e com semblante de tristeza entendia que as aproximações do filho não eram para efetivar violências, mas reclamar sua ausência e tentar reaproximações, como tentou ao logo da vida.

Já o caso Ranússia suscita uma importante questão socioeconômica nas novas configurações, em que a mãe, como única cuidadora e provedora, tem que trabalhar muito cedo para o sustento da família. Ranússia relatou que não amamentou a filha, pois teve que trabalhar, e que uma vizinha era quem ficava com a criança: *“eu cuidei dela, trabalhei duro, paguei caro a babá para ficar com ela o tempo todo enquanto eu trabalhava viajando, quase nem via essa menina de tanto que eu trabalhava”*. Nas discussões, mãe e filha expressavam o conflito: *“ela joga na minha cara que eu não criei ela, mas era porque eu estava trabalhando, menina ingrata”*.

Contudo, Ranússia, ao falar sobre isso, menciona essa questão como secundária, pois o que se escancara é sua falta de desejo materno, identificado no fragmento: “*Não queria e nem pensava em ter filho, gosto de viver sozinha*” – confessou. Ao que parece, nem o tempo foi capaz de inscrever a criança no inconsciente dessa mãe, mesmo tendo sido apenas cuidadora.

Ela permanecia pouco em casa pelo fato de trabalhar como vendedora de pequenos objetos em festas religiosas no interior do estado. No curto período em que permanecia em casa, ela e a filha não conversavam, e quando isso acontecia era acompanhado de discussões. Conta que antes de se engravidar “*morava em uma pensão, e era bom, eu tinha paz*”. Declara ainda que engravidou na primeira e única relação sexual que teve com o chefe e ele não assumiu a paternidade quando descobriu a gravidez, o que fez apenas na maioridade da filha, após exame genético.

Ranússia demonstrava ressentimento para com esse homem que rejeitou a paternidade e também a ela mesma. Em alguns momentos, chegava a dizer que a filha tinha “*o gênio ruim igual do pai, ela só pensa em dinheiro, é interesseira. Se eu pudesse escolher teria um filho homem, mulher dá muito trabalho. Ela é um demônio*”. E completa dizendo ter comprado um enxoval para receber um filho, quando teve a segunda decepção, pois era menina. Acrescentou que “*deveria ter dado essa menina para o pai ou doado pra a enfermeira no hospital, já que o aborto não deu certo, Deus me perdoe, mas não tinha sentimento por ela*”.

Nesse caso, não interessa se foi uma história romanceada do envolvimento de Ranússia com o chefe, pois é a verdade do sujeito. Interessou essa saída que ela encontrava para estar distante, ainda mais, da maternidade. Ranússia seguiu viajando. Essa foi sua alternativa para lidar com a filha. A solução encontrada por ela era justamente viver longe, uma medida para lidar com sua falta do desejo de maternidade. Tais viagens, segundo ela, impediam-na de comparecer aos atendimentos.

Por outro lado, os fragmentos do caso Lara definem o caso como atípico em meios aos demais, uma vez que não há violência presente no caso e, a rigor, ele não precisaria estar nos fragmentos, pois estaria fora de lugar quanto à violência. Entre os cinco atendimentos que se sucederam, Lara relatou ter tido um grande amor no passado, de quem engravidou de uma menina, mas foi acometida por um aborto e o relacionamento acabou. Segundo seu relato: “*nunca mais fui a mesma desde que essa filha se foi [...] sonhava ter uma filha, eu até tive, mas ela faleceu aos oito meses dentro de mim*”. Pouco tempo depois, casou-se com o pai dos dois filhos, “*mesmo sem sentimento algum*”. Sua parcela de responsabilidade na escolha do parceiro com quem casou foi pontuada no atendimento, sem efeitos.

Com o cumprimento da medida protetiva contra o ex-marido e filho mais velho, que culminou na saída de ambos da casa, os conflitos de Lara com filho mais novo permaneceram com mais intensidade, principalmente quando o filho usava maconha e vendia alguns poucos pertences dele, fato que desorganizava completamente a mãe.

Os filhos se posicionavam do lado do pai, o que para ela não era incômodo, ao contrário, pois uma de suas demandas era que o filho mais jovem fosse morar com o pai, para que pudesse ter sua *“liberdade de volta”*. Iara, que era divorciada e relatava não suportar a presença do ex-marido e dos filhos no mesmo lote, dizia com frequência que *“nunca quis ter esses filhos e muito menos ter casado. Gostava de minha vida livre”*.

Não havia o que denunciar à justiça e, mesmo assim, acionava essa justiça desreguladamente, que atendia à sua vontade. Na verdade, Iara se mostrava como agressora do filho: *“Ele usa droga, vende as coisas dele, eu avanço nele pra machucar mesmo e depois ele vem conversando comigo, me abraçando. Esquece que fala que é culpa minha a vida ser assim. Ele é um vagabundo”*.

O caso Iara ensina que é preciso a adesão do sujeito para haver a tentativa de resgate do seu desejo, caso contrário, sem sujeito não haverá psicanálise, muito menos mudança. Iara não demonstrava abertura subjetiva para as intervenções e isso foi marcado, como forma de intervenção, com o devido manejo. Nada conseguiu elaborar sobre sua responsabilidade: mesmo não querendo se casar com o pai dos filhos, ela o fez por si mesma. Iara continuou acusando os filhos e fazendo uma torção da lei para si. O seu desejo de ter tido uma filha colocava os filhos na posição do impossível de serem amados.⁵

Em reunião com a equipe, a coordenação decidiu encaminhá-la para continuar com o acompanhamento no centro de saúde, uma vez que não se tratava de violência contra a mulher propriamente e a situação não apresentava riscos à integridade de Iara, mesmo tendo a justiça afastado os supostos agressores.

Percebe-se que a dificuldade de estabelecer um laço afetivo com o filho não foi tão incomum entre as mulheres dos casos em voga. Uma convergência entre os casos mostra a queixa das mães, ficando perceptível o fato de não querer engravidar daquele filho (não outro) naquele momento e daquele homem, conforme Gilse, Iara e Ranússia. E, embora as mães se encontrassem emaranhadas em meio a desejos, fantasias e identificações que envolviam o Outro, foi crucial indicar algo sobre o lugar do filho no seu inconsciente materno.

Nos breves fragmentos dos casos, nota-se que as mães, ao narrarem sua história com seu filho, citaram o quão imperativo foi a marca que o desejo de cada uma delas estampou na criança. E algo que se inscreveu na memória, a partir da voz, às vezes devastadora e persecutória aos ouvidos atentos da criança, do adolescente, do filho adulto, todos como sujeitos de um desejo indizível, enquanto a opacidade do gozo mais se deixa surpreender em cenas de violência.

Os filhos, hoje agressores, parecem ter introjetado as marcas que receberam do inconsciente materno e, por uma *“ausência presente”*, a saída possível a eles foi reclamar essa falta pelas vias da violência. E, no cerne do inconsciente, as falhas da mãe sempre têm lugar, chegando até a *“devastação”*, às vezes, quando se trata da filha,

diz Lacan.¹⁵ Isso não implica, em absoluto, o abandono pela mãe ou talvez se devesse falar de um abandono subjetivo.

Ante todo o exposto, fica a questão importante: o que as mães denunciaram? Não é possível concluir apresentando um universal dos casos, mas é razoável aventar que na denúncia contra o filho, pelas vias do inconsciente, demandaram uma lei, que não fosse apenas jurídica, para mediar a relação entre mãe e filho. Denunciaram a maternidade, talvez. E mais, contavam sobre si, como forma de elaboração sobre sua história, talvez uma forma de recordar, repetir e elaborar. E sobre o desejo materno é possível inferir que *“há para cada mãe a possibilidade de inventá-lo em uma análise”*¹ que, mesmo sendo breve, tem abertura subjetiva para isso.

Nesse contexto, a violência de filhos contra as mães emerge como um enigma nas relações familiares, ao mesmo tempo em que revela o segredo da família. Lacan *“aporta algo fundamental ao ligar o tema da família com a língua para explicar racionalmente o segredo da família”*¹⁶ e convoca a Psicanálise para auxiliar os sujeitos a decifrá-lo, mesmo com as resistências de cada um. *“O ponto de partida é que a língua falada por cada um é um assunto de família e que a família no inconsciente é, primordialmente, o lugar onde aprendemos a língua materna.”*¹⁶

O trabalho de atendimento no CERNA/MG permite reconhecer os esforços que podem ser feitos no âmbito da Psicanálise Aplicada, diante das demandas sociais contemporâneas às quais os psicanalistas, ou mesmo psicólogos e outros profissionais que possuem inserção nas instituições públicas, não podem se furtar. Entende-se a importância do atendimento clínico das mães em situação de violência, mesmo que rápido, para que a clínica abra a possibilidade de dialetização, de tradução de um ódio imaginário que devasta mães e filhos, como algo ideal, podendo haver uma aproximação dessas mães com a invenção de um desejo de maternidade não tanto devastador.

Assim, consideráveis mudanças sociais fizeram com que a maternidade, vista como algo natural, fosse interrogada, passando-se a enfatizar a vontade consciente das mulheres sobre a decisão de ter ou não um filho. Porém, é preciso marcar *“o que a psicanálise ensina: não há nenhuma harmonia preestabelecida entre mãe e filho, nem entre um sujeito e o objeto de seu desejo”*.¹⁷ E mesmo que as leis padronizem a maternidade, é essencial que cada mulher conceba a sua própria função do desejo de maternidade que nela reside. Conseqüentemente, para cada mãe a maternidade faz e fará sempre sintoma.

Referências

1. Alvarenga, E. Apresentação. In: Alberti, C; Alvarenga E, editores. Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade. Belo Horizonte: EBP; 2015. p. 05-14.
2. Freud, S. O Mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

3. Kehl MR. Em defesa da família tentacular. In: Groeninga G, Pereira R, editores. Direito de família e psicanálise: rumos a uma nova epistemologia. Rio de Janeiro: Imago; 2003. P. 163-176.
4. Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; c2002 pp. 29-90. Capítulo 2, Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em Psicologia; p. 29-90.
5. Alberti C. Introdução. In: Alberti C, Alvarenga E, editores. Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade. Belo Horizonte: EBP; 2015. p. 15-25.
6. Brousse MH. Forasexo (horsexe) Extensão do circuito da mãe. In: Alberti C, Alvarenga E editores. Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade. Belo Horizonte: EBP; 2015. p. 53-69.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [internet]. Diário Oficial da União. 2006 ago 8. [acesso em 2016 dez 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
8. Rua MG. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. In: Rua MG, Carvalho MIV, editores. O Estudo da Política. Brasília: Paralelo;1998.
9. Caldas H, Machado O, Drummond C, Badari P. A violência e as mulheres na américa latina: observatório #1 da NEL. Revista FAPOL online 2016;1:42-44.
10. Couto SM. Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC; 2005.
11. Miller JA. Efectos terapêuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona. Buenos Aires: Paidós; 2005.
12. Vieira MA. A violência do trauma e seu sujeito. In: Machado O, Derezensky E, editores. A violência: sintoma social da época. Belo Horizonte: Scriptum/EBP; 2013. p. 73-90.
13. Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; c1998. Capítulo 2, A agressividade em psicanálise; p.104-126.
14. Lacadeé P. Adolescência. Trabalho apresentado em: III Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina de MG; 2014 set 3-5; Belo Horizonte, MG.
15. Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, c2003. Capítulo 8, Televisão. Outros escritos; p. 508-543.
16. Miller. JA. Assuntos de famílias no inconsciente. Revista Eletrônica do Núcleo Sephora 2007; 2(4):80-84.
17. Sagna CD. O ventre, materno? In: Alberti C, Alvarenga E, editores. Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade. Belo Horizonte: EBP; 2015. p. 141-160.

Capítulo 7

CONCEPÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE ACERCA DE VALORES CULTURAIS RELATIVOS ÀS RELAÇÕES DE GÊNERO

Wallace Medeiros Xavier
Cristiane Savala Rezende Brandão
Enylida Motta Gonçalves Antunes
Hudson André de Jesus
Laudna Maria Pontes Milhioli
Mariana Carla de Freitas
Marta Maria Alves da Silva
Patrícia Gonzalez
Viviane Nunes Pinto
Elza Machado de Melo

Resumo

Introdução: a violência contra a mulher é um problema social de grandes proporções mundiais e constitui violação dos direitos humanos. Ocorre de várias formas: física, sexual, psicológica, emocional e econômica, sendo mais comum a praticada por um parceiro íntimo. Este estudo está alinhado ao projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Para Elas, Por Elas, Por Nós, uma parceria entre a UFMG e o Ministério da Saúde. **Objetivo:** avaliar a percepção de gestores da área técnica de saúde da mulher, de estados e capitais brasileiras sobre aspectos culturais relativos às relações de sexo e compará-los aos resultados encontrados em pesquisas recentes. **Metodologia:** trata-se de um projeto de natureza quantitativa, de âmbito nacional, que utilizou entrevistas semiestruturadas com gestores da área técnica da saúde da mulher dos estados e capitais brasileiras. Foi realizada análise descritiva, por meio da composição de indicadores da opinião dos gestores sobre as relações de sexo e sua distribuição segundo as regiões do Brasil. **Resultados:** foram entrevistados 93

gestores com idade média de 43,7 anos, em sua maioria mulheres (90,3%), na qual 32,3% se declararam pardos; 59,1% são casados, 96,8% possuem nível superior, 81,7% são pós-graduados e 30,1% são da área de Enfermagem. Quanto ao tempo na função, 70,9% estão no cargo de gestão entre um e três anos e 33,3% ocupam o cargo há mais de três anos. Há ainda opiniões de entrevistados que, mesmo sendo responsáveis pela área de atenção à mulher, incorporam valores relativos às relações de sexo, pautados em desigualdades e em dominação, porém, com prevalências menores do que as encontradas em outras pesquisas. Conclusão: pode-se afirmar que ainda se tem a cultura do machismo enraizada entre os profissionais entrevistados, o que indica a necessidade de criação de políticas públicas voltadas para a quebra desse paradigma.

Palavras-chave: Percepção. Gestores de Saúde. Violência Contra a Mulher.

Introdução

A violência contra a mulher é um problema social de grandes proporções mundiais e constitui uma clara violação dos direitos humanos. Ela pode ser física, sexual, psicológica, emocional e econômica, sendo mais frequentemente praticada pelo parceiro íntimo. Segundo estudo publicado pela ONU,¹ a violência subsiste em todos os países do mundo como um flagelo generalizado, que põe em perigo a vida das mulheres, além de violar seus direitos, empobrecer famílias e comunidades, consumir os recursos dos governos e, conseqüentemente, entravar o desenvolvimento econômico.

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)² sobre a violência exercida por parceiro íntimo que abrangeu 10 países e no qual foram entrevistadas mais de 24.000 mulheres, com idades entre 15 e 49 anos, residentes em áreas rurais e urbanas, revelou que no Brasil 28,9% das mulheres residentes na cidade e 36,9% das mulheres residentes na zona rural já sofreram violência física, sexual ou ambas, em algum momento de suas vidas.

Dados atualizados da OMS³ coletados em mais de 80 países em um estudo conjunto com o *London School of Hygiene* e o *Tropical Medicine and the Medical Research Council* revelam que 35% das mulheres sofreram violência física ou sexual por parte do parceiro ou por terceiros. Em nível mundial, esse percentual é de 30% da população feminina. Tomando-se por base o estudo anteriormente mencionado, pode-se verificar que se se considerar as mulheres que vivem na zona rural, os percentuais de violência no Brasil estão acima dos encontrados na população mundial. Os dados atualizados documentam, ainda, que 38% dos assassinatos de mulheres produzidos no mundo são cometidos pelo seu parceiro e que aproximadamente 20% das mulheres e entre 5 e 10% dos homens afirmam que foram vítimas de violência sexual na infância. O estudo salienta como principais fatores de risco, tanto para os autores como para as vítimas, o baixo nível de escolaridade, a exposição ao maltrato infantil, a experiência de violência

familiar, o uso nocivo do álcool e as atitudes de aceitação da violência. Já os transtornos de personalidade antissocial e a infidelidade foram considerados fatores de risco exclusivo para os que cometem a violência.

Nos últimos 34 anos, período de 1980 a 2013, ano em que foi iniciado o levantamento dos feminicídios, 106.093 mulheres foram assassinadas no Brasil. Na Tabela 7.1 pode-se verificar a evolução desses dados. Observa-se que 54% (57.647) do total ocorreram de 2000 a 2013. Houve reduzida queda no ano de 2007 atribuída à promulgação da Lei Maria da Penha, porém o seu crescimento foi retomando nos anos seguintes, de acordo com os dados apresentados na Figura 7.1.⁴

Tabela 7.1. Homicídios femininos no Brasil de 1980 a 2013 (por 100.000 mulheres)

Período	N.º
1980 a 1989	17.642
1990 a 1999	30.804
1980 a 1999	48.446
2000 a 2009	39.189
2010	4.465
2011	4.512
2012	4.719
2013	4.762
2000 a 2013	57.647
1980 a 2013	106.093

Fonte: mapa da violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil.

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo⁵ em parceria com o SESC mostra uma triste realidade: a cada dois minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente no Brasil, sendo que mais de 2 milhões delas são espancadas por ano no país, 175 mil por mês, quase 6 mil por dia, 243 por hora, quatro a cada minuto e uma a cada 15 segundos. A cada quatro minutos uma mulher é violentada em sua própria casa e 90% dos casos de violência contra a mulher são cometidos por pessoas de seu convívio. Mais de 40% das agressões resultam em lesões corporais graves ou morte. Segundo estudo divulgado pela UNESCO e mencionado na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Doméstica contra as Mulheres,⁶ uma em cada três ou quatro meninas é abusada sexualmente antes de completar 18 anos.

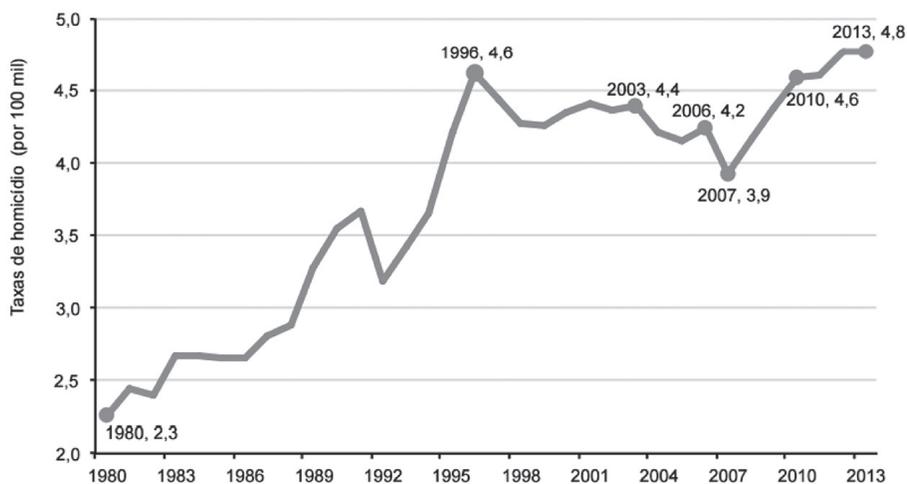


Figura 7.1. Evolução das taxas de homicídio de mulheres (por 100 mil). Brasil. 1980/2013.
 Fonte: mapa da violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil.

Os profissionais que atuam na gestão (gerência, coordenação e referências técnicas) das áreas técnicas da saúde da mulher e na abordagem da violência nos estados e capitais do Brasil são denominados de “gestores de saúde”. Segundo Casanova, Teixeira e Montenegro^{7, p.8}: “A gestão é uma função exercida entre sujeitos, com diferentes graus de saber e de poder, vinculadas a alguma forma de cogestão”. Esses profissionais têm a responsabilidade de propor, organizar e implementar cuidados de saúde à mulher, entre eles o enfrentamento da violência, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.⁸ Estabelecida assim a questão, fica evidente o papel do gestor de saúde no desenvolvimento e organização de serviços com essa finalidade e, conseqüentemente, a importância das suas concepções acerca do tema. O presente texto teve por objetivo estudar concepções dos gestores sobre as relações de sexo, especialmente os valores culturais por eles adotados, que afirmam ou combatem a dominação do homem sobre a mulher.

Metodologia

Trata-se de estudo de natureza quantitativa, de âmbito nacional, cuja metodologia consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com gestores das áreas técnicas de saúde da mulher e/ou similares – sendo, portanto, um estudo censitário. Tais áreas são setores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com a responsabilidade de propor, organizar e implementar cuidados de saúde à mulher, incluindo o enfrentamento da violência. A operacionalização do trabalho de campo foi feita de modo vinculado ao Projeto de Atenção Integral a Saúde da Mulher/Para Elas, Por Elas,

Por Eles, Por Nós, durante cinco seminários que foram promovidos nas macrorregiões brasileiras: Sudeste, Nordeste, Norte, Sul e Centro-Oeste, com sede em Belo Horizonte, Salvador, Palmas, Curitiba e Goiânia, respectivamente. As variáveis utilizadas no estudo estão apresentadas na Tabela 7.2.

Tabela 7.2. Variáveis utilizadas na pesquisa

Identificação	Sexo; idade; região de residência; estado civil; raça/cor.
Formação	Escolaridade; formação acadêmica.
Trabalho	Tipo de instituição; tempo na função; esfera administrativa; vínculo trabalhista.
Concepções acerca de relação de sexo	<ul style="list-style-type: none"> - uma boa esposa obedece a seu marido, mesmo que discorde dele; - os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família; - é importante para o homem mostrar à sua parceira quem é que manda; uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda; - é obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade; - se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir.

Fonte: entrevista semiestruturada.

Os dados das entrevistas foram armazenados no *software* SPSS. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência simples e de frequência acumulada por meio de gráficos de barra. Um indicador de percepção dos gestores – IP – foi elaborado a partir das variáveis “concepções acerca das relações de sexo” e utilizando-se a escala tipo Likert avaliou-se o grau de conformidade para cada resposta dada: (-4) concordo plenamente; (-2) concordo parcialmente; (0) não tenho opinião formada; (2) discordo parcialmente; e (4) discordo plenamente, para as respostas nas quais se esperava que houvesse discordância; (4) concordo plenamente; (2) concordo parcialmente; (0) não tenho opinião formada; (-2) discordo parcialmente; e (-4) discordo plenamente, para as respostas nas quais se esperava que houvesse concordância. O IP assim construído foi analisado segundo as variáveis sociodemográficas, por meio de gráficos do tipo *boxplot*.

O IP foi também classificado em cinco níveis: muito alto (21 a 24); alto (18 a 21); moderado (15 a 18); baixo (12 a 15); e muito baixo (0 a 12 pontos), com limite inferior aberto e superior fechado. A partir desse indicador foram construídos mapas temáticos com a sua distribuição segundo a macrorregião de pertencimento dos gestores e realizada uma análise comparativa entre os dados encontrados e a pesquisa feita por Garcia.⁹ Além disso, o IP foi ainda classificado em alto, médio e baixo (percentis 33 e 66) para comparação com as taxas de homicídio feminino (por 100 mil), na população total, Brasil 2009-2011, por meio de confecção e sobreposição de mapas temáticos, segundo as macrorregiões brasileiras.

Resultados

A pesquisa foi realizada com 93 entrevistados que atuavam na gestão dos serviços de saúde dos estados e capitais brasileiras durante o período de fevereiro de 2013 a abril de 2014. O perfil dos entrevistados é mostrado na Tabela 7.3.

Tabela 7.3. Características sociodemográficas dos gestores

Descrição	N	%
Faixa Etária (anos)		
20 a 49	59	63,4
50 ou mais	28	30,1
Não informaram	6	6,5
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>
Sexo		
Masculino	9	9,7
Feminino	84	90,3
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>
Cor/Raça		
Amarela	1	1,1
Branca	41	44,1
Indígena	1	1,1
Parda	30	32,3
Preta	10	10,7
Não informaram	10	10,7
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>
Estado Civil		
Casado (a) / Possuem companheira (o)	55	59,1
Solteira (o)	22	23,7

Continua...

... continuação

Tabela 7.3. Características sociodemográficas dos gestores

Descrição	N	%
Estado Civil		
Divorciada (o)	15	16,1
Viúva (o)	1	1,1
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>
Grau de Instrução		
Superior	14	15,1
Pós-graduação	76	81,7
Não informaram	3	3,2
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>
Formação acadêmica		
Enfermagem	28	30,1
Medicina	12	12,9
Serviço Social	16	17,2
Outros	18	19,4
Não responderam	19	20,4
<i>Total</i>	<i>93</i>	<i>100</i>
Carga horária semanal na função (horas)		
Até 20	9	9,7
21 a 30	23	24,7
31 a 40	43	46,2

Continua...

... continuação

Tabela 7.3. Características sociodemográficas dos gestores

Descrição	N	%
Carga horária semanal na função (horas)		
> 40	10	10,8
Não informaram	8	8,6
Total	93	100
Outro vínculo de trabalho		
Sim	36	38,7
Não	57	61,3
Total	93	100

Continua...

... continuação

Tabela 7.3. Características sociodemográficas dos gestores

Descrição	N	%
Grau de Instrução (anos)		
< 1	21	22,6
1 a 3	35	37,6
> 3	31	33,3
Não informaram	6	6,5
Total	93	100

Fonte: banco de dados.

As Figuras 7.2, 7.3 e 7.4 apresentam as frequências acumuladas referentes às concepções dos gestores sobre as relações de sexo, para o feminino, para o masculino e para ambos. Verifica-se elevado percentual de gestores do sexo feminino com concepções cujos valores sinalizam relações de sexo mais simétricas e menos dominadoras do que o percentual de gestores do sexo masculino com as mesmas concepções.

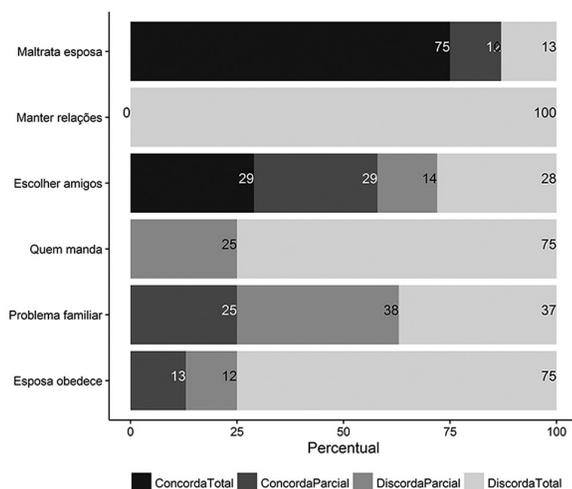


Figura 7.2. Concepções de gestores do sexo feminino acerca de relações de gênero.

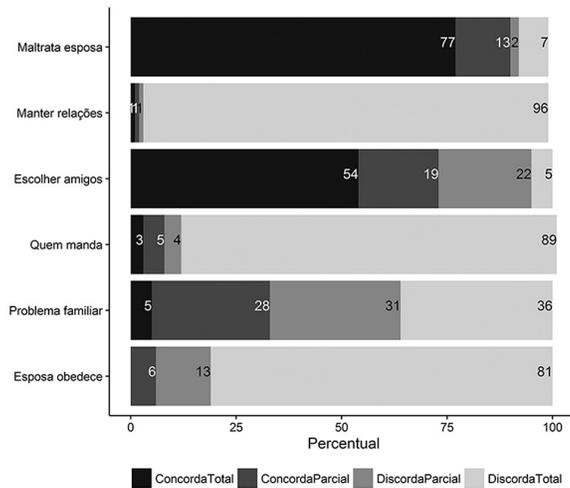


Figura 7.3. Concepções de Gestores do sexo feminino acerca de relações de gênero.

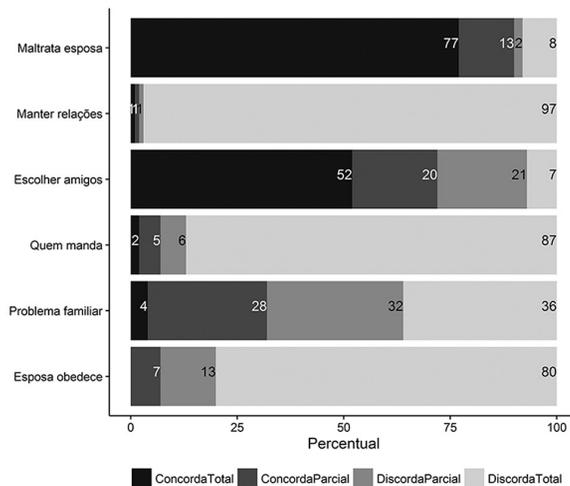
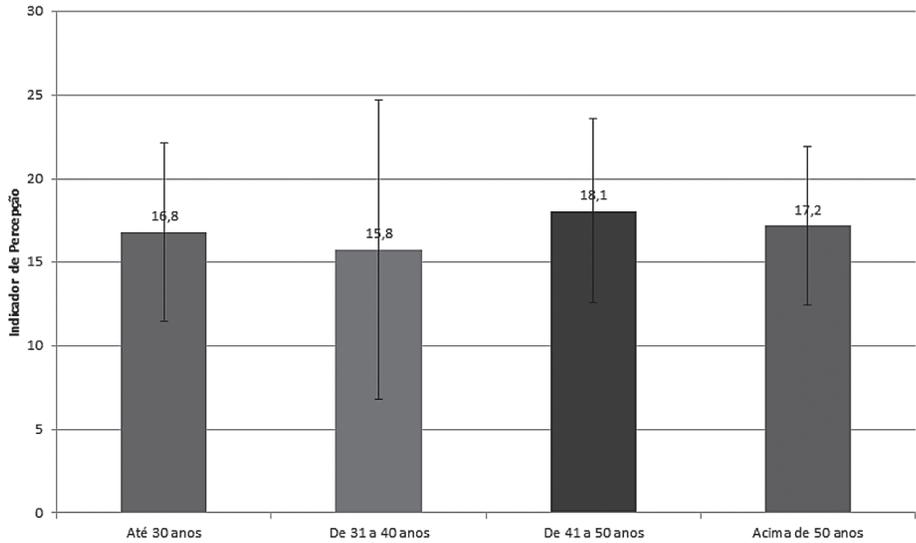


Figura 7.4. Gestores de Ambos os Sexos acerca das relações de gênero.

A Figura 7.5 mostra gráficos do tipo *boxplot*, com a distribuição do IP segundo idade e estado civil. Verifica-se que o IP alcança mediana maior para a faixa de gestores na idade de 41 a 50 em relação às outras faixas etárias e mediana bem maior para os casados e divorciados em relação aos solteiros e viúvos.

A – IP por idade: até 30 anos; 31 a 40; 41 a 50; acima de 50 anos.



B – IP por estado civil: casado, solteiro, divorciado, viúvo.

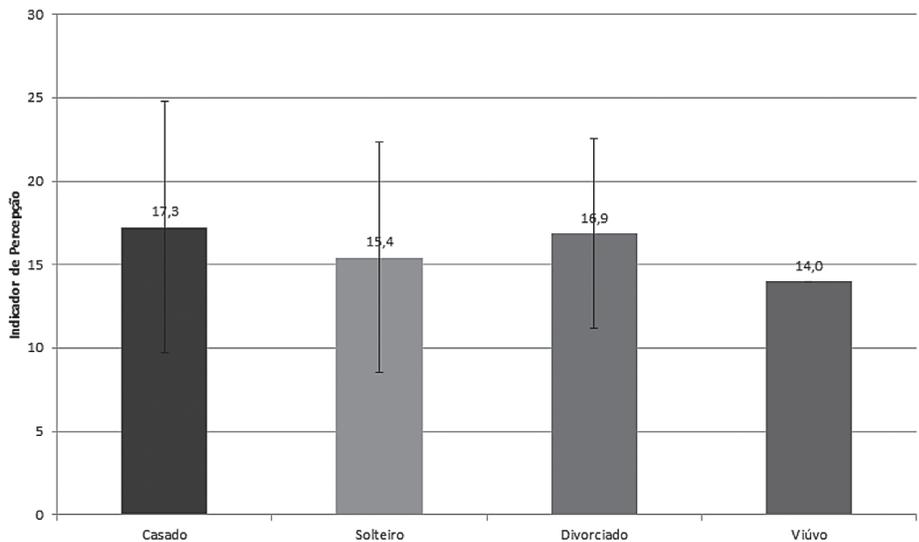
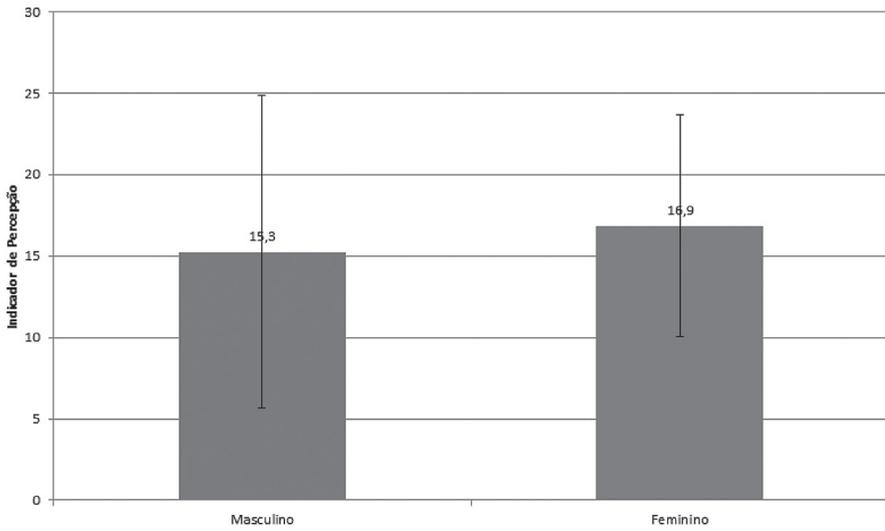


Figura 7.5. Indicador de percepção dos gestores (IP) por idade (A) e por estado civil (B).

A Figura 7.6 exibe gráficos do tipo *boxplot* que analisam o IP segundo sexo, graus de instrução, área de atuação e o tempo no cargo dos entrevistados. Destaca-se que a mediana de IP das gestoras do sexo feminino alcança valor maior do que a do sexo masculino, apresentando resultados mais positivos para as gestoras, o que corrobora a análise anterior.

A - IP segundo sexo: masculino e feminino.



B - IP segundo grau de instrução: graduação e pós-graduação.

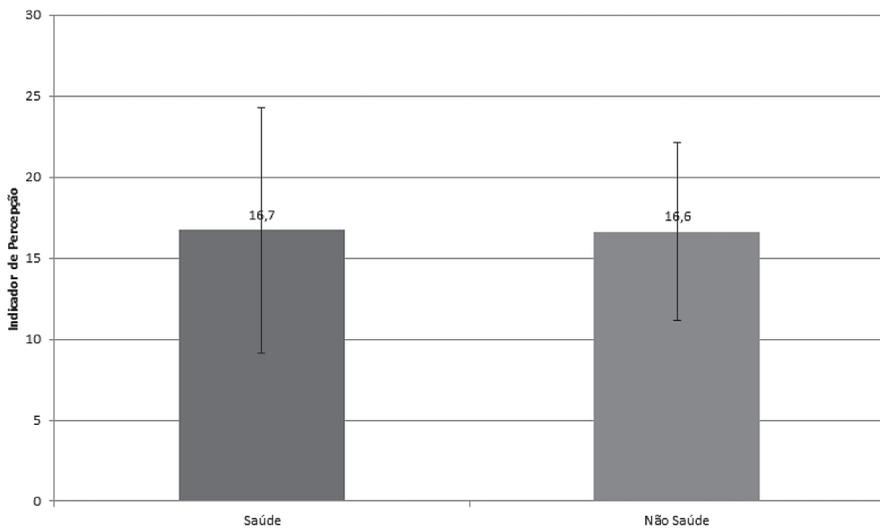
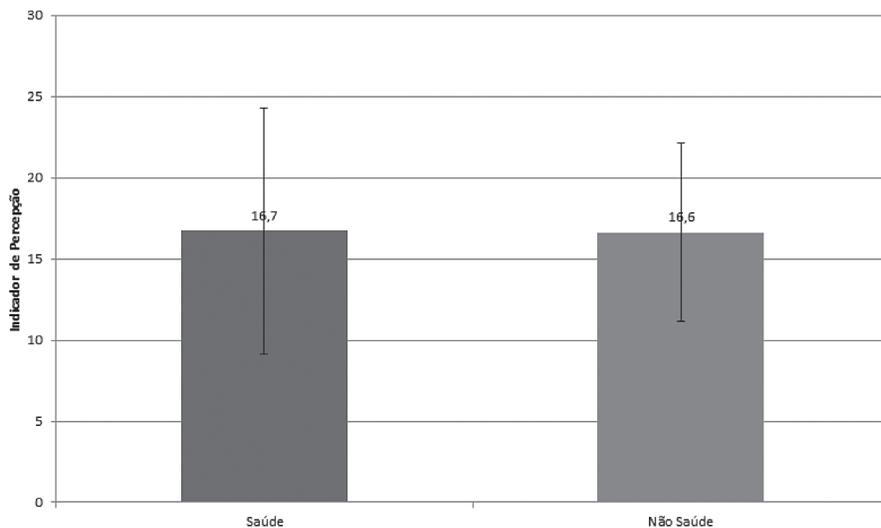


Figura 7.6 A e B. Indicador de percepção seguindo o sexo e grau de instrução.

C – IP segundo área de atuação: saúde e não saúde.



D – IP segundo tempo no cargo: menor de 1 ano; de 1 a 3 anos; mais de 3 anos.

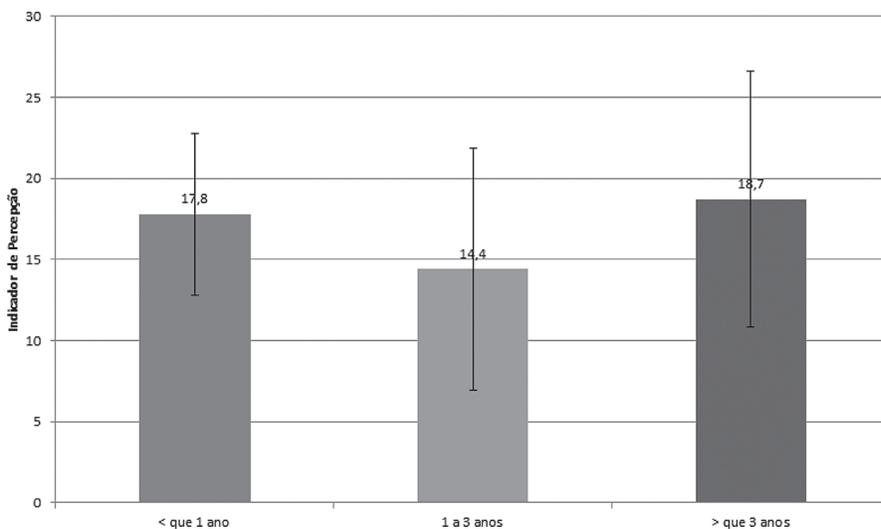


Figura 7.6 C e D. Indicador de percepção segundo área de atuação e o tempo no cargo.

Nas Figuras 7.7 a 7.10, encontram-se mapas temáticos com: A – a distribuição espacial do IP classificado em cinco níveis, segundo a unidade da federação a que pertencem os gestores; B – a distribuição espacial do IP classificado em três níveis, segundo a unidade da federação a que pertencem os gestores; C – a distribuição das taxas de homicídio feminino, por unidade da federação; e D – a sobreposição dos mapas de distribuição do IP (Figura 7.8) e de taxas de homicídios (Figura 7.9).

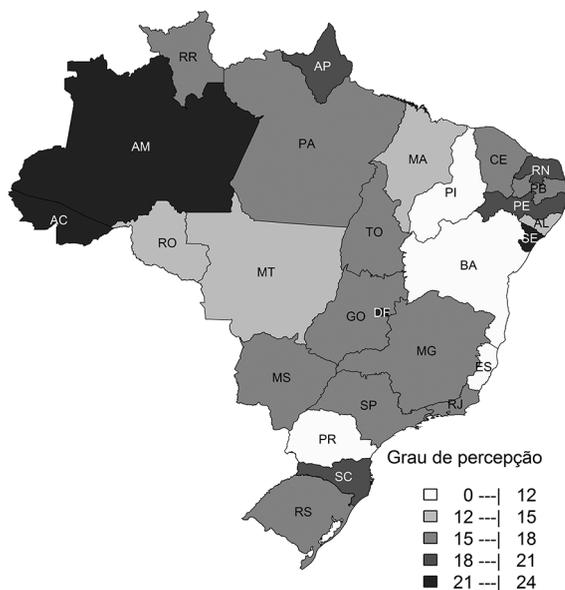


Figura 7.7. Distribuição espacial Indicador de percepção (IP), classificado em 5 níveis.
 Fonte: dados da pesquisa.

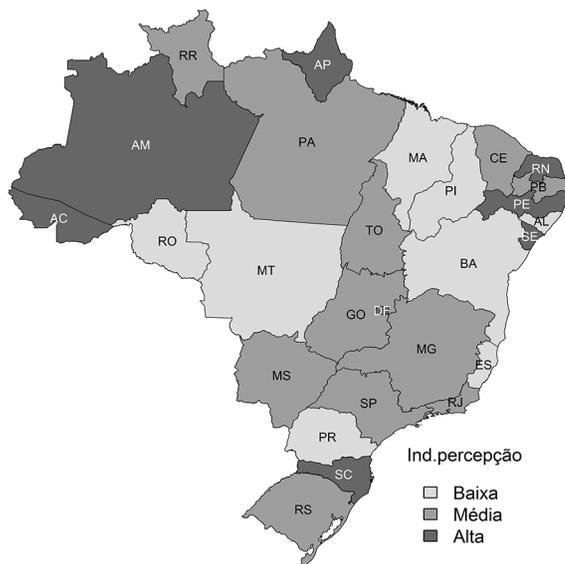


Figura 7.8. Distribuição Espacial do Indicador de Percepção (IP), classificado em 3 níveis.
 Fonte: dados da pesquisa.

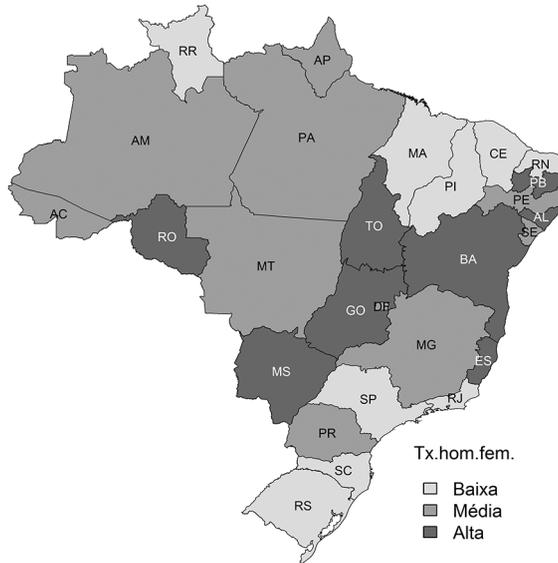


Figura 7.9. Distribuição espacial das taxas de homicídios classificadas em 3 níveis.
 Fonte: banco de dados e mapa da violência 2012/10: atualização homicídios de mulheres no Brasil.

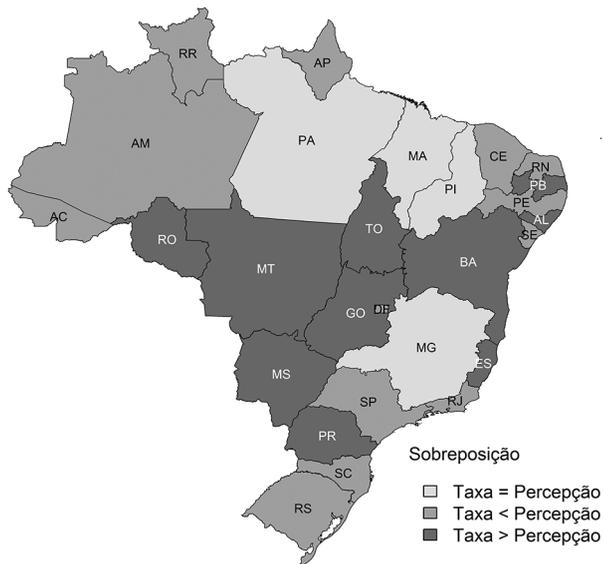


Figura 7.10. Mapa de sobreposição dos mapas de distribuição espacial do IP (Figura 7.8) e de taxas de homicídios (Figura 7.9).
 Fonte: banco de dados e mapa da violência 2012/10: atualização homicídios de mulheres no Brasil.

A distribuição do IP mostra diferentes graus de percepção da violência, tendo os gestores dos estados da Bahia, Espírito Santo, Piauí, Paraná e Maranhão o menor grau de percepção e os dos estados do Acre, Distrito Federal, Sergipe e Amazonas o maior grau (A). Verifica-se sobreposição espacial entre IP e taxas de homicídios femininos em quatro estados – Minas, Piauí, Amazonas e Maranhão –, o que equivale a 15% dos estados. Em 48% das unidades da federação, a classificação da taxa de homicídios femininos foi em categorias inferiores às da percepção da violência contra a mulher. Por outro lado, em 37% dos estados ocorreu o contrário, as classificações da taxa de homicídio feminino foram superiores às da percepção da violência contra a mulher.

Discussão

A Pesquisa Tolerância social à violência contra as mulheres, publicada pelo IPEA/SIPS em março de 2014¹¹ e que foi realizada nos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência do estado do Rio de Janeiro, teve como foco aferir uma “tolerância social” a esse tipo de violência. Na pesquisa Violência Doméstica: o Jovem está Ligado?, publicada pelo Instituto Avon/Data Popular em dezembro de 2014¹² a partir de um levantamento feito com 2.046 jovens de 16 a 24 anos de todas as regiões do país, foram respondidas questões sobre relacionamentos afetivos e virtuais, sexualidade, Lei Maria da Penha, violência nos relacionamentos e *cyber* vingança. Analisando comparativamente os resultados encontrados neste estudo com o dessas pesquisas, pode-se verificar que há uma proporção considerável de cultura machista entre ambos os sexos.

Ao indagar aos gestores sobre “*se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas da família devem intervir?*”, 76,7% dos respondentes concordaram plenamente e somente 7,8% discordaram plenamente, enquanto que os entrevistados pelo IPEA/SIPS tiveram entendimento mais machista, pois 58,4% concordaram totalmente com a afirmação “*em briga de marido e mulher ninguém mete a colher*”.

Quando questionados sobre “*é obrigação da esposa manter relações sexuais com marido mesmo quando não estiver com vontade*”, 96,7% dos gestores discordaram totalmente. Já em pergunta similar, “*a mulher tem que satisfazer o marido na cama mesmo sem vontade*”, realizada na pesquisa do IPEA/SIPS, as respostas foram no mesmo sentido, contudo, em menor proporção, pois 54% disseram que também discordam totalmente.

A pergunta mais significativa, uma vez que obteve resposta positiva à cultura machista nas três pesquisas realizadas, foi: “*uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda?*” Os gestores, na proporção de 70,2%, concordaram total ou parcialmente e somente 27,8% discordaram total ou parcialmente. Já na pesquisa do Instituto Avon e Data Popular, em pergunta bastante similar, 32% das jovens referem que tiveram de excluir algum amigo do *Facebook* a pedido do

parceiro, 48% deles disseram achar errado a mulher sair sozinha com os amigos, sem a companhia do marido, namorado ou “ficante”.

Dos gestores, 87,4% dos gestores discordaram plenamente que *“é importante para o homem mostrar à sua parceira quem é que manda”*. Esses achados são muito diferentes dos encontrados na pesquisa do IPEA/SIPS, na qual somente 24,8% dos entrevistados discordaram totalmente de que *“o homem deve ser a cabeça do lar”*, sendo que 63,8% concordaram total ou parcialmente com a referida afirmativa.

Na pergunta *“os problemas familiares devem ser discutidos com pessoas da família”*, 68,2% dos gestores disseram discordar total ou parcialmente. Em sentido totalmente oposto, na pesquisa realizada pelo IPEA/SIPS, que indagou se *“os casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente pela família”*, 63% dos entrevistados relataram concordar total ou parcialmente.

Na última pergunta analisada, *“uma boa esposa obedece ao marido mesmo que discorde dele”*, 80,2 % dos gestores disseram discordar totalmente. Comparado com os resultados da pesquisa do IPEA/SIPS, que questionou se *“um homem pode gritar e xingar sua mulher”*, 76,4% dos entrevistados declararam discordar totalmente.

De acordo com Nery,¹³ é preciso reconstruir a representação social do masculino e do feminino, levando os gestores a refletir sobre a concepção de sexo que trazem a partir da própria construção histórica e cultural, pois elas contribuem no reforço da cultura patriarcal, naturalizando-a. Os dados demonstraram que os gestores pesquisados no presente estudo, em razão da formação que receberam e, conseqüentemente, da percepção que possuem sobre a posição da mulher na sociedade e sobre a questão da violência, têm um olhar menos estereotipado e distorcido em relação ao machismo, se comparados aos entrevistados das pesquisas que aqui serviram como referência. Em contrapartida, eles mantiveram uma porcentagem mais significativa para a cultura patriarcal, pois apresentaram respostas que geralmente seriam esperadas para o sexo masculino, embora 90,3% dos entrevistados fossem do sexo feminino.

Tavares¹⁴ argumenta que a violência de sexo não está determinada pelas diferenças biológicas entre os homens e as mulheres e que não são os papéis sociais que ambos desempenham que determinam o emprego da violência contra a mulher, mas sim que são papéis impostos, reforçados por culturas patriarcais que estabelecem relações de violência entre os sexos. Com base nessa reflexão fica clara a correlação existente entre cultura patriarcal e violência contra a mulher, ressaltando que essa cultura apresenta resultados significativos neste estudo. Se comparados aos resultados das outras pesquisas de referência, os pesquisados não gestores demonstraram estar ainda mais inseridos na cultura discriminatória da superioridade do homem.

Considerações Finais

Ao comparar os dados encontrados nas pesquisas aqui relacionadas, fica evidente que a percepção dos respondentes sobre as relações de sexo ainda traz as marcas da desigualdade e dominação – portanto, violência –, representadas pela lógica patriarcal arraigada na sociedade, mesmo que em percentuais não majoritários. Não é difícil supor que tal percepção pode influenciar mulheres e homens a perceberem várias situações de violência como situações normais. Esse fato pode ser observado em algumas regiões brasileiras, onde a percepção da violência está muito abaixo dos índices de feminicídios ocorridos durante o período avaliado.

Faz-se urgente e necessária a quebra dos paradigmas da cultura machista e do ciclo vicioso que, de geração em geração, perpetua a violência como uma prática normal e aceitável, pois, como se viu neste estudo, aspectos da cultura do machismo continuam arraigados, inclusive entre as gestoras, que constituem a maioria dos entrevistados. Sabe-se que essa visão se refletirá, de forma direta, nas relações cotidianas e na prática profissional desses indivíduos. Além disso, os gestores e toda a equipe de profissionais que atuam no atendimento às mulheres devem ter o papel de desnaturalizar a violência do homem contra a mulher e desmitificar o convívio em ambientes públicos e/ou privados, onde há dominação patriarcal, e de forma mais contundente as crenças e valores acerca dessa violência. Em outras palavras, encontra-se cultura machista em um lugar onde ela definitivamente não poderia estar.

Os gestores exercem papel fundamental na execução e implementação das políticas de saúde, principalmente na articulação com outros serviços que acolhem e dão segmento às mulheres em situação de violência. Para que isso aconteça, devem ter assegurados na sua prática profissional a devida capacitação voltada para o atendimento desprovido de preconceito, além de recursos financeiros que possibilitem atendimento multidisciplinar e execução financeira efetiva e adequada.

É preciso trabalhar a concepção dos gestores de saúde acerca dos valores culturais relativos às relações de sexo, sensibilizando-os sobre a importância de se combater a discriminação da mulher, de fomentar a igualdade de sexo e de adotar valores culturais mais pacíficos, tornando-os multiplicadores desses valores como cidadãos e no exercício da sua prática profissional, para o efetivo enfrentamento da violência contra a mulher.

Referências

1. Organização das Nações Unidas. In-depth study on all forms of violence against women [Internet]. Organização das Nações Unidas; 2006. [Acesso em 2013 jun 13]. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/violenceagainstwomenstudydoc.pdf>
2. World Health Organization. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. [Internet]. World Health

- Organization; 2010. [Acesso em 2016 dez 8]. Disponível em: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
3. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. [Internet]. Fact sheet N°239 World Health Organization; 2014. [Acesso em 2016 dez 8]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
 4. Waiselfisz J J. Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. [Internet]. Brasília: FLACSO; 2013. [Acesso em 2016 nov 30]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
 5. Venturi G, Recaman M S, Oliveira S. Pesquisa de opinião pública: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. [Internet]. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2010. [Acesso em 2014 jun 25]. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
 6. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da Republica. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011. [Acesso em 2013 out 19]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
 7. Casanova AO, Teixeira M B, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. [Internet]. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(11): 4417-26. [Acesso em 2014 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4417.pdf>
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 9. Garcia LP, Freitas LRS, da Silva GDM, Höfelmann DA. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. [Internet]. Brasília: Ipea; 2013. [Acesso em 2014 dez 20]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf
 10. Waiselfisz, JJ. Mapa da violência 2012: atualização homicídios de mulheres no Brasil. [Internet]. Brasília: Flacso; 2012. [Acesso em 2013 nov 18]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_mulheres.php
 11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Sistema de Indicadores de Percepção Social: Tolerância Social à Violência contra as mulheres. [Internet]. 1.ed. Brasília: Ipea; 2011. [Acesso em 10 de maio de 2014]. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3097/1/Livro_Sistema%20de%20indicadores%20de%20percep%C3%A7%C3%A3o%20social%20\(SIPS\)_1%20ed.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3097/1/Livro_Sistema%20de%20indicadores%20de%20percep%C3%A7%C3%A3o%20social%20(SIPS)_1%20ed.pdf)
 12. Instituto Avon/Data Popular. Pesquisa - Violência Doméstica: o jovem está ligado? [Internet]. [S.l.]; 2014. [Acesso em 2014 dez 20]. Disponível em: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/12/pesquisaAVON-violencia-jovens_versoao02-12-2014.pdf
 13. Nery IS, Ferreira MTA, Canuto MADO, VasconcelosTB. Gênero na percepção das gestoras dos serviços de apoio à mulher vítima de violência no Piauí. [Internet]. Revista FSA. 2014; 9:309-22. [acesso em 2014 nov 5]. Disponível em: <http://189.43.21.151/revista/index.php/fsa/article/view/8/4>
 14. Tavares DMC. Violência contra mulher: um problema de saúde pública. São Paulo Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Departamento de Prática de Saúde, Universidade de São Paulo; 2000.

Capítulo 8

VIOLÊNCIA E RELAÇÕES DE GÊNERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A VISÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cherlen Monteiro Aidano
Camila Duarte Santos Araújo
Cristiana Marina Barros de Souza
Débora Cristina Vieira
Fabrícia Voieta da Silva Teixeira
Filipe da Silva
Flávia Cristina Silva Mendes
Ivanete Aparecida dos Santos Cota
Simone de Mattos Siqueira Gaudio
Elza Machado de Melo

Resumo

O presente estudo analisa percepções de profissionais e usuários na Atenção Primária de Saúde (APS) do município de Ribeirão das Neves/MG, sobre relações de gênero, especificamente o que ambos pensam sobre o papel da mulher na sociedade. A pesquisa foi realizada em todas as 58 unidades básicas de saúde do município; a amostra final de usuários foi calculada com margem de erro de 3,71% com base na população estimada; foram recrutados todos os profissionais presentes. Foi realizada análise descritiva sobre os dados, com distribuição de frequência simples e cruzada. A partir do conjunto de variáveis sobre relações de gênero foram construídos três indicadores - geral, de conceito, de violência física e de violência sexual – para usuários e para profissionais, comparando-os. Resultados: participaram 628 usuários e 300 profissionais. Todos os indicadores dos usuários mostraram resultados melhores – de menos dominação e menos violência - do que os indicadores dos profissionais, no que diz respeito a relações de gênero.

Palavras-chaves: *Violência, Mulher, Atenção Primária em Saúde, Gênero.*

“Nós não vemos as coisas como elas são, vemos-las como nós somos.” Anais Nin.

Introdução

A violência sempre esteve na história da humanidade e, segundo Minayo¹, ela é um fato social, que teve sua origem fundida com a origem da sociedade. Entre suas várias consequências estão o medo e a insegurança que pairam no imaginário das pessoas e aumentam, com crescimento e persistência, o grande número de vítimas, por exemplo, a ocorrência de 475.000 homicídios no mundo no ano de 2012² ou o aumento, no Brasil, de 217,6% de casos a mais de assassinatos de mulheres nas três últimas décadas.³ Assim é que a temática “Violência e Saúde” vem, cada vez mais, ocupando lugar de destaque na pauta de discussões em torno da elaboração de políticas públicas em saúde tanto em âmbito nacional, quanto internacional. A inclusão da violência nas agendas da saúde pública se deve, principalmente, à magnitude desse fenômeno e suas consequências em diferentes âmbitos, físico e psicológico, individual e social, além do comprometimento da qualidade de vida e trabalho e da sobrecarga organizativa e financeira para o Sistema Único de Saúde (SUS).⁴ Uma das formas de enfrentamento da violência é a atuação preventiva na atenção primária, que propõe trabalhar o problema antes que ele aconteça. Além disso, vale ressaltar que a violência e suas consequências devem ser tratadas como um assunto transversal a todas as áreas para que efetivamente sejam alcançados os resultados.⁵

Diante do exposto, justifica-se o presente estudo cujo objetivo é analisar as percepções de profissionais e usuários da atenção primária à saúde (APS) do município de Ribeirão das Neves sobre relações de gênero e o papel da mulher na sociedade, comparando tais percepções entre esses dois grupos.

O município de Ribeirão das Neves, pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte no estado de Minas Gérias, possui população estimada de 319.310 habitantes, sendo mais de 99% residentes em área urbana.⁶ Sua emancipação como município ocorreu em 1953 e, a partir da década de 60, experimenta um ritmo acelerado de expansão urbana como reflexo do crescimento da capital mineira, ou seja, como consequência do processo de metropolização, cabendo-lhe a condição de periferia, que cresce de modo desordenado e improvisado.⁷ As correntes migratórias, que demandavam os empregos ofertados, principalmente no eixo leste/oeste da região metropolitana de Belo Horizonte e, em menor escala, no eixo norte, esbarravam no alto custo dos terrenos, nos postos de emprego, no processo de retenção especulativa, na ausência de oferta de moradias para a população de baixa renda⁸ e, por isso, passaram a se assentar, em sua maioria, em Ribeirão das Neves, tendo por atrativos os baixos preços dos lotes, em geral desprovidos de quaisquer benfeitorias. Outro fator que influenciou negativamente na valorização dos imóveis do município foi a inauguração de um novo

presídio, o segundo já que a penitenciária agrícola já existia desde 1937, seguido ainda por outros, consolidando cada vez mais o estigma de “cidade presídio”.⁸ A falta de base econômica capaz de absorver pelo menos parte dessa força de trabalho no local de assentamento e a falta de recursos públicos para fazer frente à demanda de serviços e infraestrutura decorrentes dessa ocupação acelerada são fatores que desenham um quadro de misérias, carências e exclusão. É um cenário de vulnerabilidade que propicia crescentes índices de violência e de exposição a ela: em 2013, houve 2.376 registros de crimes violentos, homicídios e tentativas de homicídio; sequestro e cárcere privado; roubo; extorsão mediante sequestro; estupro e tentativa de estupro.⁹ Ribeirão das Neves foi classificada como a 48ª cidade brasileira que apresenta a maior taxa de homicídios de jovens de 20 a 24 anos dos 100 municípios com mais de 5.000 jovens no país.¹⁰

O município de Ribeirão das Neves tem se mobilizado para buscar estratégias de enfrentamento à violência, promoção da saúde e cultura de paz. Em 2008, equipes multiprofissionais do município participaram do Curso de Formação de Transferência de Tecnologia ministrado pela equipe do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tendo como uma das suas principais atividades a criação do Núcleo de Promoção da Saúde e Cultura de Paz, instituído por meio da Portaria GAB/ N° 034/2011 de 8 de agosto de 2011.¹¹ Esse núcleo é responsável por fomentar projetos e propor ações que respondam a demandas sobre o referido assunto, tendo o apoio do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz da UFMG.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de estudo transversal de natureza quali-quantitativa, constituído pela realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários de todas as unidades de atenção primária de saúde de Ribeirão das Neves/MG, em julho de 2012. Optou-se por adotar amostra aleatória estratificada com reposição e com repartição proporcional entre os estratos, considerando-se como estratos as cinco regiões sanitárias do município, definidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves. A amostra foi calculada com erro de 3,71% com base na população estimada para o ano de 2012. Quanto aos profissionais, foram recrutados todos os que estavam presentes nas unidades de saúde no momento da pesquisa. Os questionários foram elaborados por alunos e professores do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência que utilizaram subsídios de literatura atualizada sobre o tema e de outros instrumentos válidos e disponíveis, como o Questionário da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica¹² e outros do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e da Pesquisa Nacional de Saúde.¹³ Todas as entrevistas foram realizadas dentro da própria unidade de saúde no horário padrão de funcionamento das unidades.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS (IBM SSPS *Statistics* versão 20). Foram estudadas variáveis demográficas relativas aos participantes

e variáveis relativas às relações/papéis de gênero. Para as segundas foi criado o Índice de Respostas Positivas (IGP), a partir da atribuição de pontos a cada um delas, 1 ou -1, na dependência de se tratar de percepções de igualdade ou de dominação, respectivamente, sobre as relações de gênero (Tabela 8.1). Foi realizada análise descritiva sobre os dados, por meio de distribuição de frequência simples e cruzada; representação via diagrama de caixas ou *boxplot* e gráficos de barras e mapas temáticos com os quatro índices – geral, conceito, violência física, violência sexual – comparando-os segundo se trate de usuários e profissionais e entre as regiões do município.

Tabela 8.1. Perfil dos entrevistados

Índices	Variável	Descrição	Peso em Contribuição	
IRP- Geral	V1	• Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.	-1	
	V2	• Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família.	-1	
	V3	• É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda.	-1	
	V4	• Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda.	1	
	V5	• É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade.	-1	
	V6	• Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir.	1	
	V17	• O homem é mais violento do que a mulher.	-1	
	V7	• Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele.	-1	
	V8	• Ela o desobedece.	-1	
	V9	Em sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se:	• Ela se recusa a manter relações sexuais com ele.	-1
	V10		• Ela pergunta se ele tem outras namoradas.	-1
	V11		• Ele suspeita que ela é infiel.	-1
V12		• Ele descobre que ela tem sido infiel.	-1	

Continua...

... continuação

Tabela 8.1. Perfil dos entrevistados

Índices	Variável	Descrição	Peso em Contribuição
IRP- Geral	V13	Em sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se:	• Ela não quer. 1
	V14		• Ele está bêbado 1
	V15		• Ela está doente 1
	V16		• Ele a maltrata. 1

Este projeto foi aprovado pelo COEP/UFMG-CAAE: 01140812.1.0000.5149.

Resultados

Responderam o questionário 628 usuários e 300 profissionais. A Tabela 8.2 mostra o perfil de usuários e profissionais participantes do estudo.

Tabela 8.2. Distribuição das variáveis sociodemográficas: usuários vs. profissionais

Variáveis		Usuários		Profissionais	
		Freq.	%	Freq.	%
Sexo	Feminino	462	73,6	267	89,0
	Masculino	166	26,4	33	11,0
Faixa Etária (anos)	Adolescentes/Jovens (até 24)	104	16,6	19	6,3
	Adultos (25 a 59)	402	64,0	276	92,0
	Idosos (60 ou mais)	116	18,5	5	1,7
	Branco	6	1,0	0	0,0
Estado Civil	Casado	394	62,7	169	56,3
	Solteiro	234	37,3	131	43,7
Raça/Cor	Afrodscendente	506	80,6	223	74,4
	Branca	119	18,9	75	25,0
	Ausente	3	0,5	2	0,7

Continua...

... continuação

Tabela 8.2. Distribuição das variáveis sociodemográficas: usuários vs. profissionais

Variáveis		Usuários		Profissionais	
		Freq.	%	Freq.	%
Grau de Instrução	Ensino Fundamental Incompleto/Completo	377	60,0	0	0,0
	Ensino Médio Incompleto/Completo	221	35,2	197	65,7
	Ensino Superior Incompleto/Completo	17	2,7	57	19,0
	Pós-Graduação	1	0,2	45	15,0
	Ausente	12	1,9	1	0,3
Região Sanitária	I	148	23,6	74	24,7
	II	122	19,4	54	18,0
	III	148	23,6	70	23,3
	IV	143	22,8	66	22,0
	V	67	10,7	36	12,0

Observa-se que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, tanto entre usuários (73,6%) como entre profissionais (89,0%); adultos (64% dos usuários e 92,0% dos profissionais), casados (56,3% dos profissionais e 62,7% dos usuários) e afro-descendentes (80,6% dos usuários e 74,4% dos profissionais). Entre os usuários, 60% apresentam ensino fundamental incompleto, diferentemente dos profissionais, entre os quais não se encontra esse grau de instrução e a maioria completou ou, pelo menos, iniciou o ensino médio, inclusive porque é um pré-requisito para investidura no cargo ter no mínimo ensino fundamental completo. Observa-se também que a proporção de usuários e profissionais nas cinco regiões é bastante semelhante.

A Figura 8.1 apresenta vários gráficos do tipo *boxplot*, que mostram os resultados da análise do IGP segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, grau de instrução e região sanitária) e segundo as regiões administrativas do município. Em todas as situações observa-se que o comportamento mediano do IRP para usuários é maior e mais heterogêneo do que para os profissionais.

Verifica-se que o IRP tem distribuições muito similares entre usuários masculinos e femininos, mas que os profissionais masculinos têm um pouco mais de indicação de respostas positivas do que os femininos. Em relação à faixa etária, nota-se que o IRP mediano diminui levemente à medida que a idade aumenta, tanto entre os usuários como entre os profissionais. O IRP mediano é muito similar entre os solteiros e

casados, mas essa indicação para os profissionais casados está levemente maior do que a dos profissionais solteiros. Observa-se também que o IRP mediano é levemente maior para os profissionais afro-descendentes em relação aos profissionais brancos; para os usuários, essa distribuição é muito parecida quando separada por raça/cor.

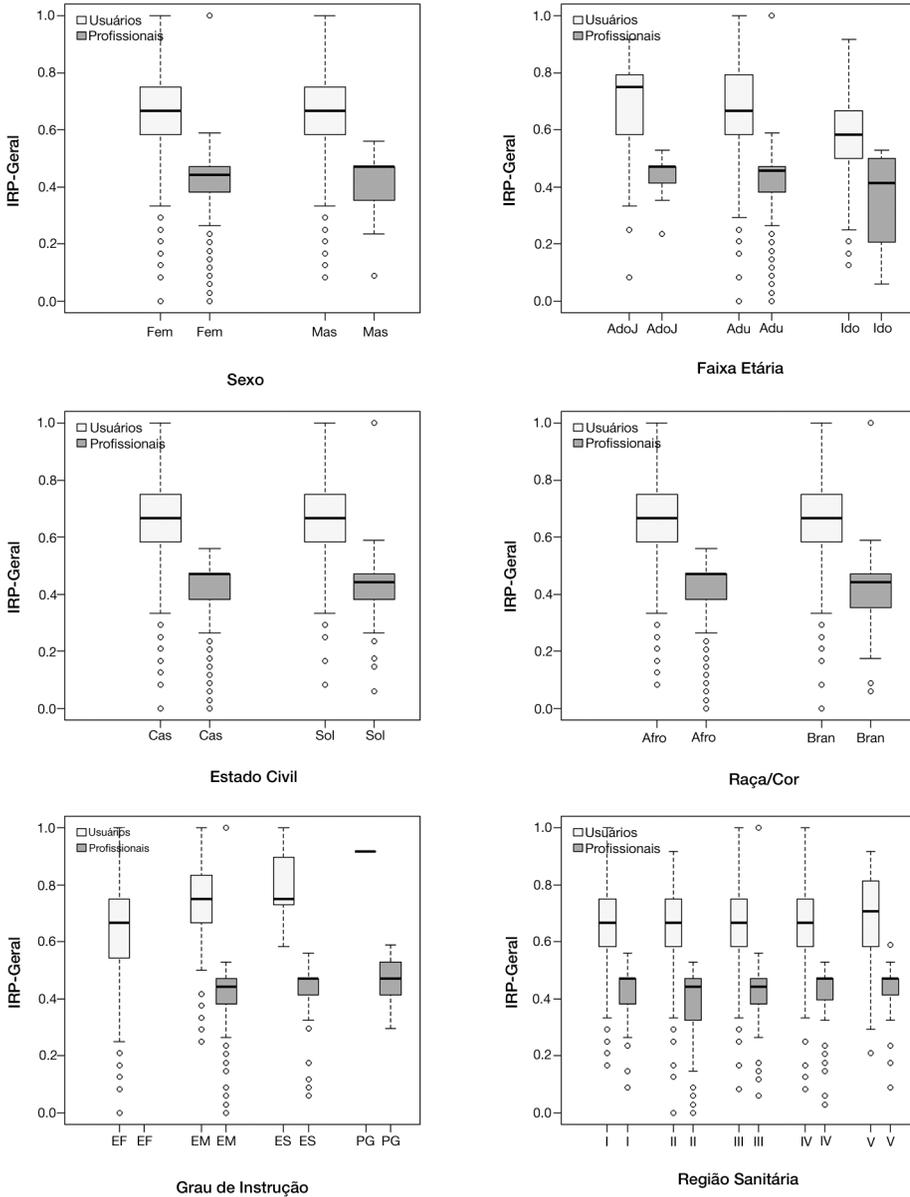


Figura 8.1. Distribuição do índice de respostas positivas dos usuários e profissionais segundo o sexo e faixa etária, estado civil, raça/cor, grau de instrução e segundo as regiões administrativas do município.

Tanto entre os usuários como entre os profissionais, observa-se maior indicação de respostas positivas à medida que a instrução é maior. Finalmente, quando se avaliam as regiões sanitárias, nota-se que entre os usuários o comportamento do indicador de suas respostas positivas é muito similar, exceto na região sanitária V, apresentando IRP mediano maior e mais disperso. Entre os profissionais, a indicação mediana é maior nas regiões sanitárias I, IV e V. Na região sanitária II, o indicador dos profissionais teve mais heterogeneidade.

Discussão

A partir da apresentação dos dados foi possível perceber que na grande maioria das variáveis os usuários demonstraram possuir índices de respostas positivas sobre as questões de gênero melhor do que o índice dos profissionais, ou seja, a percepção que os usuários têm do papel da mulher na sociedade é menos preconceituosa e mais protetiva que a dos profissionais. Tal resultado não seria o esperado, pois a premissa ética que orienta o cuidado é a de que a pessoa que acolhe uma vítima de violência deve estar completamente desvincilhada de preconceitos para realizar um atendimento adequado. A expectativa era que profissionais oscilassem entre a margem de 0,9 e 1,0 em todas as variáveis. Butler¹⁴, Bourdieu¹⁵ e Beauvoir¹⁶ salientam que ser masculino e/ou ser feminino não é uma condição meramente natural, tampouco aleatória, mas uma construção sociocultural que impõe a superioridade de um (masculino) sobre o outro (feminino).

Para Heilborn¹⁷, gênero se conceitua a partir de uma realidade cultural, social e moral constituída, na qual o homem e a mulher têm seus “papéis definidos” a partir de um contexto histórico cultural em que estão inseridos, o que irá determinar o feminino e masculino. A definição de gênero está ancorada em uma realidade que atribui à mulher um papel de subalternidade em relação ao homem. Essa dominação do masculino sobre o feminino projeta-se nas mais variadas estruturas sociais, desde as atividades produtivas, baseadas na divisão sexual do trabalho, até nas atividades reprodutivas. No entanto, elementos de cultura arraigados persistem e se sobrepõem à ética do cuidado.

É possível deduzir que os estereótipos apresentados pelos profissionais irão incidir diretamente sobre a forma como essas mulheres vítimas de violência serão acolhidas nas unidades de saúde. Tal perspectiva é fundamentada pela autora Vilella:

As atitudes inadequadas dos profissionais reproduzem os preconceitos e as posturas sexistas que permeiam as relações sociais entre os sexos e perpetuam as desigualdades entre homens e mulheres. Isso reforça a experiência emocional de vulnerabilidade nas mulheres agredidas, criando um círculo vicioso entre violência interpessoal e violência institucional, e impede que os serviços cumpram a sua vocação de interromper a cadeia de produção de violência.^{18,p.122}

Estes resultados refletem o que Lima e Deslandes¹⁹ comentam em sua pesquisa referentes à organização dos serviços de atendimento à vítima e preparação dos profissionais. Elas informam que foram expressivos os investimentos nos estados e municípios na última década para oferecer acolhimento mais humanizado e uma escuta mais qualificada nos serviços de saúde às mulheres vítimas de violência, porém os serviços não responderam apropriadamente a essa demanda. Certamente porque a capacitação tem resultados melhores apenas quando vinculada a um sistema de referência definido e à garantia de apoio para a mulher identificada²⁰ e ao empoderamento das mulheres²¹ quando pautada na intersetorialidade.^{22,23} Muitas vezes, além do despreparo do profissional, a própria falta de estrutura física adequada impede o profissional de fazer um acolhimento individualizado e apropriado. Os aspectos de conforto, privacidade e resolutividade são referidos como alguns dos pilares da prática do acolhimento realizado nas unidades do SUS.

De acordo com Pedrosa e Spink,²⁴ o desconhecimento acerca do manejo da situação vai se materializando na instituição, inicialmente na ausência de discussão curricular e, posteriormente, na dificuldade de a equipe incluir o tema na investigação e na ausência de um suporte ao profissional.

É certo que as mudanças devam ocorrer não somente na qualificação técnica dos profissionais da área da saúde, mas também na cultura institucional, desafio maior, pois só a partir dessa conquista será possível não só realizar as ações de acolhimento respeitoso e humanizado, como também efetivar as demais estratégias preventivas e outras determinações legais que atualmente estão reprimidas.¹⁹

A OMS²¹ reconhece a atenção primária à saúde como um território de intervenção precoce em casos de violência doméstica, pois os profissionais da saúde que atuam na atenção primária muitas das vezes constituem o primeiro grupo a quem as mulheres relatam acerca da violência vivida. Há evidências que sugerem que um atendimento rotineiro realizado pelo profissional da saúde abordando a temática de violência já é uma ação preventiva e protetiva, sendo indispensável realizar os encaminhamentos necessários para outras intervenções possíveis: uma abordagem preventiva dos casos de violência doméstica realizada pelos profissionais da saúde (médicos da família) no momento do atendimento inicial e a criação de grupos de apoio diminuem os sintomas de depressão das vítimas de violência doméstica.²⁵

A rede Aliança de Prevenção da Violência²³ atua na prevenção da violência e-compartilha abordagens de saúde pública pautadas em evidências científicas, focando nos fatores de risco que motivam a violência, e promove uma interação cooperativa entre vários setores que têm como alvo os fatores de risco que levam à violência e promovem a cooperação multisectorial de acordo com as recomendações preconizadas no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Essa rede defende que a saúde pública é um

espaço rico de informações para investigar e compreender as causas e consequências da violência, bem como desenvolver ações de prevenção primária sobre a temática com outros setores. Apresenta uma abordagem da saúde pública para prevenção da violência em quatro etapas:

- ♦ 1ª etapa – definição do problema: qual é o problema? Definir o problema da violência a partir de coleta de dados sistematizada.
- ♦ 2ª etapa – identificar fatores de risco e proteção: quais são as causas? Realizar uma investigação para descobrir por que a violência acontece e quem ela afeta.
- ♦ 3ª etapa – desenvolver e avaliar as intervenções: verificar quais ações estão sendo positivas para cada público, além de projetar e implementar o que funciona e para qual tipo de público.
- ♦ 4ª etapa – implementação e ampliação: ampliar as intervenções eficazes e implementar programas promissores, avaliando seus efeitos, impactos e custos.

Todas elas visam à segurança de todas as pessoas, tratando de fatores de risco latentes que aumentam a possibilidade de a pessoa se tornar vítima ou agressor.

A OMS²³ relata que intervenções escolares e comunitárias que aconteceram na África do Sul apresentaram respostas positivas a fim de promover a igualdade de gênero e prevenir a violência contra as mulheres de estereótipos culturais e outras normas de que homens têm poder e controle sobre as mulheres. Ressalta-se que não é um trabalho fácil, uma vez que promover a igualdade entre os sexos é uma parte crítica de prevenção da violência.

Fato é que uma nova violência pode ocorrer se o profissional, no qual se sustenta essa na linha de frente para receber e apoiar a mulher, não estiver desvincilhado de preconceitos socialmente construídos, indo na contramão de um serviço acolhedor e humanizado.

Considerações Finais

Ao final deste trabalho foi possível observar que em Ribeirão das Neves a violência de gênero é sem dúvida um problema comum a todos, independentemente de classe social, raça/cor, nível de ensino, etnia.

Com os resultados obtidos neste trabalho foi possível analisar algumas concepções de papéis de gênero de usuários e profissionais da atenção primária em saúde. De forma geral, profissionais apresentam maior índice de concepções pautadas na dominação e desigualdade, se comparados com os resultados obtidos pelos usuários. Isso indica a falta de preparo dos profissionais no que diz respeito a essa temática e que cada vez mais o município tem que promover capacitações e outros treinamentos de sua

equipe a fim de oportunizar cada vez mais um atendimento humanizado e adequado para a população, principalmente para as mulheres que foram o objeto deste estudo.

Concluiu-se, assim, que são necessários grandes avanços no que diz respeito às relações de gênero e ao papel da mulher na sociedade livre de preconceitos e discriminações e que a atenção primária em saúde evolua cada vez mais no sentido de se apropriar desse lugar importante de cuidados. Esse lugar é reconhecidamente um ambiente com grande potencial para identificação, intervenção e prevenção da violência contra a mulher.

Nota-se não ser possível mudar as concepções de gênero de uma população isoladamente, a mudança tem que começar dentro de cada um, dia após dia.

Referências

1. Minayo MCS. Violência e educação: impactos e tendências. Revista Pedagógica, Chapecó 2013;15(31):249-268.
2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global status report on violence prevention 2014. 1.Violence – prevention and control. 2.Domestic Violence. 3.Interpersonal Relations. 4. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 156479 3 (NLM classification: HV 6625) http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
3. Brasil. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. Relatório Final: situação da violência contra a mulher no Brasil. Brasília: Senado Federal; 2013.
4. Minayo MCS. Violência; um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da Violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.10-41.
5. WHO. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002
6. Minas Gerais: Ribeirão das Neves [internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2016. [Citado em 25 de out. de 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315460&search=minas-gerais|ribeirao-das-neves|infograficos:-informacoes-completas>
7. Ribeirão das Neves: aspectos históricos [internet]. Ribeirão das Neves: Câmara Municipal. [Citado em 25 de out. de 2014]. Disponível em: http://www.cmrn.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=179&Itemid=112
8. Noronha V, organizadora. Pensando sobre políticas públicas de lazer para juventude em contextos de vulnerabilidade social: contribuições a partir de pesquisa em Ribeirão das Neves. Belo Horizonte (MG): Editora, 2009. p. 43-68.
9. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Defesa Social. Informativo dos Índices de Criminalidade Violenta em Minas Gerais: ano 2013 [internet]. Belo Horizonte: Centro Integrado de Informações de Defesa Social; 2014. [Citado em 25 de out. de 2014]. Disponível em: <http://www.defesasocial.mg.gov.br/images/documentos/Dezembro%202013.pdf>
10. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: homicídios e juventude no Brasil. Atualização 15 a 29 anos [internet]. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude; 2014. p. 88[Citado em 12 dez 2014]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_AtualizacaoHomicidios.pdf

11. UFMG. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS/FM. Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica [internet]. Belo Horizonte (MG), 2012. [Citado em 25 de out. de 2014]. Disponível em: <http://site.medicina.ufmg.br/cpgpspv/>
12. WHO. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against Women; summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família Proesf [internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica. [Citado 25 de out 2014]. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/proesf/>
14. Butler JP. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 2ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
15. Bourdieu PA. Dominação masculina. 7a edição. Trad. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
16. Beauvoir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2015.
17. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça | GPP – GeR: módulo II. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2010.
18. Vilella WV, Vianna LAC, Lima LFP; Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. *Saúde Soc.* 2011;20(1):113-123.
19. Lima CA, Deslandes SF. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s. *Saúde Soc.* 2014;23(3):787-800.
20. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, Gregory A, Howell A, Johnson M, Ramsay J, Rutterford C, Sharp D. Identification and referral to improve safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomized controlled trial. *Lancet.* 2011;378(9805):1788–95.
21. WHO. Violence prevention: the evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
22. Meneses PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc.* 2014;23(3):778-786.
23. Kiss LB, Schraiber LB, D'oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 2007;11(23):485-501.
24. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.* 2011;20(1):124-135.
25. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, Astbury J, Taket A, Gold L, Feder G, Gunn J. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;382(9888):249-58.

SEÇÃO III

ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO

Capítulo 9

CARACTERÍSTICAS DA REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E FATORES QUE INFLUENCIAM SUA IMPLANTAÇÃO, SOB A ÓTICA DOS GESTORES DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER DE ESTADOS E CAPITAIS BRASILEIROS

Miriam Maria Souza

Ricardo Tavares

Luiz Cláudio Diniz Braga

Bruno Hudson Coutinho

Lorena de Oliveira Castro

Fabiana Goulart Rabelo

Adriana Moreira Serafim

Rosemeire Rodrigues de Souza

Victor Hugo de Melo

Elza Machado de Melo

Resumo

A violência contra a mulher, predominantemente doméstica e provocada por parceiro íntimo, é importante problema de saúde pública, reconhecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) desde 1991. Porém, sua abordagem nos serviços de saúde no Brasil ainda está aquém da necessidade. A organização de redes de atenção integral e humanizada vem sendo reconhecida como estratégia decisiva para o enfrentamento das desigualdades de sexo. Descrever o funcionamento da rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência nas macrorregiões brasileiras é o objeto deste estudo. A metodologia consistiu de análise documental e entrevistas semiestruturadas com todos os gestores/gerentes da área técnica da saúde da mulher dos 26 estados brasileiros, suas respectivas capitais e o Distrito Federal. Resultados: responderam o questio-

nário 92 participantes, entre os quais predomina o sexo feminino (90,3%); sobre o funcionamento da rede, entre os gestores de 13 estados (48%), foi encontrado o mínimo de 75% de respostas afirmativas, tanto em relação à previsão de acesso da mulher em situação de violência à atenção primária em saúde como à existência de ações de referência e contrarreferência para a mulher em situação de violência; esse percentual mínimo de 75% de respostas afirmativas foi encontrado entre gestores de 10 estados (37%) relativamente à atenção especializada e à existência de preocupação das autoridades em combater a violência contra a mulher"; entre gestores de 17 estados (70,8%), quanto ao cuidado hospitalar; e, por fim, entre gestores de 16 estados (59%), quanto à previsão de ações de combate à VCM definidas no Plano Municipal de Saúde. Na análise documental foram avaliados 24 Planos Municipais de Saúde e/ou o Plano Plurianual. Em 15 (60%) dos documentos, foram encontradas ações para atenção à mulher em situação de violência, previstas na área da saúde. Em cinco planos de capitais (20%) as questões relacionadas à violência contra a mulher estão previstas em pastas da assistência social ou Secretarias de Governo. Em outros cinco, a questão da violência é abordada de forma geral, estando citada nos objetivos e/ou diretrizes dos Planos Municipais, sem haver, entretanto, direcionamento específico para a abordagem da violência contra a mulher. Concluiu-se que em alguns estados e capitais não há, segundo os gestores, a devida estruturação da rede de atenção e, em algumas capitais, não há previsão nos planos, o que pode comprometer a sustentabilidade da atenção prestada à mulher.

Palavras-chaves: Administração de Serviços de Saúde. Violência Contra a Mulher. Gestão em Saúde.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ classifica como causas externas as mortes por violências, juntamente com as mortes por acidentes. No período de 1980 a 2011, as mortes por causas externas no Brasil tiveram aumento de 28,5%, sendo que, ao levantar os dados por tipo de causa, os homicídios tiveram aumento de 132,1%, seguido dos suicídios com 56,4% de aumento nos últimos 32 anos.²

Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) de 2011-2012 revelam as mortes por causas externas como a terceira causa em crianças de zero a nove anos e a primeira na população de 10 a 39 anos.³ As lesões decorrentes de acidentes e violências, quando não geram a morte, acarretam incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e/ou outras atividades da vida diária da pessoa atingida, impactam diretamente no sistema de saúde e levam a sequelas biopsicossociais, causando repercussões às famílias e a toda a sociedade. Quando se trata de violência doméstica, os dados coletados por meio da ficha de notificação e registrados no Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN NET)-sobre vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, referentes aos anos de 2009 e 2010 em 2.209

municípios da federação, contêm 113.643 notificações válidas, sendo que 33,40% destas notificações foram do sexo masculino e 66,60% do sexo feminino. Em 2011, foram analisadas 107.464 notificações válidas, das quais 32.431 (30,2%) ocorreram entre homens e 75.033 (69,8%) entre mulheres, observando-se aumento de notificações nos casos ocorridos no sexo feminino. Dados do VIVA apuraram que aproximadamente 34.527 (32%) das pessoas atendidas informaram terem sofrido violência de repetição com ocorrência de 20,2% entre os homens e 37,3% entre as mulheres do total notificado. Ao analisar o local de ocorrência, 57,3% ocorreram nas residências, sendo 45,5% no sexo masculino e 62,4% no sexo feminino.

Essa forma de violência, que ocorre dentro do lar, poderia ser considerada como cerne da violência geral na sociedade, uma vez que a convivência cotidiana em ambiente de agressividade propicia a naturalização da violência e a reprodução do modo de agir, assim aprendido para as demais relações.⁴

A violência contra a mulher, predominantemente doméstica e provocada por parceiro íntimo, é importante problema de saúde pública, reconhecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁵ desde 1991. Porém, a abordagem da violência doméstica nos serviços de saúde no Brasil ainda está aquém da necessidade.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tendo como um dos objetivos a organização de redes integradas para a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica.⁶ A organização de redes de atenção integral e humanizada vem sendo reconhecida, nos últimos anos, como estratégia decisiva para o enfrentamento das desigualdades de sexo; por consequência, presenciam-se, no país, a implantação e a ampliação gradual de serviços especializados de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Na realidade, porém, ainda prevalece a desarticulação dos diversos atores e dos espaços que integram essas redes.⁷

Com a finalidade de superar tal situação, foi lançado, em agosto de 2007, o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Trata-se de um acordo firmado entre o governo federal e demais entes da federação (estados e municípios) para o planejamento de ações que visem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, cujos objetivos são organizar redes integradas de atenção, integrar programas e serviços afins, desenvolver programas e ações de prevenção da violência, entre outros.⁸

O objeto de estudo desta pesquisa refere-se à rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência e aos fatores que influenciam sua implantação nas macrorregiões brasileiras, sob a ótica de profissionais que nelas atuam na função de gestores da área técnica de atenção à mulher dos respectivos estados e capitais. Identificar os níveis de atenção existentes, as atividades desenvolvidas, o atendimento e acolhimento

da mulher em situação de violência, relatados por profissionais que estão na gestão do sistema, poderá contribuir para a compreensão dos fatores que facilitam e que dificultam a implantação da rede de atendimento à mulher em situação de violência.

Metodologia

O estudo foi realizado de modo vinculado ao Projeto Para elas. Por elas, Por eles, Por nós/Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência que é executado pela UFMG, com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde.

A metodologia consistiu na associação de dois procedimentos metodológicos, a saber, análise documental e entrevistas semiestruturadas com todos os gestores/gestoras da área técnica da saúde da mulher dos 26 estados brasileiros, suas respectivas capitais e o Distrito Federal, denominados aqui de gestores, que atuam na dimensão do micropoder, articulando a implantação prática das políticas propostas para a área.

A área técnica da saúde da mulher é responsável pelo desenvolvimento das ações relacionadas à saúde das mulheres, seguindo princípios e diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, desenvolvendo suas atividades em articulação com as outras áreas da Atenção Primária. É responsável pela assistência ao pré-natal, promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, redução da mortalidade materna, redução de cesarianas desnecessárias, assistência ao climatério, enfrentamento da violência contra a mulher, assistência às mulheres negras e população de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT).⁹

No organograma da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), pasta do Ministério da Saúde, a Área Técnica da Saúde da Mulher é uma coordenação que trabalha no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), denominada Coordenação Geral da Saúde das Mulheres. Nesse setor do Ministério da Saúde há três profissionais que atuam como referência técnica para a abordagem da violência contra a mulher.

A área da saúde da mulher nos estados e municípios, com suas coordenações ou referências técnicas, está incorporada ao setor assistencial dos organogramas de estados e municípios, de forma semelhante ao organograma da SAS. Geralmente possui um responsável pelo setor e uma referência para as questões relacionadas à abordagem da violência contra a mulher; há locais onde a referência para a abordagem da violência está ligada ao setor de vigilância em saúde. Esses profissionais têm a responsabilidade de propor, organizar e implementar cuidados de saúde à mulher, entre eles o enfrentamento da violência, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Os gestores responderam questionário autoaplicável, por ocasião de sua participação nos seminários de suas respectivas macrorregiões, realizados em Belo Horizonte, Salvador, Curitiba, Palmas e Goiânia, organizados no período 2013 a 2014 pelo Projeto

Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós/UFMG em conjunto com o Ministério da Saúde. Em alguns poucos estados e/ou capitais, havia dois gestores com o papel de referência técnica (em razão da rotatividade dos profissionais ou por organização mais desenvolvida da área) – nesse caso, ambos foram convidados. Os questionários foram respondidos pelos participantes imediatamente após a abertura dos seminários e precedendo a realização de todas as demais atividades previstas em sua programação. As passagens e a estadia dos participantes do estudo foram custeadas pelo Ministério da Saúde/OPAS.

O questionário foi elaborado pela equipe do Projeto Para Elas e submetido a testes com alunos do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/UFMG e com profissionais da Rede Pública de Saúde de Belo Horizonte. É composto por blocos correspondentes ao perfil dos profissionais, percepção sobre o papel da mulher, a violência, formas de seu enfrentamento e organização da rede de atenção à mulher em situação de violência em seus respectivos espaços de trabalho. As variáveis utilizadas neste estudo foram relativas ao perfil sociodemográfico dos entrevistados (sexo, raça/cor, idade, grau de instrução, vínculo com o serviço, carga horária de trabalho no vínculo, função ocupada no serviço, tempo na função, atuação em mais de um vínculo) e variáveis relacionadas ao funcionamento e organização da rede de atendimento/enfrentamento (previsão de acesso à atenção primária, ao serviço especializado e ao cuidado hospitalar à mulher em situação de violência; estratégias de referência e contrarreferência; preocupação das autoridades em combater a violência contra as mulheres; e definição de ações de combate à violência contra mulher no Plano Municipal de Saúde e/ou no Plano Plurianual de estados e capitais).

Os dados do questionário foram armazenados em planilha *Excel Office 2007* e migrados para o pacote *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 21, para realização da análise descritiva, a saber: distribuição de frequências das variáveis estudadas, apresentadas em mapas temáticos, segundo as macrorregiões brasileiras.

As variáveis quantitativas, que tinham cinco classes de opção como formato de medida – sempre, quase sempre, parcialmente/às vezes, raramente e nunca –, foram recodificadas em dois níveis: “sim ou respostas consideradas positivas” (que incluíam sempre, quase sempre e parcialmente/às vezes) e “não ou respostas consideradas negativas” (que incluíam raramente e nunca).

A análise documental foi realizada utilizando as diretrizes previstas nas políticas públicas para organização da rede de atenção; os instrumentos de planejamento das capitais, como planos municipais de saúde (PMS), os Planos Plurianuais (PPA), relatórios de gestão e as informações coletadas em *sites* institucionais. Buscaram-se, no *site* da Secretaria de Políticas para Mulheres, as informações a respeito da rede de enfrentamento e de atendimento existente, conforme cadastrado no sistema de informação disponibilizado no *website* da Secretaria.

Segundo informações recebidas em resposta à consulta realizada à Secretaria por meio do *e-mail* “redeatendimento@spm.gov.br”, o cadastro dos serviços da rede especializada, composta por Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM), Casa Abrigo, Centros Especializados de Referência, Vara/Juizados de Violência Doméstica e Núcleos Especializados no Ministério Público e Defensoria, possui atualização semestral, realizada por contato telefônico pela Central do Ligue 180.¹⁰ A Central possui uma equipe exclusiva para essa atualização – Posto de Apoio à Gestão (PAG) –, que leva em torno de três meses para a conclusão dos dados. Esse processo periódico possibilita a alteração do cadastro conforme a inclusão, exclusão ou mudança do tipo de serviço existente. Os serviços novos devem comunicar sua existência à SPM para que sejam incluídos no cadastro.

Os Planos Municipais de Saúde (PMS) das capitais e/ou Plano Plurianual (PPA) foram obtidos via web ou encaminhados pelas áreas técnicas mediante solicitação dos pesquisadores. Foram avaliados documentos de 24 capitais e o Plano Nacional de Saúde, totalizando 13 PMS e 14 PPA.

Foram avaliados os Planos Municipais de Saúde do período de 2010 a 2013 e o Plano Plurianual do mesmo período. Quando não encontrados os planos do período mencionado, utilizou-se para avaliação o PPA do período seguinte, como foram os casos de Belém, de 2014 a 2017, e o PPA do Ministério da Saúde, de 2012 a 2015. Em Florianópolis o PMS foi elaborado para o período 2011-2014. Não foi possível o acesso aos planos de Maceió, Macapá e Rio Branco.

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de gestão elaborado a partir de um diagnóstico situacional, em que são explicitados os compromissos e prioridades da gestão para o quadriênio seguinte. Os objetivos, metas e indicadores previstos nesse instrumento devem ter correlação com o PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que são instrumentos que norteiam a gestão em cada nível de governo.¹¹ As ações e os recursos que viabilizarão o que foi explicitado no Plano Municipal de Saúde, quadrienal, são detalhados nos Planos Anuais de Saúde.

Resultados

Responderam o questionário 92 participantes, entre os quais predomina o sexo feminino (90,3%). A média de idade desses profissionais é de 43,7 anos e 59,1% possuem relação conjugal estabelecida. A Tabela 9.1 mostra o perfil dos entrevistados.

Tabela 9.1. Características sociodemográficas do universo estudado

Descrição		N	%
Faixa etária (anos)	20 a 49	59	63,4
	50 ou mais	28	30,1
	Não informaram	6	6,5
	Total	93	100
Sexo	Masc.	9	9,7
	Fem.	84	90,3
	Total	93	100
Cor/Raça	Amarela	1	1,1
	Branca	41	44,1
	Indígena	1	1,1
	Parda	30	32,3
	Preta	10	10,8
	Não informaram	10	10,8
	Total	93	100,2
Estado Civil	Casada(o) / Possuem companheira(o)	55	59,1
	Solteira(o)	22	23,7
	Divorciada(o)	15	16,1
	Viúva(o)	1	1,1
Total	93	100	
Grau de Instrução	Superior	14	15,1
	Pós-graduação	76	81,7
	Não informaram	3	3,2
	Total	93	100

... continuação

Tabela 9.1. Características sociodemográficas do universo estudado

Descrição		N	%
Formação acadêmica	Enfermagem	28	30,1
	Medicina	12	12,9
	Serviço Social	16	17,2
	Outros	18	19,4
	Não responderam	19	20,4
Total	93	100	
Carga horária Semanal na função (horas)	até 20	9	9,7
	21 a 30	23	24,7
	31 a 40	43	46,2
	> 40	10	10,8
	Não informaram	8	8,6
	Total	93	100
Outro vínculo de trabalho	Sim	36	38,7
	Não	57	61,3
Total	93	100	
Tempo na função (anos)	< 1	21	22,6
	1 a 3	35	37,6
	>3	31	33,3
	Não informaram	6	6,5
	Total	93	100

Fonte: questionários.

Continua...

Os mapas temáticos apresentados nas Figura 9.1 a 9.6 demonstram a distribuição de frequência, segundo os estados (incluindo DF), das seguintes variáveis:

- ♦ previsão de acesso da mulher em situação de violência à atenção primária em saúde (V01);
- ♦ previsão de acesso a serviço especializado à mulher em situação de violência (V02);
- ♦ previsão de acesso da mulher em situação de violência ao cuidado hospitalar (V03);
- ♦ estabelecimento de estratégias de referência e contrarreferência (V04);
- ♦ preocupação das autoridades em combater a violência (V05);
- ♦ definição de ações de combate à violência nos Planos Municipais de Saúde (V06).

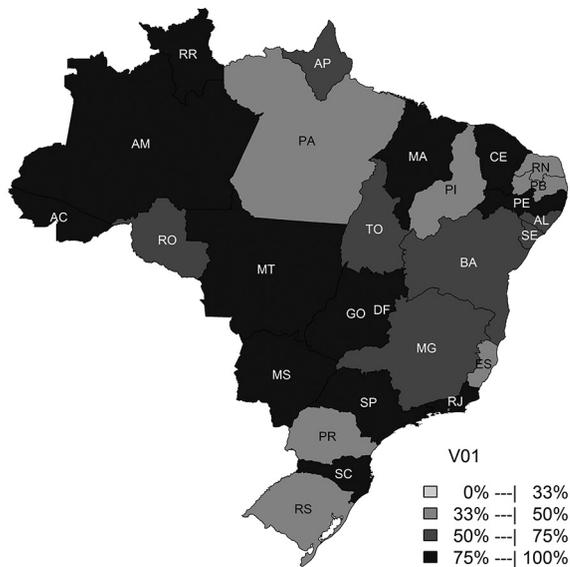


Figura 9.1. Distribuição espacial da previsão de acesso à atenção primária (V1), nos estados brasileiros, segundo relatado pelos profissionais.

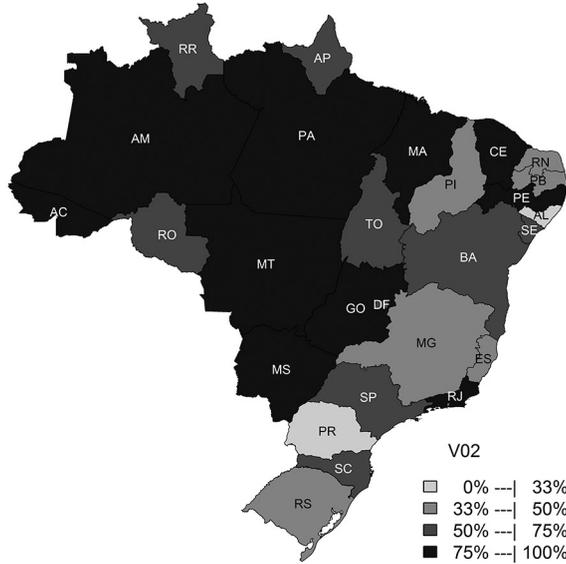


Figura 9.2. Distribuição espacial de previsão de acesso a serviço especializado à mulher em situação de violência (V02), nos estados brasileiros, segundo opinião dos profissionais de cada Estado.

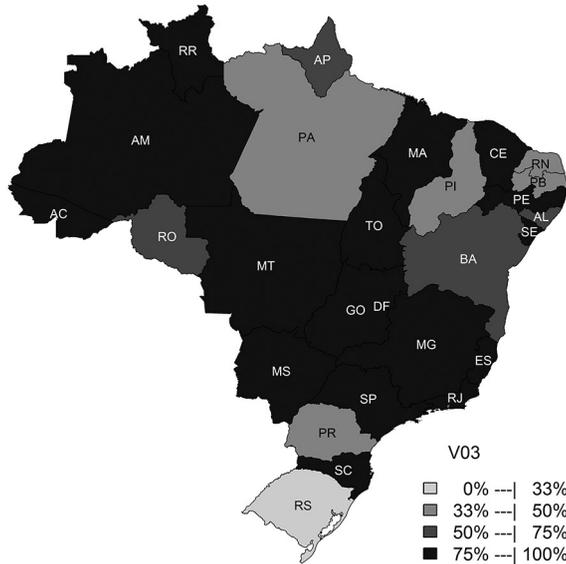


Figura 9.3. Distribuição espacial de previsão de acesso da mulher em situação de violência ao cuidado hospitalar (V03), nos estados brasileiros, segundo opinião de profissionais de cada Estado.

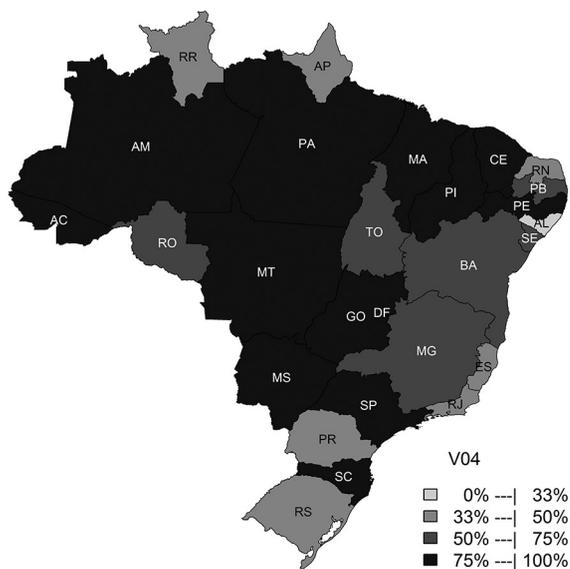


Figura 9.4. Distribuição espacial de estabelecimento de estratégias de referência e contrarreferência(V04), nos estados brasileiros, segundo opinião dos profissionais de cada Estado.

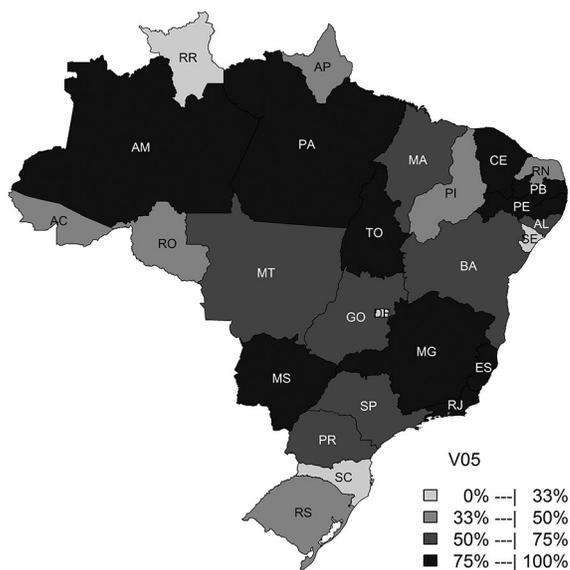


Figura 9.5. Distribuição espacial da preocupação das autoridades em combater a violência (V05), nos estados brasileiros, segundo a opinião dos profissionais de cada Estado.

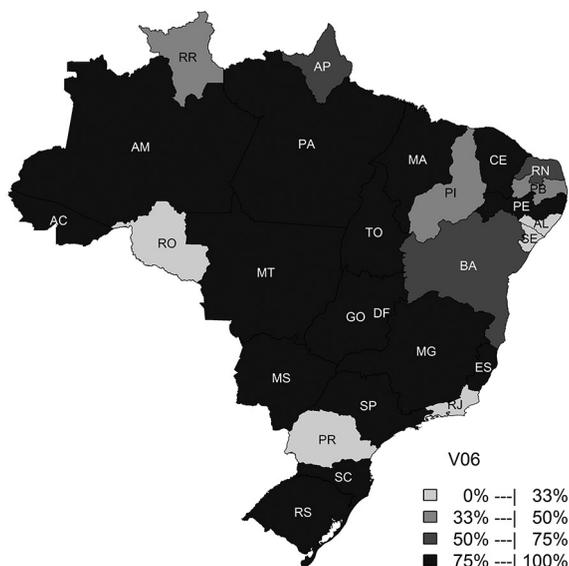


Figura 9.6. Distribuição espacial da definição de ações de combate à violência nos Planos Municipais de Saúde da previsão de acesso a serviço especializado à mulher em situação de violência (V06), nos estados brasileiros, segundo opinião dos profissionais de cada Estado.

Observa-se que, entre gestores de 13 estados/capitais (48%), houve pelo menos 75% de respostas afirmativas em relação à previsão de acesso da mulher em situação de violência à atenção primária em saúde (V01). Apenas entre gestores de dois (7%) estados (Rio Grande do Sul e Alagoas) houve menos de 33% de respostas afirmativas dos gestores referentes à previsão de acesso à atenção especializada (V02). Por outro lado, entre gestores de 10 (37%) dos estados, pelo menos 75% deles responderam afirmativamente a essa variável. Para a questão relacionada à previsão de acesso ao cuidado hospitalar (V03), apenas para os participantes do Rio Grande do Sul (3,7%) o percentual de respostas afirmativas foi inferior a 33%, enquanto para gestores de 17 (70,8%) pelo menos 75% de respostas dos gestores foram afirmativas.

Em relação às ações de referência e contrarreferência para a mulher em situação de violência (V04), entre gestores de 13 dos estados (48%), pelo menos 75% das respostas dos gestores foram afirmativas. Apenas para os gestores do estado do Alagoas (3,7%) houve proporção de resposta afirmativa inferior a 33%.

Quanto à variável “preocupação das autoridades em combater a violência contra a mulher” (V05), entre os gestores de quatro estados (14,8%), as respostas afirmativas tiveram frequência inferior a 33% e de 10 estados (37%) as respostas afirmativas tiveram prevalência de pelo menos 75%.

Com o estabelecimento do pacto, os municípios passaram a inserir, no planejamento, ações relacionadas ao enfrentamento da violência contra a mulher. Segundo

os gestores entrevistados, somente os gestores de cinco estados (18,5%) deram no máximo 33% de respostas afirmativas para a previsão de ações de combate à VCM definidas no Plano Municipal de Saúde, enquanto que em 16 (59%) dos estados, essas respostas alcançaram pelo menos a proporção de 75% dos entrevistados.

Na análise documental foram avaliados os Planos Municipais de Saúde e/ou o Plano Plurianual para verificar a previsão de ações e de recursos, na área da saúde, para o enfrentamento da violência contra a mulher nas capitais bem como o Plano Nacional Anual e Plano Plurianual do Ministério da Saúde. Dos 25 planos avaliados (24 capitais e o Plano Nacional de Saúde), em 15 (60%) documentos foram encontradas ações para atenção à mulher em situação de violência, previstas na área da saúde. Em cinco planos de capitais (20%), as questões relacionadas à violência contra a mulher estão previstas em pastas da assistência social ou Secretarias de Governo. Em outros cinco, a questão da violência é abordada de forma geral, estando citada nos objetivos e/ou diretrizes dos Planos Municipais, sem haver, entretanto, direcionamento específico para a abordagem da violência contra a mulher.

Discussão

Ao avaliar as informações levantadas nos documentos de estados e capitais, cuja resposta afirmativa dos gestores foi inferior a 33% para a previsão de acesso da mulher em situação de violência aos três níveis da atenção, em dois deles não foram encontradas descrições de ações relacionadas à violência contra a mulher previstas no Plano Municipal de Saúde. Em uma capital, as ações previstas são relacionadas à violência de modo geral, sem previsão específica para a violência contra a mulher. Em outro plano avaliado, as ações para o enfrentamento encontravam-se na pasta da assistência social.

Há discrepância entre o discurso dos gestores sobre a previsão de acesso das mulheres em situação de violência à atenção primária em saúde e os planos municipais. Enquanto 75% dos gestores responderam que há previsão de acesso das mulheres à APS, em apenas 10 (34%) dos PMS há previsão de ações para atenção às mulheres em situação de violência. Em três capitais as ações estão previstas em outras áreas e não há qualquer previsão de ações relacionadas à violência contra a mulher nos planos de duas capitais. Em uma das capitais não se teve acesso ao PMS ou ao PPA para análise.

Isso pode indicar um constrangimento do gestor em admitir o não atendimento adequado, na rede de saúde, às mulheres em situação de violência. Outra hipótese seria a ocorrência efetiva do atendimento nas regiões de atuação desses gestores, mesmo não havendo previsão nos planos municipais. Pode-se ainda depreender que se não há previsão de ações específicas relacionadas ao acesso às mulheres em situação de violência nos planos, não serão desenvolvidas ações para o atendimento nos níveis de atenção da saúde, uma vez que a previsão de recursos orçamentários para desenvolvimento das ações em saúde está relacionada ao planejamento previsto nos planos anuais.

Ao analisar os planos, verificou-se que, quando há recursos previstos, eles estão nas pastas da assistência social e Secretarias de Governo. No setor saúde, mesmo tendo ações previstas no PMS e previsão de recursos para implementação das ações, não há detalhamento da destinação dos recursos, estando esses contemplados, de forma mais global, em programas que envolvem diversas ações relacionadas à saúde da mulher ou às ações de vigilância em saúde. O relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) mostra a escassez de recursos destinados para as ações relacionadas à violência contra a mulher no Brasil.⁷ Essa constatação é corroborada pela fala dos gestores, quando citam a “falta de previsão financeira para as ações relacionadas à mulher em situação de violência”.

Uma rede de atenção à saúde deve ser distribuída de acordo com a densidade tecnológica e espacialmente de forma ótima nos territórios, levando em consideração a economia de escala, o grau de escassez de recursos (serviços e profissionais) e o acesso aos diferentes pontos da atenção.¹² Segundo Osis, Duarte e Faúndes,¹³ a atenção básica deve ser a porta de entrada para as mulheres em situação de violência e os serviços precisam atuar de maneira integral e integrada.

O relatório da CPMI realizou levantamento da rede de serviços de atendimento à mulher em situação de violência existente, constatando a divergência de informações sobre essa rede. Destacou o número insuficiente de equipamentos que compõem a rede e a desigualdade na sua distribuição, havendo concentração nas capitais e regiões metropolitanas, fato que poderia explicar os bons números encontrados na presente pesquisa. Os serviços que realizam a interrupção da gestação e/ou a antecipação terapêutica do parto previstos em lei e o atendimento à violência sexual são reduzidos em todo o país, dificultando o acesso e restringindo o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.¹⁴ A CPMI apurou, ainda, que além de existirem poucos serviços de atendimento às vítimas de violência sexual, esses não são do conhecimento dos demais serviços da rede de atendimento, da maioria dos profissionais da área de segurança, tampouco das mulheres.¹⁴

Durante o processo de atuação da CPMI foi destacado como preocupante, pela presidente da comissão, a falta de compreensão dos gestores públicos, municipais e estaduais, sobre o papel da mesma, sua importância para o amadurecimento da aplicação da Lei Maria da Penha e como ela poderia contribuir para a melhoria dos serviços prestados para a atenção à mulher em situação de violência.⁷ A não compreensão do papel da CPMI demonstra que a pauta sobre a violência doméstica não é um assunto de destaque na agenda dos atores políticos que conduzem a gestão pública no Brasil. No estudo de Oshikata, Bedone, Papa, Santos, Pinheiro e Kalies,¹⁵ o uso da informação no atendimento às mulheres em situação de violência sexual com início nas urgências, a importância dos danos psicológicos, o empoderamento da sociedade civil e a sensibilização dos gestores de segurança pública foram considerados aspectos importantes para o atendimento de qualidade.

No estudo Violência contra Mulheres entre usuárias de Serviço Públicos de Saúde da Grande São Paulo, realizado em 19 serviços de saúde da grande São Paulo, entre 2001 e 2002, publicado em 2007, houve uma única menção ao serviço de rede. Nesta única menção, os autores referem que na época da realização da pesquisa “nenhum serviço de saúde das unidades estudadas possuía atendimento específico para a violência contra mulheres ou atividades de sensibilização prévia das equipes de saúde para o problema da violência contra a mulher”.¹⁶

Para o adequado funcionamento de uma rede, não basta a existência dos serviços; é necessário um modo de funcionamento que possibilite a integração assistencial.¹⁷ Segundo as autoras,¹⁷ é bem provável que o modo de funcionamento do conjunto de serviços de atendimento à mulher em situação de violência atue com “vinculações institucionais e tradições assistenciais distintas” de modo “individualizado e distintos entre si. [...] não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar”.¹⁷ Argumentam que para unificar a rede intersetorial é necessário o compartilhamento de intervenções assistenciais entre os serviços, sugerindo que o princípio para essa atuação em rede intersetorial são os direitos humanos e sociais.

*Essa referência de direitos deve reger a prática realizada em todos os serviços de uma rede voltada para prevenir casos de violência e atuar contra sua existência e aceitação. Os direitos humanos e sociais são, nesse sentido, o princípio que rege o modelo de atenção às mulheres em situação de violência e em torno do qual muitas propostas assistenciais podem ser compartilhadas em rede.*¹⁷

Em outro estudo intitulado Atenção Integral à Saúde de mulheres em Situação de Violência de Gênero: uma alternativa para a Atenção em Saúde, publicado em 2009, as autoras sugerem uma série de providências que devem ser tomadas por parte dos serviços de saúde, instituições e órgãos públicos em relação a essa rede. De acordo com o estudo, embora exista uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência, a realidade é que essa rede é fragilizada devido aos baixos vínculos existentes entre instituições, serviços de saúde, profissionais e vítimas. Há potencial para funcionamento, mas desarticulado em ações de integração. Segundo o estudo, há muitos obstáculos para o funcionamento efetivo dessa rede. A hierarquização dos serviços, por exemplo, em níveis primário, secundário e terciário, é uma dificuldade para o atendimento aos casos de violência. A entrada deveria se dar em qualquer nível e a circulação de casos deveria seguir uma hierarquia horizontalizada. Outro problema da rede é a diversidade de denominações que a violência doméstica recebe em cada instituição onde é tratada: “contra a mulher”; “doméstica”; “intrafamiliar”; “sexual”; “de sexo” e, além disso, a diversidade de instituições que tratam a violência: abrigos, centros de referência, delegacias de defesa da mulher, fóruns, organizações não governamentais, procuradorias de assistência judiciária, entre outras.¹⁸

Em cada um desses locais a violência é vista de forma diferenciada dos demais, ou seja, como provocadas por abuso de álcool e drogas, como doença, etc. Também, em

cada um desses locais, o tratamento em relação à violência sofrida pela mulher é dado de forma diferenciada, quando na verdade as ações deveriam estar interligadas e integradas pelos profissionais e instituições envolvidas. Somente dessa maneira se estaria garantindo atendimento integral dentro de um projeto assistencial comum. Assim, a rede assistencial estaria se potencializando para o atendimento à violência contra as mulheres.¹⁸ As autoras citam, também, além do que foi exposto aqui, que a notificação e monitoramento dos casos e ações de promoção e prevenção ainda são relativamente incipientes.¹⁸

Pesquisas detectam a necessidade de avanço na constituição de redes e de capacitação de profissionais, de modo a garantir o cuidado de qualidade, elemento fundamental de apoio e proteção que pode ser decisivo para a mulher na sua iniciativa e persistência de enfrentar a violência sofrida, uma vez que tal percurso não ocorre sem acidentes e dificuldades.^{19,20}

Esses itinerários constituem o que se denomina de rota crítica. São caminhos tanto estimulados quanto dificultados pela qualidade das relações estabelecidas com os apoios que buscam, na medida em que completam o périplo de suas rotas. São trajetórias cumpridas ou interrompidas, de acordo com a qualidade do vínculo e das interações estabelecidas com os serviços e organizações visitados.²¹

A educação permanente dos profissionais de saúde (ótica atual do Ministério da Saúde) abriga a compreensão no âmbito da formação técnica; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social no setor. As abordagens que constituem a formação de uma rede de enfrentamento à violência contra a mulher também precisam ser discutidas, para que os pontos de interseção sejam fortalecidos, contribuindo para um interesse comum.²²

A falta de interesse no enfrentamento à violência contra a mulher por parte da gestão pública (e, em consequência, a falta de recursos financeiros para implementação da rede de atendimento a essas mulheres) pode ser atribuída ao fato de esse tipo de violência ser concebido como um problema estrutural do patriarcado, cuja desigualdade de poder entre homens e mulheres é expressa pela dominação masculina. Essa afirmação seria de fácil constatação se se comparar o número de homens e o número de mulheres que fazem parte do cenário político do país.²²

Para haver mudança na estrutura e investimento financeiro nos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência, faz-se necessário que a abordagem de sexo prevaleça na concepção de rede. Ou seja, a desconstrução da dominação masculina e o reconhecimento de que tanto os homens quanto as mulheres precisam de atenção psicológica e social para transformarem as suas práticas de violência. Seria a reconstrução de feminilidades e de masculinidades e de uma rede de atenção às mulheres vítimas de violência e aos homens autores de violência.²³

Considerações Finais

Pode-se dizer que, apesar dos avanços já conquistados no que diz respeito à atenção às mulheres em situação de violência no Brasil, o estabelecimento de uma rede de atenção à saúde dessas mulheres é um grande desafio para a saúde pública, considerando a complexidade das ações para o atendimento envolvendo os três níveis de atenção à saúde, além da articulação com a assistência social e segurança pública.

É fundamental a construção de espaços que possibilitem diálogo contínuo entre as instituições, os gestores, os profissionais e as vítimas, a fim de afirmar a implantação dessa rede de serviços de forma unificada, horizontal e intersetorial.

Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. [acesso em 13 nov 2013]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: homicídios e Juventude no Brasil [internet]. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude; 2013. [acesso em 16 nov 2013]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2011 e 2012 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 11 dez 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/14/viva-2011-2012-2jun16-isbn-finalissimo.pdf>
4. Dias MB. A Lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. 3ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen [internet]. Washington: OPAS/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002. [acesso em 28 jun 2014]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Moraes J. Violência Doméstica fragmentos de uma caminhada. Brasília: Câmara dos Deputados; 2013.
8. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [internet]. Brasília: Presidência da República; 2010. [acesso em 19 out 2013]. Disponível em: http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2010/PactoNacional_livro.pdf
9. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República; 2011. [acesso em 19 out 2013]. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Politica-Nacional.pdf>

10. Monteiro AC. Dados rede [internet]. Mensagem para: Miriam Maria Souza. 2014 ago 04 [citado em 19 out 2016].
11. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [acesso em 21 jun 2014]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
13. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores profissionais. *Rev. Saud Pub.* 2002; 46(2):351-8.
14. Brasil. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio as Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI). Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público em relação a aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência: relatório final. Brasília: Senado Federal; 2013. [acesso em 02 nov 2013]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&>
15. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(4):701-13.
16. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(3): 359-367.
17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital* 2012;12(3):237-254.
18. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2009;14(4):1037-1050.
19. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista Medicina USP* 2013;92(2):134-140.
20. Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de diez países) [internet]. Organización Panamericana de la Salud – Programa: Mujer, Salud Y Desarrollo. Zeta Servicios Graficos: [lugar desconhecido]; 2000. [acesso em 15 jun 2014]. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDW/rutacritica.pdf>
21. Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2011;15(36):93-108.
22. Massaroli A, Saupe R. Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde [internet]. [acesso em 16 dez 2016]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>
23. Santos CM. Curto –circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento a violência contra mulheres em São Paulo. *Rev. Estud. Fem* 2015; 23(2):577-600.

Capítulo 10

ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mirian Conceição M. de Alcântara
Júlia Guimarães Lopes
Sueli Aparecida Rodrigues da Silva
Lauriza Maria Nunes Pinto
Kélvia de Assunção Ferreira Barros
Clara Marize Carlos
Ana Paula Chaves de Miranda
Gesiene Aparecida Cordeiro Reis
Victor Hugo de Melo

Resumo

Objetivos: descrever a articulação do setor saúde com outros setores e serviços de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. **Métodos:** estudo transversal censitário quantitativo, de âmbito nacional, cuja metodologia consistiu de entrevista estruturada com profissionais de saúde que participaram das oficinas realizadas pelo Projeto Para Elas, Por Elas, Por Nós, em 10 municípios-sede de territórios de cidadania, definidos como prioritários pelo Fórum Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulher, para garantir atenção à mulher do campo, floresta e das águas, em consonância com o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (2007). Os dados foram validados previamente, no período de abril de 2014 a setembro de 2015. Realizou-se análise descritiva com distribuição de frequência simples e cruzada. Foi criado indicador do grau de percepção dos profissionais sobre a articulação (IPA) do setor saúde com os outros setores da rede de atenção, que foi comparado às variáveis independentes analisadas no estudo por meio de diagramas em caixa “boxplot”. **Resultados:** participaram do estudo todos os

profissionais pertencentes à rede de atendimento à mulher em situação de violência dos municípios presentes nas oficinas do Projeto Para Elas (n=438). Verificou-se predomínio de participantes do sexo feminino (82,4%), com idade média de 36,74 anos e mediana de 34,0 anos. A maioria (36,7%) possui graduação ou pós-graduação (41,4%). Quanto à articulação da rede, verificou-se que grande parte dos profissionais não conhece os setores que atuam na abordagem da mulher em situação de violência; o indicador de percepção de articulação do setor saúde é baixo em todas as regiões, com leve vantagem da região Nordeste, seguida pela região Norte; o indicador é também levemente maior para profissionais na faixa etária de até 30 anos e entre profissionais com curso superior completo. Conclusão: o cuidado das mulheres em situação de violência e também a rede são fragmentados, o que se associa ao desconhecimento dos profissionais sobre o funcionamento e estrutura da rede de atenção.

Palavras-chave: Serviços de Saúde da Mulher. Violência contra a mulher. Assistência Integral a Saúde.

Introdução

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo e atinge mulheres dentro e fora da família, podendo causar danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e óbitos.¹ Para enfrentar esse tipo de violência, a principal estratégia é o trabalho em rede, que pressupõe o diálogo e a negociação entre os diversos atores - profissionais, serviços, setores e organizações sociais -, a fim de se planejarem ações que permitam organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência.²

Frequências da violência contra as mulheres têm sido bem documentadas. Porém, a literatura disponível apresenta poucos estudos sobre o fenômeno da violência contra mulher do campo e da floresta, entre os quais são abordadas mais frequentemente as discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, entre outras.³ Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2007),⁴ essas mulheres possuem as condições de saúde determinadas, entre outras especificidades, pelas situações de violência, tornando-as mais vulneráveis às enfermidades.

A atenção primária é, reconhecidamente, no Brasil e no mundo, decisiva para organização do sistema de saúde e tem como funções o acesso (porta de entrada), a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do sistema.⁵ Mesmo tendo por referência tais diretrizes, a rede de atenção existente ainda é organizada segundo parâmetros de hierarquização do cuidado segundo diferentes níveis de complexidade, o que acaba por desqualificar a atenção primária e manter a fragmentação do cuidado. Por isso, discussões importantes têm destacado a necessidade de superação dessa concepção ainda verticalizada de rede, para dar lugar à transversalidade, com real importância da APS na execução de todas aquelas funções. Isso vale para a organização

do sistema de saúde em geral⁶ e, conseqüentemente, para a organização dos serviços voltados para o exercício dos direitos das mulheres, como proposto pela Secretaria de Política para Mulheres – SPM.⁷

Assim é que se propõem hoje as Redes de Atenção à Saúde (RASs), essenciais no desenvolvimento de estratégias de organização da atenção integral e que correspondem a conjuntos de serviços com missões e objetivos comuns que se articulam de modo cooperativo e interdependente, para oferecer atenção contínua e integral a determinada população.⁸ O lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consolida a necessidade de redes assim articuladas voltadas para a atenção à mulher.⁹

Este estudo objetiva identificar, por meio da opinião e visão dos profissionais de saúde, a articulação da rede, nos seus respectivos municípios.

Pacientes e Métodos

Trata-se de estudo transversal exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, que tem por base metodológica a realização de entrevistas semiestruturadas, no período de maio de 2013 a junho de 2014, com utilização de questionários autoaplicáveis para gestores profissionais participantes das Oficinas do Projeto Para Elas, Por Eles Por Nós, em 10 municípios brasileiros. Esses municípios foram definidos como sedes de territórios da cidadania, selecionados como prioritários para abordagem da mulher do campo e floresta e das águas, previamente selecionados pelo Fórum Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher e pelo Ministério da Saúde. São eles: **Posse**, em estado de Goiás; **Irecê**, no estado da Bahia; **Quixadá**, no estado do Ceará; **Santana do Matos**, no estado do Rio Grande do Norte; **Igarapé Miri**, no estado do Pará; **Cruzeiro do Sul**, no estado do Acre; **Augustinópolis**, no estado de Tocantins; **São Mateus**, no estado do Espírito Santo; **Registro**, no estado de São Paulo; e **São Lourenço do Sul**, no estado do Rio Grande do Sul. Foram convidados para as oficinas profissionais da saúde, da segurança pública, da educação, da assistência social, de órgãos governamentais, além de representantes dos movimentos sociais, envolvidos – ou que deveriam estar envolvidos – na atenção à mulher em situação de violência. Durante esses seminários os participantes foram convidados a responder ao questionário, em um momento especialmente dedicado para essa finalidade. Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi elaborado pela equipe do projeto e testado com mestrandos de Promoção da Saúde e Prevenção da Saúde, envolvidos em outros grupos de pesquisa, tendo sido já utilizado anteriormente com os participantes dos seminários macrorregionais. Os questionários foram revisados e digitados duplamente por pessoas diferentes. Para o presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis: dados pessoais e

demográficos dos participantes (idade, sexo, raça, estado civil); escolaridade (grau de instrução e formação acadêmica); trabalho (esfera administrativa, função atual, tempo de trabalho); visão, conhecimento e conduta dos profissionais acerca da rede de atenção e enfrentamento da violência nas questões; acesso à rede de assistência; articulação na rede de assistência. Os dados foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se o *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 16.0.

Foi feita análise descritiva, com distribuição de frequência simples, construção de indicador de percepção dos profissionais sobre a articulação do setor saúde (indicador de articulação da saúde) com outros setores e construção de gráficos do tipo *boxplot*.

Indicador de Articulação da Saúde:
$$IAS = \sum_{i=1}^7 x_i$$

O indicador foi construído atribuindo-se pontos (1 ou -1) às seguintes variáveis:

Indicador	Variáveis (X _i)	
Articulação setor saúde	X ₁	Delegacia para Mulheres
	X ₂	Serviços de Assistência Social
	X ₃	Entidade de Proteção à Mulher
	X ₄	Direitos Humanos
	X ₅	Movimento Feminista
	X ₆	Secretaria da Justiça
	X ₇	Defesa Social

Por fim, o indicador foi padronizado para assumir os valores entre zero e um.

Resultados

Foram respondidos 473 questionários, tendo sido excluídos 35 (7,39%) deles por motivos diversos: alguns estavam em branco; outros apresentavam taxa de respostas inferior a 70%; alguns respondentes eram estudantes não vinculados à área da saúde; alguns não apresentavam identificação do respondente; outros não continham o TCLE preenchido; alguns questionários duplicados – neste caso, era mantido o mais antigo. Assim, para a presente análise, trabalhou-se com 438 questionários válidos.

A Tabela 10.1 mostra o perfil dos entrevistados, verificando-se o predomínio do sexo feminino (82,4%), faixa etária de 20 a 40 anos de idade, de cor parda (44,1%).

Tabela 10.1. Perfil dos entrevistados

Características sociodemográficas		N	%
Faixa etária (anos)	Até 30	136	31,1
	31 a 40	132	30,1
	41 a 50	70	16,0
	Acima de 51	39	8,9
	Não informaram	61	13,9
Sexo	Masculino	71	16,2
	Feminino	368	82,4
	Não informaram	6	1,4
Cor / Raça	Preta	29	6,7
	Branca	162	37,0
	Amarela	6	1,4
	Parda	193	44,1
	Indígena	1	0,2
	Não informaram	46	10,5
Estado Civil	Casado (a) ^a	237	54,1
	Solteiro (a) ^b	200	45,7
	Não informaram	1	0,2
Grau de instrução	Ensino fundamental	2	0,4
	Ensino Médio	83	18,9
	Graduação	164	36,7
	Pós-Graduação	185	41,4
	Não informaram	4,0	0,9

Continua...

... continuação

Tabela 10.1. Perfil dos entrevistados

Características do trabalho		N	%
	Enfermagem	163	37,2
	Serviço Social	41	9,4
Formação acadêmica	Medicina	17	3,9
	Psicologia	17	3,9
	Graduando	16	3,7
	Outros	96	21,9
	Atenção Primária	156	34,9
Níveis de atenção	Atenção Secundária	41	9,2
	Atenção Terciária	18	4,0
	Gestão	139	31,1
	Não informaram	62	13,9
	Federal	8	1,8
Esfera administrativa	Estadual	33	7,5
	Municipal	369	84,2
	Filantrópica	5	1,1
	Privada	3	0,7
	Outra	6	1,4
	Não informaram	7	1,6
	< de 1	111	25,3
Tempo na função (anos)	1 a 3	117	26,7
	>3	161	36,8
	Não informaram	48	11,0
	Total	438	100,0

^a Casado: possui companheiro(a); ^b Solteiro: inclui divorciado(a)/separado(a), viúvo(a).
Fonte: dados compilados pelos autores.

A Tabela 10.2 mostra a opinião dos profissionais sobre a articulação do setor saúde com outros pontos da rede de atenção. Quando se avalia a articulação da rede entre si, na visão da metade dos participantes do estudo (53,5%), a Secretaria de Assistência Social é considerada um dos setores com o qual o setor saúde mais se articula. O segundo é a Delegacia para Mulheres, sendo considerada por 23,1% dos participantes. Para 17,9% dos participantes, o terceiro setor com o qual a saúde mais se articula são as entidades de proteção à mulher. Os movimentos feministas (69,7%), seguidos pela Secretaria de Direitos Humanos (67,5%), Secretaria de Defesa Social (64,2%) e Secretaria de Justiça (62,5%) foram considerados, pelos participantes, setores que menos são articulados pelo setor saúde. Importante destacar que 15,7% dos enfermeiros, 28,3% dos assistentes sociais e mais da metade (58,8%) dos médicos desconhecem tal informação e quase 1/3 dos graduandos (31,3%) não soube informar com quais serviços/setores a saúde se articula.

A Figura 10.1 apresenta gráficos do tipo *boxplot*, no qual se mostra a distribuição do indicador de articulação da saúde segundo as regiões, formação acadêmica, grau de instrução e faixa etária. Em geral, verifica-se baixo indicador de percepção de articulação do setor saúde em todas as regiões, com leve vantagem da região Nordeste, seguida pela região Norte. A região Sul mostra desempenho negativo de percepção. Os profissionais até 30 anos tiveram o indicador de percepção de articulação levemente superior às outras faixas etárias. Os profissionais de 41 a 50 anos são os mais heterogêneos em sua percepção. Verificou-se também que os participantes graduados tiveram mais indicativo de percepção de articulação do setor saúde. Tantos graduados e pós-graduados tiveram mais dispersão nas percepções.

Tabela 10.2. Conhecimento dos profissionais dos 10 seminários acerca da articulação do setor saúde com outros serviços da rede de enfrentamento da violência contra a mulher

Articulação setor saúde com outros setores da rede	Enfermeiros		Assistente Social		Psicólogos		Médicos		Graduandos		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	163	37,2	41	9,4	17	3,9	17	3,9	16	3,7	96	21,9	350	79,9
Delegacia para mulheres														
Sim	37	23,3	11	28,3	4	23,5	3	17,6	10	62,5	19	22,1	84	25,1
Não	97	61,0	17	43,6	7	41,2	4	23,5	1	6,3	39	45,3	165	49,4
Não sei	25	15,7	11	28,3	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	85	25,4
Serviço de Assistência social														
Sim	110	69,2	20	51,3	11	64,7	3	17,6	10	62,5	39	45,3	224	53,5
Não	24	15,1	8	20,5	0	0	4	23,5	1	6,3	19	22,1	77	18,4
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Entidade de proteção à mulher														
Sim	32	20,1	8	20,5	2	11,8	2	11,8	5	31,2	18	20,9	75	17,9
Não	102	64,2	20	51,3	9	52,9	5	29,4	6	37,5	40	46,5	226	53,9
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2

Continua...

... continuação

Tabela 10.2. Conhecimento dos profissionais dos 10 seminários acerca da articulação do setor saúde com outros serviços da rede de enfrentamento da violência contra a mulher

Articulação setor saúde com outros setores da rede	Enfermeiros		Assistente Social		Psicólogos		Médicos		Graduandos		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	163	37,2	41	9,4	17	3,9	17	3,9	16	3,7	96	21,9	350	79,9
Direitos humanos														
Sim	21	13,22	2	5,1	1	5,9	0	0	1	6,3	7	8,1	18	4,3
Não	113	71,1	26	66,7	10	58,8	7	41,2	10	62,5	51	59,3	283	67,5
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Movimento feminista														
Sim	2	1,3	1	2,6	0	0	0	0	1	6,3	4	4,7	9,0	2,1
Não	132	83,0	27	69,2	11	64,7	7	41,2	10	62,5	54	62,8	292	69,7
Não sei	25	15,7	11	22,8	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Secretaria da Justiça														
Sim	16	10,1	2	5,1	4	23,5	0	0	3	18,8	11	12,8	39	9,3
Não	118	74,2	26	66,7	7	41,2	7	41,2	8	50,0	47	54,7	262	62,5
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2

Continua...

... continuação

Tabela 10.2. Conhecimento dos profissionais dos 10 seminários acerca da articulação do setor saúde com outros serviços da rede de enfrentamento da violência contra a mulher

Articulação setor saúde com outros setores da rede	Enfermeiros		Assistente Social		Psicólogos		Médicos		Graduandos		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	163	37,2	41	9,4	17	3,9	17	3,9	16	3,7	96	21,9	350	79,9
Defesa Social														
Sim	21	13,2	2	5,1	1	5,9	0	0	1	6,3	7	8,1	32	7,6
Não	113	71,1	26	66,7	10	58,8	7	41,2	10	62,5	51	59,3	269	64,2
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2

Fonte: dados compilados pela autora.

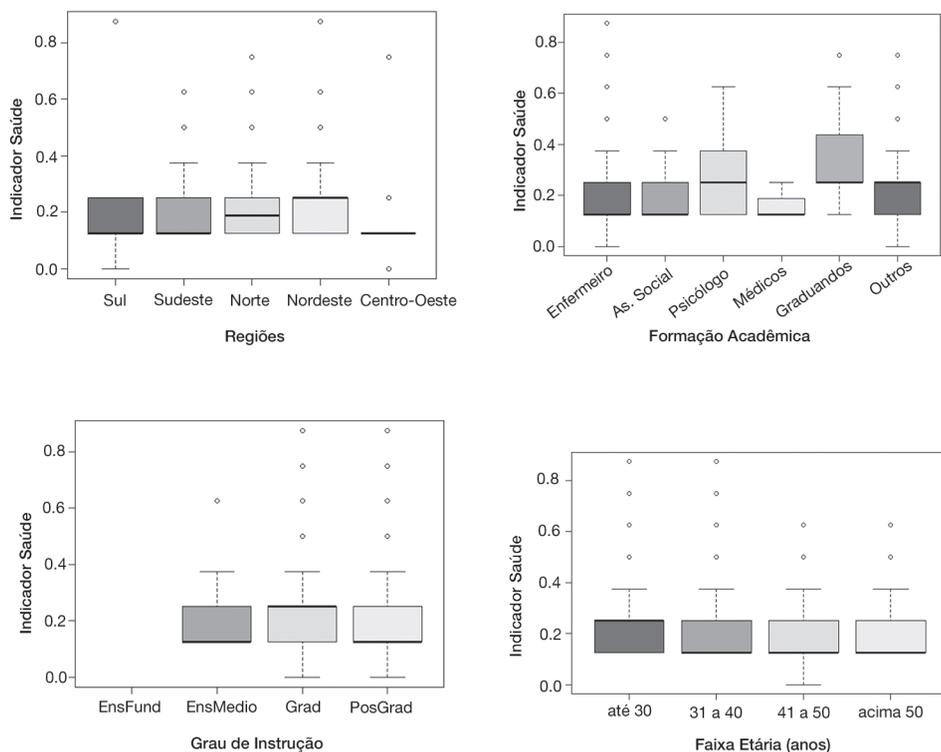


Figura 10.1. Indicador de articulação do setor saúde com os outros pontos da rede por região, formação acadêmica, grau de instrução e por faixa etária

Discussão

Percebe-se que, apesar dos diversos avanços, a rede de serviços de saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema “violência”. Chama a atenção o fato de que a maioria dos participantes (34,9%) do estudo estava alocada na atenção primária à saúde (APS); 36,8% possuíam mais de três anos de tempo na função; e quase 30% desconhecem as articulações do setor saúde com os outros pontos de atenção responsáveis pela oferta de serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência. Esse quadro torna visível a dificuldade de acesso das mulheres à rede de atenção que, muitas vezes, é constituído apenas pela APS.

Considerando o amplo conceito das RAS que correspondem a conjuntos de serviços de saúde e de hierarquias recíprocas com missão e objetivos comuns que se articulam de modo cooperativo e interdependente para oferecer atenção contínua e integral a determinada população,⁸ propõe-se a integração do cuidado a partir da combinação de flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias em conjunto com a coordenação,

para a garantia de longitudinalidade. Ressalta-se que o acesso às ações e serviços de saúde deve iniciar-se pelas portas de entrada do SUS, incluindo as unidades básicas de saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), e se completar na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.¹⁰ A APS, como parte integrante das RAS, cumprindo o atributo de primeiro contato, deverá ser a principal porta de entrada, ou seja, o acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.⁶

O deslocamento do usuário aos diversos níveis e pontos da rede de atenção denota o cuidado imprescindível na busca de um conjunto de soluções integradas para responder às necessidades de saúde da população. A APS deve ser garantida pelos municípios e o acesso aos outros níveis de atenção se dará por meio da referência de pacientes sempre a partir dela, respeitando os critérios de referenciamento na rede de atenção à saúde.⁹ O desconhecimento dos profissionais quanto à articulação em rede dos serviços, como um importante instrumento de gestão, enfatiza, na contramão do que é postulado, a fragilidade da rede e a dificuldade em estabelecer comunicação necessária à sua construção. Esse não é um problema raro, muitas regiões do estudo reforçam esse cenário. Estudo realizado em 17 serviços da rede de atenção de Salvador (BA) também mostra que muitos profissionais ainda desconhecem os serviços da rede de atenção.¹¹

Além da falta de conhecimento das possibilidades de encaminhamentos na rede de atenção abordada pelo presente estudo, outra pesquisa revelou que, em função do julgamento individual dos casos de violência e do fato de que eles demandam cuidados para além do cunho estritamente biológico e tecnológico, profissionais médicos não buscam soluções em outras experiências, quer de outros profissionais da saúde, quer de outros setores ou instituições assistenciais, não encaminham e, em sua maioria, desconhecem serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência.^{6,12}

O desconhecimento da atenção em rede pelos participantes do nosso estudo, verificado entre todas as categorias estudadas, indica a fragilidade da rede quanto ao acesso das mulheres aos diversos e possíveis níveis de atenção para a prestação do cuidado integrado e interdisciplinar e contraria as definições do Decreto nº 7.508 (2011).¹³ Nesse decreto o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é considerado direito, conforme legislação vigente, uma vez que o acesso deve ser visto como um conjunto de dimensões que precisam estar articuladas de forma a suprir as necessidades da população-no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.⁹

A articulação intersetorial requer uma dinâmica de trabalho que exige recursos humanos conhecedores de outros serviços, de suas competências e do papel da atenção primária na coordenação do cuidado que contempla, sobretudo, o acesso da população aos demais níveis de atenção (serviços especializados e cuidados hospitalares) para o enfrentamento da violência.^{14,15} Estudo realizado em 2005 informa que muitos “serviços de saúde apresentam-se como verdadeiros obstáculos comunicacionais,

obstáculos de linguagem para demandas diversificada de agravos à saúde”.¹⁶ Outra pesquisa mostra também que uma das dificuldades de inclusão da violência na agenda da saúde “[...] está em convencer um setor profundamente marcado pela racionalidade biomédica em aceitar nesse modelo e dinâmica complexos problemas de caráter social”, que demandariam, é claro, abordagens ampliadas, unicamente possíveis com a intersetorialidade, como é o caso da violência.¹⁷

Essa avaliação é a mesma de autores que reconhecem a incoerência de se abordar a violência, que é um problema social que demanda os serviços de saúde, com quadro de profissionais alinhados com a intervenção médica tradicional, razão pela qual ela persiste em posição marginal como objeto de intervenção de saúde, não sendo incorporada na construção do trabalho em saúde.¹² Não por acaso, diversos autores afirmam que, para que as instituições se vinculem em rede, é essencial um suporte adequado de recursos humanos e uma dinâmica de trabalho favorável à comunicação com outros serviços.^{14,15,18,19,20} Conforme D’Oliveira,²¹ “a articulação entre estes diversos lugares deve ser feita pela própria pessoa que está sofrendo [...]. Na ausência de uma organização intersetorial que providencie essa conexão, é importante, portanto, pensar no compromisso ético presente na incorporação desse problema para a saúde, já que se trata de questão basicamente relativa à ética das relações interpessoais”.²¹

Além disso, há que se realçar como agravante à dificuldade de articulação, o número limitado de abrigos, serviços sociais e serviços de saúde disponíveis em áreas rurais e concluir que o acesso é díspar, baseado na densidade populacional comparado ao acesso garantido às mulheres do meio urbano, que não enfrentam fragilidades como a distância geográfica.²² De acordo com estudo sobre acesso das mulheres do campo e da floresta aos serviços de prevenção e de proteção de violência, realizado nos Estados Unidos, as mulheres do campo e da floresta têm quase duas vezes mais probabilidade de não serem atendidas nos serviços, devido ao número insuficiente de programas, de pessoal adequado e da falta de programas comunitários de saúde. Além disso, a localização geográfica e isolamento podem colocar os residentes rurais em desvantagem no que diz respeito à obtenção de serviços.¹⁵

Observou-se, em relação aos encaminhamentos dos casos do sexo feminino para outros setores, que o destino mais frequente das mulheres foi o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente (21,7%), seguido da Delegacia Especializada da Mulher (DEM), com 21,4%, em acordo com as avaliações Sistema Viva (2010) e com os resultados de outros estudos.^{14,23,24} Considerando a necessidade e importância de mais frequência e qualidade de articulação do setor saúde a outros setores da rede, esse fator continua a ser um desafio a ser vencido por muitos estados do território.⁷

Concluiu-se que as dificuldades identificadas no presente estudo mostram a existência de um descompasso entre as políticas públicas em vigor e a assistência real ga-

rantida às mulheres do campo e da floresta em situação de violência, o que é acentuado pela desigualdade de distribuição territorial da oferta de serviços da rede, gerando um impedimento para o acesso a tais serviços.

Dessa forma, o atendimento integral e de qualidade às mulheres em situação de violência ainda representa um desafio, evidenciando-se, em igual medida, a importância do trabalho em rede e o reconhecimento decisivo do papel do profissional nessa construção.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Genova: WHO Press; 2002.
2. Melo EM. O Projeto Para elas, por elas, por eles e por nós [internet]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de MG, 2012 [citado em 2015 abr 20]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/index.php>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [internet]. 1ª Edição; 1ª Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.contag.org.br/imagens/fpoli769tica-nacional-de-sau769de-das-populac807o771es-campo-e-floresta.pdf>
4. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio 2007: PNAD 2007 [internet]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – [citado em 2015 abr 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/>
5. Starfiels B. Basic concepts in population health and health care. J Epidemiol Community Health 2001;55(7):452-4.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
7. Brasil. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio as Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI). Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público em relação a aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência: relatório final. Brasília: Senado Federal; 2013. [acesso em 27 jun 2015]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&>
8. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Política para as mulheres. 51ª Sessão do comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher em Genebra, 13 de fevereiro a 2 de março de 2012: apresentação do VII relatório nacional brasileiro a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher [internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2012. [acesso em 2015 jun 27]. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/relatorio-cedaw-2012.pdf>
9. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta: 2012-2015 [internet]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [internet]. 1ª Edição; 1ª Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. p. 30-39. [acesso 2015 jul 6]. Disponível em: <http://www.contag.org.br/imagens/fpoli769tica-nacional-de-sau769de-das-populac807o771es-campo-e-floresta.pdf>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 841 de 2 de maio de 2012. Dispõe sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União Nº 85. 2012 mai 3; Seção 1 p.29. [acesso em 2016 dez 23]. Disponível em: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-841_020512%20\(renases\).pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-841_020512%20(renases).pdf)
11. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(Suppl 2):263-72.
12. Kiss LB, Schraiber LB. Social medical themes and the health intervention: violence against women in the professional's discourse. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011;16(3):1943-1952.
13. Brasil. Presidência da Republica. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011b. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União Nº 123. 2011 jun 29; Seção 1 p.1. [acesso 2012 jul 10]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/28001758/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-29-06-2011/pdfView>
14. Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Barreira AK. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012;17(1):33-42
15. Gomes NP, Bomfim ANA, Diniz NMF, Souza SS, Couto TM. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev. enferm. UERJ* 2012; 20(2):173-178.
16. Schraiber LB, D'Oliveira A.FLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2005;3(5)11-26.
17. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006;11(supl):1259-1267.
18. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MCdo. Challenges for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents through the Family Health Program in a medium-sized city in Rio de Janeiro state, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2012;28(9):1749-58.
19. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013;18(5):1293-1304.
20. Osis MJ, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):351-358.
21. D'Oliveira AFP. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de saúde em Atenção Primária [dissertação de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2000.
22. Peek-Asa C, Wallis A, Harland K, Beyer K, Dickey P, Saftlas A. Rural disparity in domestic violence prevalence and access to resources. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(11):1743–9.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
24. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc. Saúde Colet* 2013;18(3):691-700.

Capítulo 11

FATORES ASSOCIADOS ÀS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DIANTE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Elizângela Gonçalves de Souza

Fabírcia Soares Freire Pugedo

Flávia Furtado Calixto

Marcelo Ribeiro da Silva

Merce Mara Ferreira Campos

Camilla Duarte Ribeiro

Breno Gontijo de Camargos

Daisy Silva Reis

Ricardo Tavares

Victor Hugo de Melo

Elza Machado de Melo

Resumo

Trata-se de pesquisa sobre os fatores ligados à gestão estadual e municipal de saúde, associados às atitudes profissionais frente às mulheres em situação de violência. Estudo transversal de natureza quantitativa, realizado com profissionais da rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. Os resultados foram analisados com base na construção de indicadores e na análise de suas distribuições. Observou-se que a garantia de recursos por parte das gestões estaduais e municipais de saúde; a articulação entre os dispositivos da rede de serviços e apoio institucional e fortalecimento dos profissionais são aspectos que potencializam as atitudes adotadas pelos profissionais frente às mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: *Violência contra a mulher. Gestor de saúde. Atitude do pessoal de saúde. Saúde da mulher.*

Introdução

A violência contra a mulher, além de uma violação aos direitos humanos, é um importante problema de saúde pública, pois ocasiona elevados custos econômicos e sociais, podendo resultar em graves consequências para a saúde das mulheres, que vão desde danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e até mesmo óbitos como expressão máxima da violência, além de problemas causados indiretamente pela agressão, como transtornos mentais. Estudo conduzido pela Organização Mundial de Saúde, que compilou dados da população de todo o mundo de forma sistemática, revela estimativa global de 35% de mulheres que sofreram violência física e/ou sexual, sendo a maior parte (30%) perpetrada por parceiro íntimo. A estimativa global de violência sexual praticada por alguém que não seja parceiro foi de 7%.¹

No Brasil, as estatísticas sobre homicídios de mulheres revelam aumento de 252% do número de vítimas no período entre 1980 e 2013, com taxa de 4,8 vítimas por 100 mil mulheres em 2013, trazendo o país para a 5ª posição num grupo de 83 países com dados homogêneos. Apenas El Salvador, Colômbia, Guatemala e Federação Russa exibiram taxas superiores às do Brasil.²

Esses dados determinam a violência contra a mulher como um problema global de saúde pública e salientam a necessidade de articulação intersetorial no empenho, tanto da prevenção da ocorrência, quanto no provimento de serviços adequados ao atendimento de mulheres em situação de violência, destacando a importância do papel que o setor saúde tem a desempenhar nesse cenário. ¹ Além disso, por ser um fenômeno histórico, social e de saúde de grande magnitude, esse agravo necessita de intervenções direcionadas para a equidade de direitos, proteção e segurança das mulheres que vivenciam situações de violência. Dessa forma, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) são de que a oferta da atenção à saúde ocorra em diversos locais/pontos da rede de atenção e os profissionais estejam preparados para atender com respostas intersetoriais.^{1,3}

Apesar disso, alguns autores sinalizam ser comum o fato de profissionais, sobretudo os da saúde, apresentarem inúmeras dificuldades na identificação e abordagem dos casos de violência contra a mulher.⁴⁻⁹ Isso exerce influência negativa na atenção às mulheres em situação de violência e vários fatores guardam relação direta com as atitudes dos profissionais diante dessa problemática. Conhecer os fatores ligados à gestão estadual e municipal de saúde que atuam como condições restritivas a uma prática profissional em saúde moldada a partir das demandas produzidas por esse fenômeno e que são passíveis de abordagem pelo setor saúde pode contribuir para a reflexão e elaboração de estratégias locais e regionais que superem o desafio de incorporar na prática dos profissionais de saúde o atendimento aos casos de violência, em consonância com programas e políticas de saúde nacionais e internacionais. Nesse sentido,

o presente capítulo objetivou conhecer os fatores que influenciam o desempenho dos profissionais na abordagem da violência contra a mulher em 10 municípios brasileiros.

Material e Métodos

Trata-se de estudo transversal de natureza quantitativa, realizado em 10 municípios brasileiros, conforme listados a seguir: Igarapé-Miri (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Augustinópolis (Tocantins); Irecê (Bahia); Quixadá (Ceará); Santana do Matos (Rio Grande do Norte); Posse (Goiás); São Mateus (Espírito Santo); Registro (São Paulo) e São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul). Os referidos municípios são sede de territórios de cidadania e foram eleitos pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do campo e da floresta e pela Secretaria de Política para as Mulheres (SPM), em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas.

O estudo é recorte de um projeto mais amplo, de âmbito nacional, denominado Projeto Para Elas. Por elas, por eles, por nós. Os participantes foram profissionais de diferentes setores e níveis de atenção envolvidos na assistência à mulher em situação de violência, nos 10 municípios estudados, totalizando 438 sujeitos. Estes foram convidados a participar das oficinas promovidas, em cada município, pelas Secretarias Municipais de Saúde, Ministério da Saúde e equipe do projeto Para Elas, com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas, por meio de questionários autoaplicáveis.

Adotaram-se como critérios de exclusão: questionários em branco ou com taxa de resposta inferior a 70%; estudantes não vinculados à rede de atenção à mulher em situação de violência; questionários sem identificação e/ou sem termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); questionário duplicado (o profissional respondeu em mais de um seminário, sendo mantido o mais antigo).

A coleta de dados foi efetuada durante as oficinas realizadas nos 10 municípios em estudo, utilizando-se como instrumento um questionário semiestruturado, autoaplicável, com 47 questões, subdivididas em cinco sessões contendo dados sociodemográficos, de formação profissional, trabalho, sobre a rede de atenção e enfrentamento da violência contra a mulher e relativas à percepção dos profissionais acerca das relações de sexo. O referido questionário foi desenvolvido pela equipe do projeto Para Elas, avaliado por especialistas (professores do mestrado profissional) e profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Estudo-piloto realizado com mestrandos de outros grupos de pesquisa do mestrado profissional direcionou a realização de ajustes do questionário. O período de coleta de dados estendeu-se de maio de 2013 a julho de 2014.

As variáveis utilizadas nesse estudo foram: a) atitudes dos profissionais diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a mulher (já teve casos em que se suspeitou de violência e qual foi a conduta tomada? Já atendeu mulheres em situação

de violência e qual foi a conduta tomada?); b) a garantia de recursos (estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.) por parte da gestão municipal/ estadual de saúde para as ações de combate à violência contra a mulher nas unidades de atenção à saúde; c) a preocupação das autoridades municipais/ estaduais em combater e prevenir a violência contra a mulher; e d) a opinião dos profissionais sobre a atenção à mulher em situação de violência no município/ estado. Os dados foram armazenados em banco de dados e posteriormente analisados a partir da utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. A análise estatística foi baseada na construção de indicadores e na análise de suas distribuições, conforme descrito a seguir:

Construção do Indicador

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas qualitativas referentes às atitudes dos profissionais diante da suspeita e/ou do atendimento de uma mulher em situação de violência, foram construídos dois indicadores para representar esses graus de atitudes. As categorias (ou níveis) dessas variáveis foram assim codificadas: (1) sim e (-1) não. A Tabela 11.1 apresenta as variáveis de composição de cada indicador.

Tabela 11.1. Composição dos indicadores a partir das variáveis

Indicador	Variáveis (Xis)	Descrição
Atitudes em caso de suspeita de violência	X1	Em caso de suspeita, você abordou a situação de violência?
	X2	Em caso de suspeita, você notificou?
	X3	Em caso de suspeita, você discutiu o caso com a equipe?
	X4	Em caso de suspeita, você agendou retorno?
	X5	Em caso de suspeita, você fez seguimento da mulher?
	X6	Em caso de suspeita, você fez seguimento da família?
	X7	Em caso de suspeita, você encaminhou?
	X8	Em caso de suspeita, você teve alguma outra atitude?
Atitudes em caso de atendimento de uma situação de violência	X9	Em caso de mulher em situação de violência você abordou a situação?
	X10	Em caso de mulher em situação de violência você notificou?
	X11	Em caso de mulher em situação de violência você discutiu o caso com a equipe?

Continua...

... continuação

Tabela 11.1. Composição dos indicadores a partir das variáveis

Indicador	Variáveis (Xis)	Descrição
Atitudes em caso de atendimento de uma situação de violência	X12	Em caso de mulher em situação de violência você agendou retorno?
	X13	Em caso de mulher em situação de violência você fez seguimento da mulher?
	X14	Em caso de mulher em situação de violência você fez seguimento da família?
	X15	Em caso de mulher em situação de violência você encaminhou?
	X16	Em caso de mulher em situação de violência você teve alguma outra atitude?

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas. Os resultados foram apresentados em gráficos do tipo *boxplot*.¹⁰

Para o desenvolvimento deste estudo, foram observadas todas as orientações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no dia 05 de junho de 2013, com emissão do Parecer nº 14187513.0.0000.5149. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como do direito à confidencialidade e do caráter voluntário da participação, tendo sido assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue juntamente com o questionário.

Resultados

Ao analisar o indicador padronizado, pode-se observar que quanto mais próximo de 1 estiver o resultado, maior será o indicativo de que, na opinião dos entrevistados, os profissionais desenvolvem mais atitudes em caso de suspeita e de atendimento a uma mulher em situação de violência.

A Figura 11.1 apresenta a distribuição dos indicadores de atitudes diante da suspeita (IAFS) e dos indicadores de atitudes diante do atendimento (IAFA) segundo a garantia ou não de recursos pelo município/estado; a preocupação das autoridades e a concepção dos profissionais.

Na Figura 11.1A, observa-se que, apesar dos indicadores possuírem valores medianos similares para gestões que garantem recursos e aquelas que não garantem, é possível notar que as primeiras tiveram, para o conjunto, indicadores maiores, ou seja, os profissionais, no conjunto, mostraram adotar mais atitudes diante da suspeita e do

atendimento. Em termos de dispersão, percebe-se que a distribuição desses indicadores para aqueles que garantem recursos é mais heterogênea em relação à dos que não garantem recursos. Outro aspecto que pode ser destacado é quanto à forma e que as quatro distribuições se apresentaram como assimétrica à direita, ou seja, maior concentração nos valores baixos dos indicadores.

Na Figura 11.1B, percebe-se que os profissionais que consideraram haver preocupação das autoridades tiveram mais atitudes em relação à suspeita e ao atendimento. A distribuição desses indicadores para aqueles que consideram haver preocupação se apresenta mais heterogênea e também tem forma assimétrica à direita, com maior concentração nos valores menores.

Na Figura 11.1C, nota-se que os profissionais que manifestaram opiniões positivas tiveram mais atitudes em caso de suspeita e no atendimento. A distribuição desses indicadores para aqueles que possuem concepções positivas é mais heterogênea e também tem forma assimétrica à direita, com maior concentração nos valores menores.

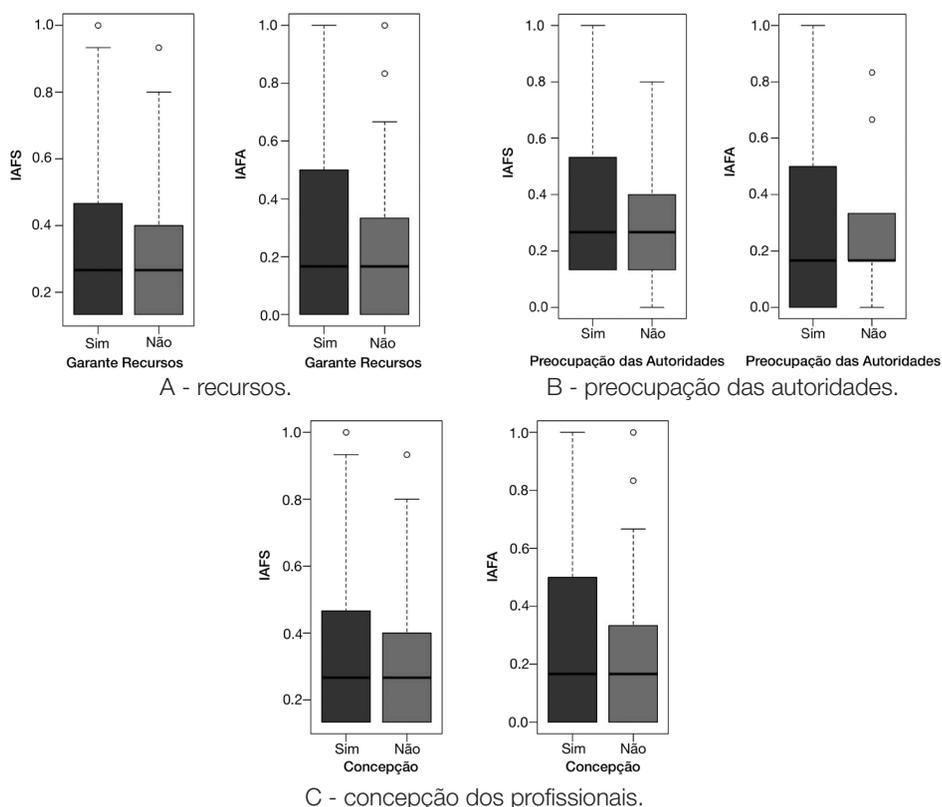


Figura 11.1. Distribuição dos indicadores de atitudes diante da suspeita (IAFS) e dos indicadores de atitudes diante do atendimento (IAFA) segundo a garantia ou não de recursos pelo município/estado (A); a preocupação das autoridades (B); e a concepção dos profissionais (C).

Discussão

A gestão garante recursos?

Diversos estudos têm demonstrado que os profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência, em grande medida os profissionais de saúde, apresentam dificuldades tanto na identificação de situações de vivência de violência, bem como na condução dos casos identificados.¹¹⁻¹³ Isso se dá muitas vezes pela postura dos profissionais de não interrogarem as mulheres sobre violência, pelo simples fato de não saberem como lidar adequadamente com o problema.⁴⁻⁹

A literatura atual sobre o tema sinaliza a importância e a necessidade de investimentos no preparo dos profissionais que lidam com essa problemática para melhorar a atenção dispensada às mulheres em situação de violência, tanto por meio de processos de capacitação profissional, como também pela inclusão do tema violência nos currículos de graduação dos profissionais.^{1,3-5,14-16} Entretanto, é importante observar que, apesar da ênfase dada aos processos de capacitação profissional como estratégia efetiva para melhorar a atenção a mulheres em situação de violência, estudo de revisão sistemática que avaliou a eficácia das intervenções para a prevenção da violência contra mulheres e meninas identificou que a formação do pessoal da segurança e da polícia e a capacitação de profissionais de saúde, de forma isolada, não constituem caminho adequado para o investimento de recursos, não havendo evidência científica suficiente para recomendá-las. Ao contrário disso, a evidência indica que ações multi-componentes podem ser mais eficazes do que ação isolada.¹⁷

Reforçando os achados desse estudo, outra pesquisa realizada na Alemanha, que avaliou a eficácia da implantação de projeto-piloto para melhorar a abordagem de médicos a mulheres em situação de violência, identificou que a combinação de abordagem pessoal (sensibilização) desses profissionais, formação específica e trabalho em rede produziu melhorias na condução desse problema.¹⁸ Tais formulações evidenciam a necessidade de investimentos em recursos necessários à garantia de uma atenção de qualidade, não só em recursos humanos qualificados, mas também o investimento por parte dos gestores em estrutura física, insumos e equipamentos, além da promoção de uma articulação entre os diversos serviços da rede para que ocorra uma comunicação eficaz entre os setores e uma atenção resolutiva à mulher em situação de violência.

Os resultados de nosso estudo permitem inferir que a garantia de recursos por parte dos gestores municipais e estaduais de saúde representa importante diferencial para a implantação e implementação de ações para o combate à violência contra a mulher nas unidades de atenção à saúde. Isso porque fica evidenciado que, entre os entrevistados que julgavam dispor de tais recursos, as atitudes nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher foram mais satisfatórias.

Há no seu município/estado preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência contra a mulher?

A violência contra a mulher, apesar de sua elevada complexidade, é passível de ser prevenida e necessita ser enfrentada e combatida. Tem-se observado nos últimos anos uma crescente preocupação das autoridades do mundo todo em combater e prevenir esse problema, tomando como exemplo o Plano Global de Ação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em reunião com estados-membros realizada em 2015. O referido plano tem por objetivo reforçar o papel do sistema de saúde em todos os contextos, dentro de uma resposta multissetorial nacional para desenvolver e implementar políticas, programas e prestar serviços que promovam e protejam a saúde e o bem-estar de todos e, em particular, de mulheres, meninas e crianças em situação de violência ou em risco de serem afetados por esse agravo.¹⁹ Para alcançar tal objetivo, o plano de ação propõe quatro orientações estratégicas. Uma delas diz respeito ao fortalecimento da liderança do sistema de saúde e governança, que compreende, entre outras ações, a definição e implementação de políticas; financiamento, incluindo as dotações orçamentárias; regulamento; fiscalização e responsabilização pela política e implementação do programa; e o fortalecimento da articulação intersetorial.¹⁹

No Brasil, desde a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres têm sido fortalecidas e ampliadas. As iniciativas de enfrentamento que até então consistiam em ações isoladas, representadas basicamente pela capacitação de profissionais da rede de atendimento e a criação de serviços especializados, passaram a incluir ações integradas, como, por exemplo, a criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública.²⁰

Em 2007, foi firmado um acordo federativo entre o governo federal e governos estaduais e municipais com o objetivo de planejar ações que consolidassem a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional. Esse acordo recebeu o nome de Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e se apoia em três princípios: a transversalidade de sexo, que atenta para a garantia de inclusão da violência contra a mulher, e de sexo nas diversas políticas públicas setoriais; a intersetorialidade, que compreende ações em duas vertentes, sendo a primeira o envolvimento de parcerias entre organismos setoriais e atores em cada esfera de governo (ministérios, secretarias, coordenadorias e outros) e a segunda que pressupõe mais articulação entre políticas nacionais e locais em diferentes áreas (saúde, justiça, edu-

ção, trabalho, segurança pública). Dessa articulação deriva o terceiro princípio, que é a promoção da capilaridade do acesso aos serviços e a informações, que consiste em levar a proposta de execução de uma política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres até os níveis locais de governo.²⁰

Este último princípio, no entanto, se impõe como um grande desafio no campo das políticas públicas, com propostas de enfrentamento da violência contra a mulher pelo setor saúde. Isso porque, em que pesem os avanços alcançados no Brasil até aqui, na elaboração de tais políticas o que se observa na prática é uma incongruência entre o que é estabelecido no nível federal e o que de fato é efetivado em nível local, fato constatado no Rio Grande do Sul⁽⁵⁾ e em 15 municípios do estado de São Paulo.²¹ Como elemento que suscita essa situação, o Ministério da Saúde identifica a dificuldade de mexer com a agenda política dos executivos municipais e estaduais no tocante a políticas para as mulheres, que estaria associada, entre outros fatores, a barreiras culturais, à concepção do caráter privado da violência contra a mulher, à falta de dados estatísticos nacionais sobre esse fenômeno e à resistência de instituições, órgãos e serviços especializados em trabalhar de forma integrada e articulado.²²

Estudo identificou ainda dois aspectos que incrementam o desafio dos gestores de incorporar a violência contra a mulher nas agendas locais de saúde.⁵ O primeiro está relacionado à verticalização das políticas, que ao terem suas origens na esfera federal não abre espaço a um relacionamento de cooperação e participação das demais esferas e menos ainda à participação da sociedade. O outro aspecto é o não reconhecimento da violência como objeto de intervenção da saúde.

Evidencia-se, então, em nosso estudo, que esses obstáculos se refletem profundamente nas práticas profissionais e dificultam a adoção de atitudes positivas dos profissionais em relação às mulheres em situação de violência. Identificou-se que, entre os participantes que indicaram haver preocupação das autoridades estaduais e/ou municipais em combater e prevenir a violência contra a mulher, o desempenho nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher foi mais satisfatório. Diante do exposto, é possível inferir que a sensação de amparo dos profissionais em relação à gestão tem o potencial de fortalecer a resposta desses profissionais e do setor saúde em nível local, diante do fenômeno da violência contra a mulher.

Nesse sentido, salienta-se a necessidade de mais apoio e incentivo dos gestores dos setores locais aos profissionais para trabalharem em rede e para que as políticas nacionais, estaduais e regionais, que orientam e financiam políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, estejam disponíveis e possam ser acessadas por esses profissionais.²³

Concepção dos profissionais sobre a qualidade da atenção à mulher em situação de violência em seu município/estado

A violência contra a mulher é considerado um problema de saúde pública global, sendo necessária a interface entre os saberes técnico-científicos e a vivência dos agentes sociais para seu enfrentamento.⁸

A política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher²⁰ mostra a necessidade de políticas amplas e articuladas, reconhecendo a complexidade do problema e a implementação de ações conjuntas de diversos setores como saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros. Essa política possui quatro eixos estruturantes: a) a prevenção, que buscará interferir em padrões sexistas a partir de ações educativas e culturais; b) o enfrentamento e combate que atuarão por meio de ações punitivas e no cumprimento da Lei Maria da Penha; c) o acesso e garantia de direitos pelo cumprimento da legislação nacional/internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres; d) o eixo da assistência que atua no fortalecimento da rede de atendimento e capacitação de agentes públicos.

Quanto à assistência, especificamente o foco de nosso interesse neste trabalho, essas diretrizes buscarão garantir o atendimento humanizado e qualificado às mulheres, por meio de formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (casas-abrigo, centros de referência, serviços de responsabilização e educação do agressor, juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, defensorias da mulher); e da constituição/fortalecimento da rede de atendimento (articulação dos governos federal, estadual/distrital, municipal e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento). Contudo, verifica-se na práxis cotidiana que a realidade vivenciada pelos profissionais ainda está distante da proposta pelas políticas públicas.

Há barreiras dos profissionais para a implementação das políticas públicas propostas, sendo algumas dessas barreiras a falta de conhecimento e preparo do profissional sobre o tema, a falta de tempo, o desconhecimento ou a efetiva ausência de redes de atendimento, a invisibilidade da violência, a concepção da violência como um problema único da mulher, retirando do profissional a sua responsabilidade, a omissão perante a perpetuação da violência, o medo em realizar a denúncia e a racionalidade técnica científica que suprime de imediato a sociabilidade, a cultura e o emocional-afetivo.⁸ A atenção acaba por se resumir ao tratamento das lesões e sintomas e a causa do problema permanece negligenciada, ocasionando a persistência de danos físicos, psicológicos e sociais e a busca reiterada dos serviços.⁸

Em alguns casos, isso ocorre devido à persistência de crenças sociais que se conformam com a desigualdade de sexo, arraigadas em práticas cotidianas de profissionais de

diversos setores. Profissionais de saúde participantes de estudo que avaliou a percepção acerca da violência contra a mulher afirmaram que nas relações socioafetivas a mulher adere a uma postura submissa ao homem e se conforma em cuidar das tarefas domésticas, da criação dos filhos e ainda admitem vivências violentas por parte do seu parceiro.³

Assim, ao avaliar a percepção dos profissionais quanto à garantia de recurso, a preocupação com combate e prevenção e a atenção à mulher em situação de violência, pode-se compreender a interferência dessas variáveis nas atitudes dos profissionais. Observou-se, neste estudo, que os profissionais que relataram concepção positiva sobre a qualidade da atenção à mulher em situação de violência em seu município/estado apresentaram mais atitudes diante da suspeita e do atendimento a essas mulheres. Por serem derivadas de crenças, as atitudes são poderosas influências sobre o comportamento e se definem como a combinação entre conceitos, informações e emoções, resultando em uma resposta favorável ou desfavorável com respeito a uma pessoa em particular, grupo, ideia, evento ou objeto.²⁴ Dessa forma, caracterizar atitudes como disposições para agir, decorrentes de conceitos, leva a compreender a importância de o profissional se perceber amparado pelo município/estado, para ser ele também ativo no processo de enfrentamento, como revela o estudo sobre percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher, que identificou elementos que contribuem para o enfrentamento da violência contra a mulher.²⁵ Esses profissionais também são frutos dessa formação social que inclui a diferenciação de sexos, podendo haver lacunas históricas em sua formação.

No cotidiano de seu trabalho, há valores internalizados pela construção de suas identidades, de maneira a dificultar por vezes a prática profissional como um instrumento de emancipação individual e social. A proximidade dos profissionais e usuários da rede de saúde diante dessa problemática pode acabar por resultar em uma abertura para falar de questões socialmente invisíveis ou não reconhecidas como objeto de intervenções, de maneira a promover a reorientação de ações de forma integral e contínua, favorecendo a abordagem de temas mais complexos, como no caso da violência.

Assim, na percepção dos profissionais entrevistados, o enfrentamento da violência contra mulher perpassa pela articulação do serviço com outros, a fim de garantir o atendimento às diversas demandas da mulher; pela dinâmica de trabalho institucional com recursos humanos conhecedores de outros serviços e do papel da rede, e não sobrecarregados, o que viabiliza o processo de comunicação intersetorial para o delineamento da rede.

Considerações Finais

Com tais resultados, pode-se corroborar o papel da articulação entre os dispositivos que compõem a rede de serviços, o investimento dos municípios/estados em recursos, o apoio institucional e o fortalecimento dos profissionais como aspectos fun-

damentais que potencializam as atitudes tomadas pelos profissionais, nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher.

Assim, quanto mais coesa for a articulação entre todos os âmbitos citados anteriormente, ocorrerá o maior desenvolvimento de ações assertivas com vistas à promoção de saúde e prevenção da violência. Além disso, contribuirá para o empoderamento da mulher, fator que auxiliará na transformação da realidade vivenciada.

Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Waiselfisz J J. Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO; 2013.
3. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Cien Saude Colet. ABRASCO.* 2015;20(1):249–58.
4. Almeida LR, Da Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface - Comun Saúde, Educ.;* 2014;18(48):47–60.
5. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Public health agendas addressing violence against rural women - an analysis of local level health services in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Cien Saude Colet. ABRASCO.* 2015;20(5):1379–87.
6. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med.* 2014; 92(2):134.
7. Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Rev Estud Fem.* 2010; 18(1): 33–60.
8. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cien Saude Colet. ABRASCO.* 2011; 16(3): 1943–52.
9. Schraiber LB, Pires Lucas d'Oliveira AF, Hanada H, Kiss L, Kiss L. Assistance to women in situations of violence - the plot of the services to the intersectorial network. *Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc.* 2012; 12(3): 237.
10. Wittkowski KM, Lee E, Nussbaum R, Chamian FN, Krueger JG. Combining several ordinal measures in clinical studies. *Stat Med.* 2004; 23(10): 1579–92.
11. Alcaraz CL, Roche FP, Hernández MT, Meseguer CB, Rodríguez JDP, Esparza AO. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Rev Enferm da UFSM.* 2014; 4(1): 217-26.
12. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Rev Esp Salud Publica. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.* 2012; 86(1):85–99.
13. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.* 30(6): 1229–38.
14. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde e Soc. Saúde e Sociedade.* 2014; 23(3): 778–86.

15. Stewart DE, Aviles R, Guedes A, Riazantseva E, MacMillan H, Stewart D, et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BioMed Central*. 2015; 15(1): 1–15.
16. Visentin F, Becker Vieira L, Trevisan I, Lorenzini E, Franco E, Silva D. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(333): 556–64.
17. Jewkers R, Hilker LM, Khan S, Fulu E, Busiello F, Fraser E. What works to prevent violence against women and girls - Evidence Reviews: Response mechanisms to prevent violence against women and girls. *What Work to Prev Violence*. 2015; 3: 63.
18. Graß H, Berendes L, Mützel E, Preuss R, Ritz-Timme S. Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen". *Rechtsmedizin*. Springer-Verlag. 2013; 23(3): 180–5.
19. WHO. Draft global plan of action on violence Report by the Director-General. World Health Organization. Geneva; 2016.
20. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da Republica. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011.
21. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2): 351–8.
22. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfretamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Políticas para Mulheres. Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e Ações Nacionais. p. 50. Brasília; 2011
23. Bastos E, Silva D, Padoin SMM, Amaral L, Vianna C, Correspondente A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6): 608–13.
24. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Psicol Soc do Trab*. 2003; 6:59–78.
25. Gomes NP, Bomfim ANA, Diniz NMF, Souza SS, Couto TM. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(2): 173-8.

Capítulo 12

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS E A RELAÇÃO COM A REDE DE ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Lucimeire de Menezes Zirley
Marcus Vinícius Polignamo
Elza Machado de Melo
Ana Maria Martins Lara
Daniele Schreiber Batista de Alcino
Jéssica Augusta Canazart
Heliane Anghinetti
Pauline Fraga Lignane
Silvana Fleury Barcelos
Cibelle Ferreira Louzada
Jacqueline de Oliveira Lima
Victor Hugo de Melo

Resumo

***Introdução:** o estudo vincula-se ao Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles e Por Nós, de âmbito nacional, realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com o apoio do Ministério da Saúde. Foram coletados 463 questionários on-line respondidos por participantes do Curso de Capacitação (EaD) do Projeto Para Elas, que visa capacitar profissionais de diversos estados brasileiros que atuam na rede de atendimento à mulher em Situação de Violência. **Objetivo:** descrever a percepção sobre a Rede de Assistência da Violência contra a Mulher. **Metodologia:** trata-se de estudo transversal descritivo, quantitativo, tendo como eixo temático o enfrentamento da violência contra a mulher. A base de dados foi obtida por meio de entrevista semiestruturada utilizando questionário autoaplicável. **Resultados:** profissionais capacitados no último ano (70,5%) sentem-se mais con-*

*fiantes para o atendimento, quando comparados aos profissionais capacitados nos últimos três anos (62,8%). Quanto mais alto o nível de atenção, no caso a atenção terciária (62,2%), maior é a associação com sentimentos positivos (confiança e segurança). Profissionais capacitados estão mais associados a sentimentos positivos e os não capacitados com sentimentos negativos (infelicidade, constrangimento, impotência, temor, preocupação, angústia e insegurança). **Conclusão:** a percepção do profissional participante do EaD pode representar aspectos da prática profissional na rede de assistência da violência contra mulher, que merecem ser trabalhados de forma mais efetiva.*

Palavras-chave: *Violência contra a Mulher. Educação a Distância. Avaliação em saúde.*

Introdução

A violência é considerada um problema de saúde pública global e, no Brasil, é responsável por grande parcela de morbidades (sexta maior causa de internações hospitalares) e de mortalidade (terceiro lugar). É considerada desafio importante para as áreas da saúde, da justiça, dos Direitos Humanos e do desenvolvimento, pois constitui ameaça à vida e à saúde física e mental de milhões de pessoas, gerando encargos no sistema de saúde e prejudicando a formação de capital humano, o que provoca redução no desenvolvimento econômico e social.¹⁻³

Conforme o relatório *Violência e Saúde da World Health Organization (2010)*, a violência pode ser classificada em três categorias principais: autodirigida (suicídio, tentativas de suicídio e autoabuso); interpessoal (violência juvenil, violência por parceiro íntimo, a violência sexual, maus-tratos em crianças e abuso de idosos); e coletiva (guerra e outras formas de conflitos armados, genocídio, repressão e tortura). De acordo com esse relatório, em 2004, juntas, essas formas de violência foram responsáveis por 1,6 milhão de mortes ou 2,8% da causa global de mortalidade em todo o mundo.²

Homens, mulheres, crianças e idosos, enfim, todos, são atingidos pela violência. Homens jovens, negros e pobres são considerados os principais agressores na comunidade, enquanto as mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica. Em geral, os homens tendem a ser as principais vítimas da violência praticada em espaço público e as mulheres sofrem cotidianamente com a violência praticada em seus próprios lares, na maioria das vezes praticada por seus companheiros e familiares.^{1,4}

A violência contra as mulheres é uma das formas de violação dos direitos humanos, desrespeitando, também, o direito à vida, à saúde e à integridade física. Atinge mulheres de diversas classes sociais, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raça e orientação sexual. Entendida como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause

morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”,² a violência contra a mulher incorpora várias formas de manifestação: física, psicológica, moral, sexual, patrimonial.⁴ No Brasil, dados sobre mortalidade revelam que uma mulher é morta a cada duas horas, o que nos coloca na 12ª posição da classificação mundial de homicídios contra as mulheres. Estudos sobre a resolução de conflitos cotidianos entre casais obtiveram as seguintes prevalências: 78,3% de agressões psicológicas; 21,5% de abusos físicos menores; e 12,9% de abusos físicos graves.¹

Dados globais de violência física contra a mulher por parceiro íntimo demonstraram que entre 10 e 69% foram agredidas pelo menos uma vez em toda sua vida. Entre 6 e 59% das mulheres relataram tentativa de estupro ou de terem realizado sexo contra a sua vontade. De 1 a 28% de mulheres relataram abuso físico durante a gravidez. Aproximadamente 20% das mulheres sofreram abusos sexuais durante a infância. Uma em cada três mulheres no mundo que já teve um parceiro declarou violência física ou sexual ou ambos. Estima-se que 2,5 milhões de pessoas são traficadas todos os anos, a maioria mulheres e crianças.^{3,5}

Sendo problema de relevância em saúde pública, que acarreta significativo impacto social sobre a saúde dos indivíduos e da sociedade, a violência exige estratégias de intervenção envolvendo implantação de políticas que visam à promoção de *“mudanças estruturais, socioculturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno”*.^{2,6,7}

Na atualidade, identifica-se insuficiente estruturação dos sistemas de saúde, no Brasil e no mundo, para atender às diversas demandas de saúde da sua população. Estabelecer políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres exige atuação conjunta interinstitucional, visando garantir a integralidade de atenção às vítimas. Percebe-se, assim, a necessidade de integração de diversas áreas de conhecimento, como: Saúde, educação, assistência social, segurança pública, cultura e justiça, entre outras.^{4,8-10}

Nessa perspectiva, desde 2003 a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) ampliou a discussão e as ações de enfrentamento da violência contra a mulher em âmbito público, que culminou com a elaboração da Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. A Política Nacional apresenta a constituição da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres como estratégia para contemplar a complexidade de lidar com a violência e de articular diversos serviços e instituições para atuarem de forma integrada.⁴

O Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, voltado para a Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, incorpora, entre seus objetivos, a capacitação de profissionais, dentro da qual foi elaborado e ofertado o Curso Para Elas, de Ensino a Distância (EaD), que desde julho de 2014 vem capacitando profissionais em todo o Brasil.¹¹

Pretende-se, no presente estudo, apresentar a percepção dos profissionais de saúde e de áreas afins, que participaram do Curso de Ensino a Distância (EaD) do “Projeto

Para Elas”, sobre a Rede de Assistência da Violência contra a Mulher de diversas localidades do Brasil. Pretende-se, também, apresentar o perfil sociodemográfico desses profissionais, sua percepção ao atender uma mulher em situação de violência e a conexão que fazem entre o atendimento e a rede de apoio existente.

A rede de assistência à mulher em situação de violência

Inicialmente, as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíram ações isoladas, referindo-se basicamente a estratégias de capacitação profissional para a rede de assistência e a criação de serviços especializados.¹²

Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), as ações de enfrentamento da violência contra a mulher começaram a ser debatidas nas agendas públicas, representando mudanças na forma de intervenção do Estado ao lidar com essa questão. A Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres pretende estabelecer “*conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional*”.⁴

A Política Nacional foi formulada a partir do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e teve como base a I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, em 2004. O I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, realizado em 2004, propôs, entre outras ações, a promoção da igualdade e o respeito à diversidade e à autonomia das mulheres, tendo apresentado um capítulo que tratava do enfrentamento da violência contra a mulher. A temática manteve-se nas discussões da II Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, realizada em 2007, e no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que apresenta ações estratégicas relacionadas ao enfrentamento da violência, ao racismo, sexismo e lesbofobia e o enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres.^{4,6,13}

A Política Nacional atende aos preceitos estabelecidos na Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e às convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil, tais como: “*Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas*” (Convenção de Palermo, 2000).⁴

Entende-se por rede de enfrentamento à violência contra as mulheres:

[...] a atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efe-

*tivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência.*¹²

A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres visa ao combate, à prevenção, à assistência e à garantia de direitos às mulheres em situação de violência. Fazem parte desta rede:

*[...] agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.); serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência (que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência).*¹²

Por sua vez, a rede de atendimento à mulher em situação de violência deve ser entendida como o:

*[...] conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, a justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento.*¹²

Entende-se que a rede de atendimento inclui apenas as ações assistenciais dentro do vasto leque de atuação da rede de enfrentamento à violência contra a mulher que integra “*não somente os serviços responsáveis pelo atendimento, mas também agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres, universidades, movimento de mulheres, entre outros*”.¹²

A rede de enfrentamento - por sua multiplicidade de serviços e instituições - pretende contemplar a complexidade da violência contra as mulheres e, para isso, há necessidade de articular diversos serviços e instituições para atuarem de forma integrada. Na assistência, é igualmente necessário que os serviços atuem de forma intersetorial, definindo fluxos de atendimento e identificando demandas das mulheres em suas diversidades. Essas ações estão respaldadas na Portaria 485, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência no SUS. Assim, trabalhar na perspectiva da intersetorialidade representa um desafio, pois remete à ruptura do modelo tradicional de gestão pública que representa a departamentalização, a desarticulação e a setorialização das ações e das políticas públicas.^{12,14}

Curso para elas – ensino a distância (EAD) do Projeto Para Elas

Na rede de enfrentamento da violência contra a mulher atuam também setores do Ministério da Saúde, especificamente a Coordenação da Saúde da Mulher, responsável pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro do qual se situa o Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós que, por sua vez, incorpora o Curso Para Elas.

O Ensino a Distância (EaD) caracteriza-se como modalidade na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com professores/tutores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos. Cada vez mais, o EaD é valorizado na sociedade por ser uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem. É considerado, atualmente, como uma das mais importantes ferramentas de difusão do conhecimento e democratização da informação, possibilitando aos alunos amplos recursos humanos e tecnológicos que podem colaborar na formação continuada e na preparação de profissionais para atuar no mercado de trabalho.^{15,16}

O Curso Para Elas tem por objetivo capacitar profissionais para atuarem na atenção à mulher em situação de violência. Foi elaborado tendo como base o modelo das competências, com foco no desenvolvimento do conhecimento, das atitudes e das habilidades profissionais. Inicialmente, foi oferecido na modalidade atualização a todos os profissionais de saúde que atuam como referências estaduais e municipais dos Estados brasileiros na atenção à mulher em situação de violência. Também foram disponibilizadas 50 vagas por estado (sendo 46 vagas para profissionais da saúde e quatro para profissionais de outras áreas envolvidas no atendimento de mulheres em situação de violência), mais o Distrito Federal. Posteriormente, foi transformado em disciplina do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional, sendo ofertado regularmente em todos os semestres.

Metodologia

Este estudo atende aos princípios éticos conforme a Resolução CNC nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que reviu a Resolução CNS nº 196/1996, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Projeto CAAE-14187513.0.0000.5149) em dezembro de 2011 e pelo Fundo Nacional de Saúde.

Trata-se de pesquisa transversal por abordagem quantitativa. A base de dados foi obtida por meio de questionário semiestruturado, autoaplicável, respondido por participantes do Curso de Ensino a Distância (EaD) do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, realizado a partir de 2014, precedendo sempre o início do curso. Os participantes receberam o questionário por *e-mail* e, ao acessá-lo, eram direcionados

à plataforma Form. SUS, versão 3.0, que é uma plataforma *on-line*, desenvolvida e vinculada ao Datasus e utilizada para aplicação de questionários da área de saúde. Até o momento em que este estudo foi encerrado, o Curso de Ensino a Distância (EaD) havia recebido o total de 663 questionários de participantes que iriam ser capacitados. Foram excluídos 203 questionários por estarem incompletos, conforme critérios previamente estabelecidos pelos autores, gerando uma base de dados de 466 questionários.

Resultados e Discussão

Observou-se que a maioria dos participantes encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos (37,1%); pertence ao sexo feminino (90,3%); identifica-se como branco ou pardo (47,5%); é casada ou vive em união estável (52,3%); possui curso superior completo (98,1%); pertence às áreas da saúde (47,5%); tem curso de especialização (72,6%); trabalha na atenção secundária (24%); o tipo de instituição em que trabalha é considerado municipal em 46,9%; pertence à região Sudeste (37,4%); e a graduação predominante foi a Enfermagem (38,9%).

A Tabela 12.1 mostra a percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e os possíveis sentimentos que essa atividade desencadeia.

Tabela 12.1. Percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência

Sentimento	Sim		Não	
	N	%	N	%
Confiante	195	42,10	145	31,30
Seguro	215	46,40	132	28,50
Preocupado	302	65,20	53	11,40
Impotente	171	36,90	171	36,90
Inseguro	124	26,80	221	47,70
Angustiado	195	42,10	148	32,00
Constrangido	69	14,90	274	59,20
Temeroso	114	24,60	231	49,90
Infeliz	99	21,40	226	48,80
Outros	32	6,90	194	41,90

Fonte: pesquisa com alunos do Curso Para Elas.

Na questão que avalia a percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência, o participante podia marcar mais de uma alternativa para os sentimentos: confiante, seguro, preocupado, impotente, inseguro, angustiado, constrangido, temeroso e infeliz. A maioria (65,2%) demonstra o sentimento de preocupação com esse tipo de atendimento, o que pode estar relacionado à má qualidade da assistência prestada ou ao fato de os profissionais não terem vivenciado discussões com a abordagem da violência na academia.¹⁷ O sentimento de impotência surge em 36,9% dos casos e relaciona-se aos profissionais não saberem o que fazer diante da complexidade do fenômeno da violência e à falta de suporte institucional e estrutural para lidar com a situação da violência contra a mulher.¹⁸ A angústia surge em 42,1% dos casos e esse sentimento relaciona-se à incapacidade dos profissionais em não poderem resolver o problema da mulher em situação de violência. Sentir-se seguro aparece em 46,4%, evidenciando protocolos nos serviços, orientando o profissional sobre quais os passos ele deve seguir. Por outro lado, a insegurança (26,8%) relaciona-se à falta de capacitação desses profissionais. As situações constrangedoras (14,9%) dizem respeito à não capacitação. De acordo com alguns estudos,^{19,20} esse sentimento surge devido à falta de formação para lidar com a violência.¹⁷⁻²⁰

A Tabela 12.2 compara a capacitação, há quanto tempo foi capacitado e o sentimento de confiança demonstrado pelos participantes, em suas respostas ao questionário aplicado.

Tabela 12.2. Sentimento de confiança segundo capacitação, tempo de capacitação e regiões; sentimento de insegurança segundo regiões

Variáveis	Confiança					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Capacitação						
Sim	140	72,5	53	27,5	193	100
Não	51	37,8	84	62,2	135	100
Há quanto tempo foi capacitado (anos)						
< 1	74	70,5	31	29,5	105	100
De 1 a 3	46	66,7	23	33,3	69	100
> 3	27	62,8	16	37,2	43	100

Continua...

... continuação

Tabela 12.2. Sentimento de confiança segundo capacitação, tempo de capacitação e regiões; sentimento de insegurança segundo regiões

Variáveis	Confiança					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Regiões						
Norte	22	57,9	16	42,1	38	100
Nordeste	62	61,4	39	38,6	101	100
Centro-Oeste	35	62,5	21	37,5	56	100
Sul	13	48,1	14	51,9	27	100
Sudeste	63	53,4	55	46,6	118	100

Variáveis	Sentimento de Insegurança					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Regiões						
Norte	15	39,5	23	60,5	38	100
Nordeste	35	35,4	64	64,6	99	100
Centro-Oeste	13	22,4	45	77,6	58	100
Sul	13	46,4	15	53,6	28	100
Sudeste	48	12,4	74	60,7	122	100

Fonte: pesquisa com alunos do Curso Para Elas.

O tempo de capacitação foi associado à variável confiança e pode-se perceber que os profissionais capacitados no último ano sentiam-se mais confiantes comparando-os aos capacitados, nos últimos três anos, o que reflete a importância da capacitação continuada na prática assistencial. Estudo realizado sobre a influência da capacitação no trabalho dos profissionais da saúde que atendem mulheres em situação de violência evidenciou a importância da capacitação dos profissionais da área da saúde, diante da sua responsabilidade, para as intervenções de forma segura. Segundo o mesmo estudo, a capacitação permanente mostrou-se ferramenta fundamental para a manutenção do conhecimento, visto que, com o passar do tempo, de acordo com os profis-

sionais, o conhecimento adquirido para o atendimento foi se reduzindo.²¹ Considerando os profissionais das diversas regiões brasileiras, pode-se perceber que o sentimento de confiança ao atender uma mulher em situação de violência prevalece na região Centro-Oeste. Já o sentimento de insegurança é mais frequente na região Sul.

Ao analisar os dados da CPMI (2013) sobre a situação de violência contra a mulher, no Brasil, a região Sul tem vários obstáculos ao enfrentamento à violência contra mulheres que podem estar relacionados a esse sentimento de insegurança, tais como: baixa articulação institucional da rede especializada de enfrentamento à violência contra mulheres; reduzido orçamento da Secretaria de Políticas para as Mulheres; fragilidade dos bancos de dados; ausência de capacitação permanente de servidores que lidam com a violência contra mulheres; falta de capacitação permanente dos servidores de saúde; inexistência de Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar, com equipes multidisciplinares; existência de poucos juizados especializados; inexistência de promotorias especializadas da mulher nas cidades interioranas; reduzido quadro de defensores públicos; reduzido número de serviços de abortamento legal e sua concentração nas capitais. Não há políticas diferenciadas para as mulheres camponesas, negras, indígenas e quilombolas, que possuem especificidades impactantes na violência sofrida.²²

A Figura 12.1 mostra o Mapa de Correspondência entre o sentimento ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e os diversos níveis de atuação desses profissionais (primário, secundário e terciário).

Tabela 12.3. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (sentimento)

Sentimento	Dimensão 1	Dimensão 2
Confiante	0,927	0,067
Seguro	0,980	0,002
Preocupado	0,090	0,613
Impotente	0,092	0,905
Inseguro	0,886	0,110
Angustiado	0,035	0,073
Constrangido	0,225	0,269
Temeroso	0,985	0,003
Infeliz	0,174	0,039

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 12.4. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna

Atuação	Dimensão 1	Dimensão 2
Atenção primária	0,978	0,013
Atenção secundária	0,693	0,164
Atenção terciária	0,608	0,365
Gestão/administrativo	0,117	0,430

Fonte: dados da pesquisa.

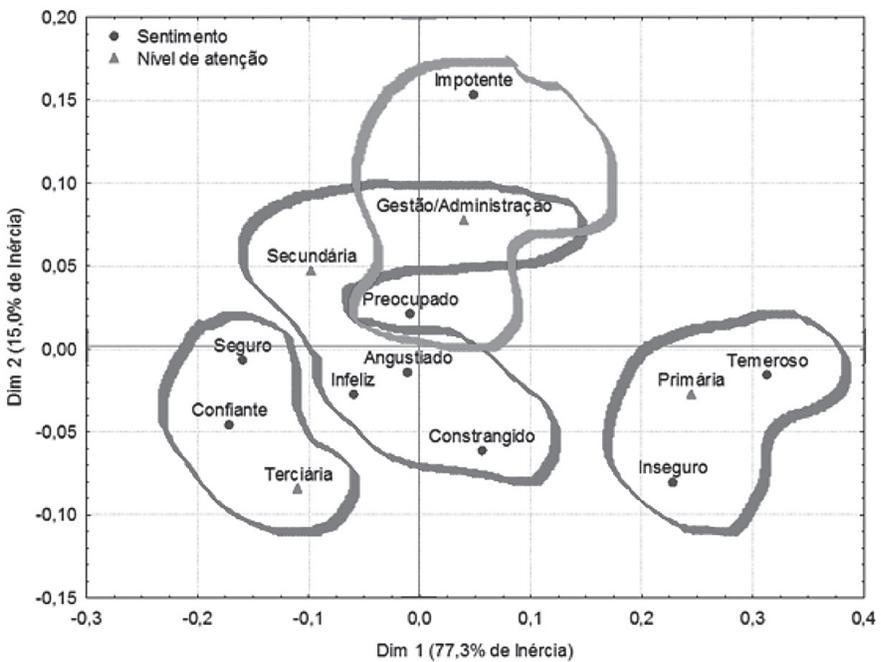


Figura 12.1. Mapa de correspondência: sentimento dos profissionais ao atenderem mulher com suspeita ou em situação de violência e local de atuação.

Pode-se observar que o mapa de correspondência apresenta a percepção de sentimentos negativos, tais como infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro, principalmente em dois níveis de atenção: inseguro e temeroso na atenção primária; angustiado, infeliz e constrangido na atenção secundária. Aqueles que atuavam na gestão/administração sentiam-se impotentes e preocupados. Com exceção da atenção terciária, cujos profissionais se mostravam confiantes e seguros, os demais níveis de assistência demonstraram associações com sentimentos negativos.

A oferta de serviços das redes de atenção de violência contra a mulher salienta que os profissionais podem manifestar sentimentos de insatisfação com a ausência da articulação entre os serviços, ausência das ações compartilhadas, comunicação e interação entre os profissionais, sendo este um dos possíveis motivos da associação negativa de sentimentos com os níveis de atenção. Já os serviços que compõem a rede de atenção às mulheres em situação de violência são deficientes de protocolos, de fluxos, de desarticulação entre si e apresentam-se fragmentados e sem referência e contrarreferência organizada. Criar protocolos e fluxos de atendimentos proporciona condições mais seguras para os profissionais, o que pode refletir na percepção de sentimentos positivos (confiante e seguro) na sua prática profissional. A falta de capacitação ao trabalhar com a violência também é descrita como causa de insatisfação dos profissionais. Estudos sobre formação médica evidenciaram que os profissionais têm dificuldades para lidar com a questão da violência e se sentem despreparados para prestar o atendimento a essas pessoas. Assim, é preciso propiciar espaços para refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde e seus posicionamentos dentro das instituições, além de fornecer meios de capacitação, incluindo a inserção nos currículos da área da saúde e áreas afins da temática da violência como questões racial-étnicas, de sexo e classe social. ²³⁻²⁶

A Figura 12.2 mostra o mapa de correspondência entre as diversas regiões *versus* a capacitação e o sentimento dos profissionais, quando do atendimento a mulheres com suspeita ou em situação de violência

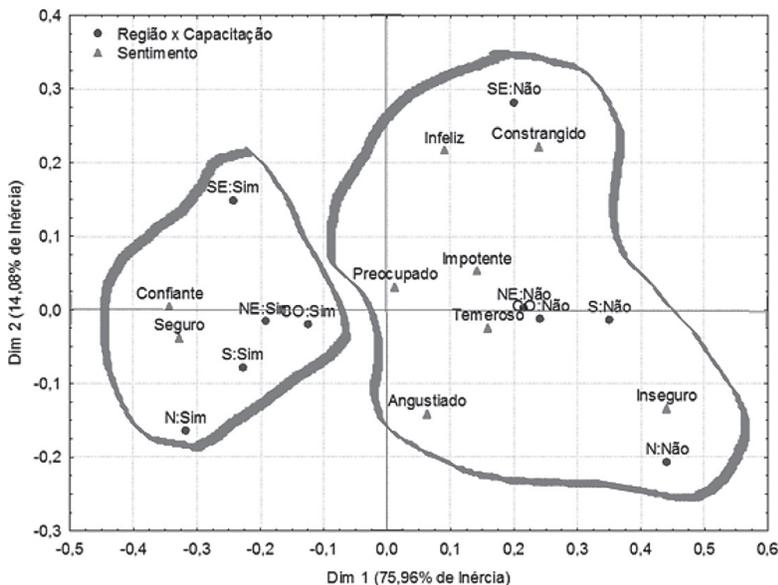


Figura 12.2. Mapa de correspondência: sentimento dos profissionais ao atenderem mulher com suspeita ou em situação de violência e local de atuação.
 Legenda: SE - Sudeste; NE - Nordeste; CO - Centro-Oeste; N - Norte; S - Sul.

Como se pode observar, esse último mapa de correspondência identificou que os entrevistados que foram capacitados, independentemente da região brasileira, estão mais associados aos sentimentos positivos, como confiante e seguro. Aqueles que não foram capacitados estão mais associados aos sentimentos negativos: infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro. Estudo demonstrou que os profissionais não se sentem capacitados para lidar com a questão da violência porque, na sua grande maioria, não receberam informações adequadas durante a graduação que os habilitasse a lidar com esse tema. Essa situação, além de constrangimento, leva ao sentimento de impotência diante da complexidade dos casos, visto que gostariam de fazer uma intervenção de forma integral na qual pudessem valorizar tanto os aspectos físicos como os psicológicos e sociais.²²

Considerações Finais

As respostas aos questionários válidos obtidos para este estudo permitiram que fosse traçado o perfil sociodemográfico da população participante, demonstrando que a maioria é do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 39 anos e com graduação predominantemente em Enfermagem. As associações realizadas demonstraram que os profissionais capacitados no último ano sentem-se mais confiantes para o atendimento, quando comparados aos profissionais capacitados nos últimos três anos. Por outro lado, quanto mais alto o nível de atenção, por exemplo, a atenção terciária, maior é a associação com a percepção de sentimentos positivos (seguro e confiante). Pôde-se constatar, também, que os profissionais capacitados estão mais associados à percepção de sentimentos positivos e os não capacitados à percepção de sentimentos negativos (infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro).

No geral, apurou-se que os profissionais se sentem preocupados com o atendimento na rede de assistência à violência contra a mulher. O Centro-Oeste foi a região brasileira em que os profissionais se manifestam mais confiantes para atender uma mulher em situação de violência, enquanto os da região Sul se sentiram mais inseguros para realizar esse atendimento.

Referências

1. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFPD, Minayo MCDS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. [Internet] Lancet. 2011; 377(9781):1962-75. [Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60053-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60053-6.pdf)
2. World Organization Health. Violence Prevention Alliance: Conceptual Framework [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2014 mai 15]. Disponível em: http://www.who.int/violenceprevention/vpa_conceptual_framework.pdf

3. Garcia-Moreno C, Stouckl H. Protection and sexual reproductive health rights: Addressing violence against women. [Internet] Int J Gynaecol Obstet. 2009; 106 (2): 144-47. [Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(09\)00148-9/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(09)00148-9/pdf)
4. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011. [acesso em 2016, dez 20]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
5. World Organization Health. Violence prevention: the evidence. [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2014 mai 17]. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html).
6. Brasil. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. [Internet] Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Presidência da República; 2008.[Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas/pnpm/comite-de-monitoramento-do-ii-pnpm/Livro_II_PNPM_completo08.10.08.pdf
7. 7. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]; 2010. [acesso em 2014 mai 20]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3029.pdf>
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. [Internet]. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [acesso em 2014 mai 21]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
9. Souza MHDN, Souza IED, Tocantins FR. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. [Internet]. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(3): 354-60. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf
10. Garcia-Moreno C, Hegarty K, Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. [Internet]. Lancet. 2014; 385(9977): 1567-79. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf
11. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Para elas, por elas, por eles, por nós [homepage na internet]. Belo Horizonte. [acesso em 20 mar 2015]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>
12. Brasil. Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres.[Internet] Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República; 2011. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>
13. Brasil. I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. [Internet] Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Presidência da República; 2004.[Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União 1º abr 2014; Seção 1. [acesso em 2014 mai 22]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2014/04/01>
15. Brasil. Decreto nº 5622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [Internet]. Diário Oficial União 20 dez 2005; Seção 1. [acesso em 2015 abr 15]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2005/decreto-5622-19-dezembro-2005-539654-publicacaooriginal-39018-pe.html>

16. Paula KC, Ferneda E, Campos Filho MP. Elementos para implantação de cursos a distância. [Internet]. Revista Digital da CVA – Ricesu. 2004; 2 (7). [acesso em acesso em 2015 abr 18]. Disponível em: <http://pead.ucpel.tche.br/revistas/index.php/colabora/article/viewFile/52/46>
17. Daltoso D. A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher. Tese [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública] – Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto; 2010.
18. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. [Internet] Rev Gaucha Enferm. 2009; 30 (4): 609-16.[acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a05v30n4.pdf>
19. Ferrante FG. Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Tese [Mestrado em Saúde na Comunidade] – Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto; 2008.
20. Moreira SNT, Galvao LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. [Internet]. Rev Saude Publica. 2008; 42 (6): 1053-9. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7122.pdf>
21. Caixeta DMB. Influência da capacitação no trabalho dos profissionais da saúde, que atendem mulheres em situação de violência. Tese [Mestrado em Promoção da Saúde de Prevenção da Violência] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
22. Brasil. Secretaria Geral da Mesa, Secretaria de Comissões, Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI). Brasília: Senado Federal; 2013.
23. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Rev Texto Contexto Enfem [Internet]. 2010; 19(3): 417-24. [acesso em 2015 abr 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a02v19n3.pdf>
24. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. [Internet] Athenea Digital. 2012; 12 (3): 237-54. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et al/1110-pdf-pt>
25. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. [Internet] Saúde soc. 2011; 20 (1): 124-35. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>
26. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. [Internet] Saúde soc. 2014; 23 (3): 778-86. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf>

Capítulo 13

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NOS TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Rejane Antonia Costa dos Santos
Elza Machado de Melo
Maria Helena Costa
Ana Raquel Paolineli Silveira
Breno Gontijo de Camargos
Danielle de Cássia Soares Santos
Heliana Conceição de Moura
Simone Mendes Carvalho
Letícia Gonçalves
Amanda Batista Marcelino
Antônio Leite Alves Radicchi

Resumo

A violência contra as mulheres, fenômeno de alta prevalência, é reconhecida pelos órgãos internacionais e nacionais como violação dos Direitos Humanos. A violência que atinge as mulheres dos territórios rurais apresenta-se de forma perversa e sem visibilidade. Os serviços de saúde são fundamentais para dar notoriedade a esse problema e avanços nas políticas públicas e na legislação contra a mulher ocorreram nas últimas décadas. A notificação compulsória da violência instituída por meio da Lei nº 10.778 de 2003 é um poderoso instrumento de vigilância epidemiológica. Este estudo, aninhado no projeto Para Elas, do Núcleo de Promoção de Saúde e da FM/UFMG no Ministério da Saúde, tem por objetivo analisar a atuação dos profissionais de saúde acerca da notificação compulsória da violência nos territórios de cidadania, definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde, para abordagem da mulher do campo, da floresta e das águas. Foram realizadas entrevistas

*semiestruturadas com profissionais dos 10 municípios selecionados, que participaram das oficinas do projeto Para Elas. **Resultados:** 438 profissionais participaram, sendo a maioria do sexo feminino, na faixa etária de 21 a 40 anos, com graduação ou pós-graduação. Os profissionais que mais notificaram foram os do Serviço Social e da Psicologia, para o caso confirmado. A atenção terciária apresentou percentual de notificação maior em relação aos outros níveis de atenção. Grau de instrução mais elevado mostrou-se favorável à atitude do profissional em notificar os casos de violência, bem como a oferta de capacitação e a garantia de recursos necessários para as ações de combate à violência. Foram indicadas dificuldades em relação ao preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória. Verificou-se desconhecimento dos profissionais quanto ao aspecto legal e prático da notificação da violência contra a mulher. **Conclusão:** há subnotificação da violência entre os profissionais participantes do estudo, o que remete à necessidade de sua capacitação e sensibilização.*

***Palavras-chave:** Notificação. Violência contra a mulher. Mulher do campo e floresta e das águas.*

Introdução

A violência tem sido considerada um grave problema de saúde pública em todo o mundo. O setor saúde, desde a década de 1980, tem buscado entender as raízes da violência e atuar na sua prevenção.¹ Diante das violências que afligem a saúde humana, encontra-se a violência contra as mulheres, violação de direitos que atinge mulheres de todas as classes sociais, raças, faixas etárias. Portanto, o enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres é um dever do Estado e uma demanda da sociedade.^{2,3}

A atuação do movimento feminista sensibiliza as mulheres e a sociedade em geral para a questão da violência contra as mulheres, exigindo do Estado ações e intervenções para as vítimas. O Brasil, como país signatário de tratados internacionais, assumiu a responsabilidade de implementar mecanismos de prevenção e de enfrentamento da violência contra as mulheres.^{4,5}

O setor saúde atua como um dos principais acessos das mulheres em situação de violência. Os profissionais de saúde ocupam posição de fundamental importância no enfrentamento dessa violência e podem ser decisivos para interromper esse ciclo. A identificação dos casos é um grande desafio a vencer e muitos estudos mostram a dificuldade dos profissionais de saúde em identificar, detectar e prestar assistência às mulheres no Brasil.^{3,6,7}

O mapa da violência 2015 ressalta que a taxa de homicídio no Brasil passa de 4,4 por 100 mil mulheres, em 2003, para 4,8 em 2013, com crescimento de 8,8% na década. Não por acaso, o Brasil, num total de 83 países, ocupa atualmente a 5ª posição, ficando atrás somente de El Salvador, Colômbia, Guatemala e a Federação Russa.⁸

A temática da violência contra as mulheres rurais é de grande importância para o setor saúde, com seus altos índices de violência contra essas mulheres, a invisibilidade do problema e a maior dificuldade de viabilizar estratégias de intervenção, em virtude do distanciamento dos recursos de atenção social e de proteção, associado às grandes distâncias geográficas que separam o território rural dos centros urbanos.⁹ As precárias condições de vida e de acesso a políticas públicas, em especial nas regiões mais pobres do país, aprofundam as desigualdades entre homens e mulheres na zona rural brasileira. Dados de pesquisa no meio rural revelam que as mulheres do campo e da floresta convivem com as diversas faces da violência, o que necessita de medidas e ações de enfrentamento e combate à violência contra elas, levando em conta a especificidades das suas demandas.^{10, 11}

Nos últimos 10 anos, os avanços nas organizações rurais e de mulheres vêm refletindo na implementação de diversas políticas que visam à população rural. A notificação da violência foi definida como compulsória, em 2003, por meio da Lei nº 10.778,¹² que “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, em todo o território nacional”. Adota o conceito “violência contra a mulher” como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado”.¹²

A ficha e o fluxo de notificação foram estabelecidos em 2004, pela Portaria nº 2.406 do Ministério da Saúde.¹² Em 2006, foi criado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilita conhecer a magnitude desses agravos e subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a eles, buscando preveni-los.¹³

A notificação da violência representa um avanço importante no enfrentamento da violência. Assim, as informações geradas podem contribuir para a prevenção e elaboração de medidas de combate à violência e construção de políticas públicas.³ No entanto, ainda há grande dificuldade do profissional de saúde em reconhecer a violência e abordá-la.^{14,15}

A importância do ato de notificar não se restringe apenas ao preenchimento de uma ficha, uma vez que a notificação constitui ferramenta de fundamental importância para o enfrentamento da violência, a construção de rede de proteção para as mulheres e a população em geral e o compreender do fenômeno^{3,16} e está fundamentada em lei¹². Assim, os profissionais precisam assumir a notificação no contexto da atenção em saúde, devendo, portanto, serem sensibilizados e envolvidos nesse processo.

O presente estudo objetiva analisar a atuação dos profissionais de saúde participantes dos 10 Seminários Campo e Floresta do projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, acerca da notificação compulsória da violência contra mulheres.

Método

Esta pesquisa é parte de um projeto de abordagem da violência contra a mulher, de âmbito nacional, intitulado Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência, realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG com o Ministério da Saúde. O projeto de âmbito nacional surge com o intuito de colaborar com a discussão da violência contra a mulher e tem como objetivos principais: a capacitação de profissionais, a organização da rede de atenção e a produção de conhecimento e de material científico.

Uma das atividades do projeto Para Elas foi o treinamento em serviço de equipes de 10 municípios brasileiros para prestar cuidados à mulher do campo e da floresta em situação de violência, por meio de oficinas locais realizadas em 2013 e 2014.¹⁷ Os municípios participantes dos seminários foram: São Mateus (Espírito Santo), Posse (Goiás), São Lourenço (Rio Grande do Sul), Quixadá (Ceará), Cruzeiro do Sul (Acre), Santana dos Matos (Rio Grande do Norte), Igarapé Miri (Pará), Augustinópolis (Tocantins), Irecê (Bahia), Registro (São Paulo). O presente capítulo deriva de estudo realizado com os profissionais participantes dessas oficinas. Trata-se de estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, cuja metodologia consistiu de realização de entrevistas semiestruturadas, utilizando como instrumento questionários autoaplicáveis. Tem como eixo temático a notificação da violência contra a mulher.

Os dados foram armazenados em bancos de dados utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 16.0. As variáveis estudadas foram: as características sociodemográficas dos participantes; as características em relação ao trabalho (nível de atenção e tempo na função); o atendimento à mulher em situação de violência; e a notificação dos casos suspeitos e dos casos confirmados. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequências simples e cruzadas, apresentadas em tabelas e gráficos de barra.

Resultados

Participaram do estudo 438 profissionais, com predomínio do sexo feminino (82,4%). A maioria dos respondentes encontra-se na faixa etária de 21 a 40 anos (61,2%), sendo de cor branca ou parda (81,1%). Mais da metade dos participantes informou ser casada ou estar em união estável (54,1%), 37,4% declararam ter graduação e 42,2 % curso de pós-graduação. Em relação ao nível de atenção, 35,6% estão distribuídos na atenção primária, 31,7% na gestão, os demais na atenção secundária (9,4%) e na atenção terciária (4,1%). Quanto ao tempo de trabalho na função atual, 36,8% possuíam mais de três anos, 26,7% um a três anos e 25,3% estavam há menos de um ano de tempo na função (Tabela 1). Em relação à formação acadêmica, os dados mostraram que a maior

prevalência foi Enfermagem (37,2%), seguida de Serviço Social (9,4%) e Pedagogia (5%). Medicina e Psicologia apresentaram as mesmas prevalências neste estudo (3,9%).

Foram encontradas pequenas diferenças de notificação de casos suspeitos segundo sexo e estado civil. A faixa etária acima de 51 anos foi a que menos notificou (48,9%); quanto à raça/cor, a que menos notificou foi a branca. Em relação ao grau de instrução, a maioria que realizou a notificação da suspeita possui pós-graduação. No nível de atenção, a atenção terciária com 33,3% foi que a mais notificou a suspeita. E tempo na função atual, de um a três anos, com 17,9% (Tabela 13.1). As categorias profissionais que mais notificaram a suspeita foram a Pedagogia e a Enfermagem, com 27,3 e 20,4%, respectivamente.

Tabela 13.1. Notificação dos casos suspeitos segundo variáveis sociodemográficas e inserção nos serviços

Variáveis estudadas	Diante da suspeita, você notificou?								Total	
	Sim		Não		Não informou		Não se aplica			
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Sexo										
Masculino	8	11,3	32	45,1	9	12,7	22	31,0	71	16,2
Feminino	54	15,0	156	43,2	67	18,6	84	23,3	361	82,4
Não informou	0	0,0	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	1,4
Estado civil										
Casado (a)/união estável	32	13,5	111	46,8	38	16,0	56	23,6	237	54,1
Solteiro (a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a)	30	15,0	79	39,5	39	19,5	52	26,0	200	45,7
Não informou	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,2
Faixa etária (anos)										
Até 30	19	14,0	61	44,9	20	14,7	36	26,5	136	31,1
De 31 a 40	21	15,9	57	43,2	19	14,4	35	26,5	132	30,1
De 41 a 50	11	15,7	28	40,0	18	25,7	13	18,6	70	16,0
Acima de 51	4	8,5	23	48,9	6	12,8	14	29,8	47	10,7
Não informou	7	13,2	21	39,6	15	28,3	10	18,9	53	12,1

Continua...

... continuação

Tabela 13.1. Notificação dos casos suspeitos segundo variáveis sociodemográficas e inserção nos serviços

Variáveis estudadas	Diante da suspeita, você notificou?								Total	
	Sim		Não		Não informou		Não se aplica			
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Cor/Raça										
Preta	5	17,2	12	41,4	4	13,8	8	27,6	29	6,6
Branca	20	12,3	70	43,2	29	17,9	43	26,5	162	37,0
Amarela	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7	6	1,4
Parda	30	15,5	81	42,0	36	18,7	46	23,8	193	44,1
Indígena	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Não informou	5	10,6	24	51,1	8	17,0	10	21,3	47	10,7
Grau de instrução										
Ensino Fundamental	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,5
Ensino Médio	9	10,8	24	28,9	27	32,5	23	27,7	83	18,9
Graduação	22	13,4	71	43,3	32	19,5	39	23,8	164	37,4
Pós-graduação	30	16,2	92	49,7	18	9,7	45	24,3	185	42,2
Não informou	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4	0,9
Nível de atenção										
Atenção Primária – APS	11	7,1	74	47,4	41	26,3	30	19,2	156	35,6
Atenção Secundária	7	17,1	28	68,3	2	4,9	4	9,8	41	9,4
Atenção Terciária	6	33,3	7	38,9	1	5,6	4	22,2	18	4,1
Gestão	21	15,1	49	35,3	18	12,9	51	36,7	139	31,7
Outros	7	31,8	4	18,2	6	27,3	5	22,7	22	5,0
Não informado	10	16,1	28	45,2	10	16,1	14	22,6	62	14,2

Continua...

... continuação

Tabela 13.1. Notificação dos casos suspeitos segundo variáveis sociodemográficas e inserção nos serviços

Variáveis estudadas	Diante da suspeita, você notificou?								Total	
	Sim		Não		Não informou		Não se aplica			
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Tempo na função atual (anos)										
< 1	10	9,0	41	36,9	21	18,9	39	35,1	111	25,3
1 a 3	21	17,9	59	50,4	8	6,8	29	24,8	117	26,7
> 3	22	13,7	69	42,9	36	22,4	34	21,1	161	36,8
Não informou	9	18,4	21	42,9	13	26,5	6	12,2	49	11,2

Fonte: pesquisa Para Elas, sobre notificação.¹⁷

Em relação à notificação da situação de violência contra a mulher, houve pequenas diferenças quanto ao sexo e cor/raça. Não houve diferença segundo o estado civil. A faixa etária que mais notificou foi de 31 a 50 anos e a que menos notificou foi a faixa acima de 51 anos – quase a metade (46,8%) não notificou a situação de violência (Tabela 13.2). Considerando a categoria profissional, o Serviço Social foi o que mais notificou a situação de violência (29,3), seguido da Psicologia (23,5%). A Pedagogia e a Enfermagem representaram 18,2% e 17,9%, respectivamente. Importante ressaltar que a Medicina apresentou baixo percentual de notificação da situação de violência, sendo que mais da metade da categoria médica (64,7%) informou não realizar a notificação do caso confirmado da violência.

A maioria que realizou a notificação da situação da violência possui pós-graduação (18,4%). E 14,6% que informaram realizar a notificação da violência possuem graduação. A atenção terciária, com 50,0%, foi a que mais notificou esse agravo. A atenção secundária representou 22%. A gestão e atenção primária representaram 15,8 e 8,3%, respectivamente. O tempo na função de um a três anos foi descrito por 18,8% e acima de três anos por 14,3%. Vale ressaltar que a maioria dos profissionais tem mais de três anos na função atual, conforme dados apresentados. Em relação ao atendimento à mulher em situação de violência, ou seja, o caso confirmado, 46,1% confirmaram esse atendimento e 30,2% afirmaram realizar a notificação. Importante ressaltar que 65,8% dos profissionais que atenderam o caso confirmado da violência informaram que não realizaram a notificação.

Tabela 13.2. Notificação dos casos confirmados de violência contra mulher segundo variáveis sociodemográficas e inserção nos serviços

Variáveis estudadas	Diante da mulher em situação de violência, você notificou?								Total	
	Sim		Não		Não informou		Não se aplica		n	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo										
Masculino	8	11,3	32	45,1	9	12,7	22	31,0	71	16,2
Feminino	54	15,0	156	43,2	67	18,6	84	23,3	361	82,4
Não informou	0	0,0	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	1,4
Estado civil										
Casado(a)/união estável	37	15,6	86	36,3	61	25,7	53	22,4	237	54,1
Solteiro(a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a)	30	15,0	66	33,0	43	21,5	61	30,5	200	45,7
Não informou	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,2
Faixa etária (anos)										
Até 30	17	12,5	49	36,0	25	18,4	45	33,1	136	31,1
de 31 a 40	25	18,9	46	34,8	33	25,0	28	21,2	132	30,1
de 41 a 50	11	15,7	22	31,4	21	30,0	16	22,9	70	16,0
Acima de 51	5	10,6	22	46,8	8	17,0	12	25,5	47	10,7
Não informou	9	17,0	13	24,5	18	34,0	13	24,5	53	12,1
Cor/Raça										
Preta	5	17,2	10	34,5	5	17,2	9	31,0	29	6,6
Branca	27	16,7	55	34,0	38	23,5	42	25,9	162	37,0
Amarela	1	16,7	2	33,3	2	33,3	1	16,7	6	1,4
Parda	29	15,0	65	33,7	47	24,4	52	26,9	193	44,1
Indígena	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Não informou	5	10,6	19	40,4	13	27,7	10	21,3	47	10,7

Continua...

... continuação

Tabela 13.2. Notificação dos casos confirmados de violência contra mulher segundo variáveis sociodemográficas e inserção nos serviços

Variáveis estudadas	Diante da suspeita, você notificou?								Total	
	Sim		Não		Não informou		Não se aplica			
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Grau de instrução										
Ensino Fundamental	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,5
Ensino Médio	9	10,8	24	28,9	27	32,5	23	27,7	83	18,9
Graduação	22	13,4	71	43,3	32	19,5	39	23,8	164	37,4
Pós-graduação	30	16,2	92	49,7	18	9,7	45	24,3	185	42,2
Não informou	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4	0,9
Nível de atenção										
Atenção Primária – APS	11	7,1	74	47,4	41	26,3	30	19,2	156	35,6
Atenção Secundária	7	17,1	28	68,3	2	4,9	4	9,8	41	9,4
Atenção Terciária	6	33,3	7	38,9	1	5,6	4	22,2	18	4,1
Gestão	21	15,1	49	35,3	18	12,9	51	36,7	139	31,7
Outros	7	31,8	4	18,2	6	27,3	5	22,7	22	5,0
Não informado	10	16,1	28	45,2	10	16,1	14	22,6	62	14,2
Tempo na função atual (anos)										
< 1	10	9,0	41	36,9	21	18,9	39	35,1	111	25,3
1 a 3	21	17,9	59	50,4	8	6,8	29	24,8	117	26,7
> 3	22	13,7	69	42,9	36	22,4	34	21,1	161	36,8
Não informou	9	18,4	21	42,9	13	26,5	6	12,2	49	11,2

Fonte: pesquisa Para Elas, sobre notificação.¹⁷

A Figura 13.1-A mostra as dificuldades assinaladas pelos participantes em relação ao preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória da Violência. A saber: ine-

xistência da ficha de notificação na unidade de saúde (43,8%), a falta de capacitação da equipe (18%) e o desconhecimento da ficha (16,9%). A Figura 13.1-B apresenta a proporção de profissionais que notificam a situação de violência diante da suspeita: entre os profissionais que notificaram a suspeita da violência, 80,4% notificam os casos confirmados de violência e 19,6% não notificaram a situação de violência. Entre os profissionais que não notificaram a suspeita, 89,2% não notificaram a situação de violência e apenas 10,8% tiveram essa atitude.

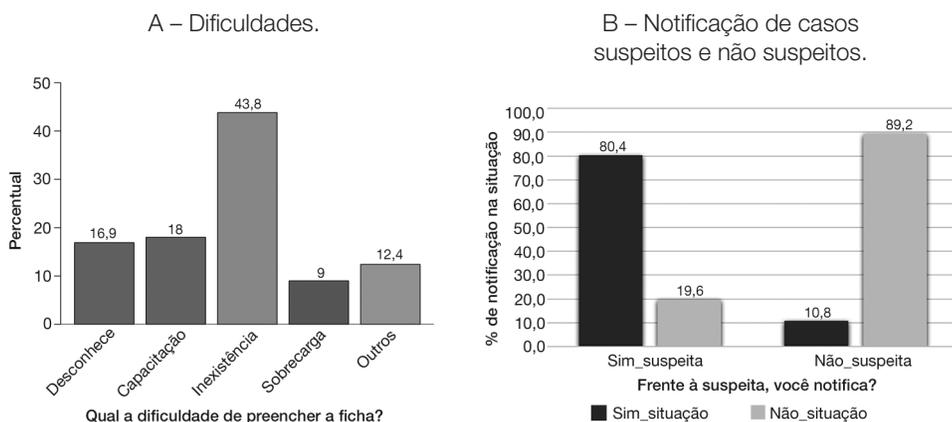


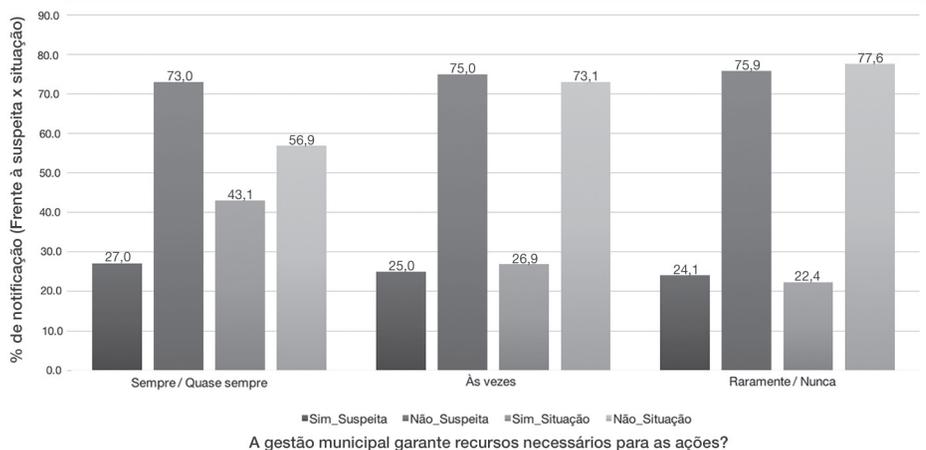
Figura 13.1. Dificuldades identificadas em relação ao preenchimento da notificação compulsória da violência e notificação da violência segundo suspeita.

A Figura 13.2-A ilustra a associação entre o ato de notificar a suspeita e situação da violência e a garantia de recursos necessários, pela gestão, para as ações de combate à violência. Entre os que informaram que a gestão sempre/quase sempre garante recursos necessários, 27,0% realizam a notificação da suspeita da violência e 43,1% realizam a notificação para a situação de violência. Entre os que informaram que a gestão raramente/nunca garante recursos necessários para o combate à violência, apenas 24,1% realizam a notificação da violência para o caso suspeito e 22,4% para o caso confirmado. Como se vê, no caso da notificação da suspeita da violência, independentemente da garantia de recursos, as proporções permanecem praticamente as mesmas, com poucas oscilações. Para os casos confirmados de violência, no entanto, a diferença é considerável, sugerindo associação entre a garantia de recursos necessários para as ações de combate à violência e o aumento da notificação.

A Figura 13.2-B retrata a associação entre a oferta de programas de capacitação e o ato de notificar tanto a suspeita quanto a situação da violência. Assim, entre os respondentes que informaram ter capacitação sempre/quase sempre, 35,3% realizam a notificação da suspeita e 43,8% realizam a notificação para a situação. Entre os que

disseram que raramente/nunca têm capacitação, apenas 18,8% realizam a notificação da violência para o caso suspeito e 25% para o caso confirmado. Portanto, os dados sugerem que o aumento da oferta de capacitação está associado ao aumento da notificação, tanto para a suspeita quanto para os casos de violência.

A – Notificação de casos suspeitos e confirmados segundo a garantia de recursos pela gestão.



B – Oferta de capacitação.

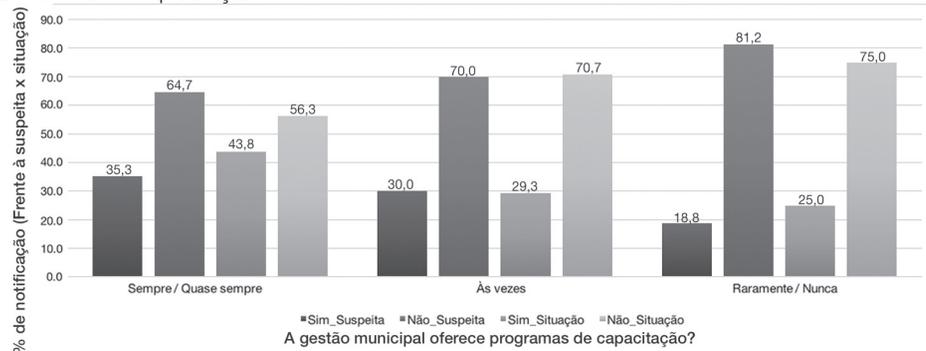


Figura 13.2. Percentual de notificação de mulher em suspeita/situação de violência segundo a garantia de recursos para as ações de combate à violência e oferta de programas de capacitação.

Discussão

De acordo com os dados sociodemográficos, houve, entre os entrevistados, predominância do sexo feminino, sendo a Enfermagem a categoria profissional de maior prevalência, o que é corroborado na literatura.¹⁶ A maioria dos participantes encontra-se na faixa etária de 21 a 40 anos, é casada ou vive em união estável, em acordo com outras pesquisas.¹⁸ Os resultados também revelam que os profissionais atuam há pouco tempo no serviço de saúde, em que 36,8% dos participantes possuíam mais de três

anos na função atual. O tempo de atuação dos profissionais encontrado neste estudo também se aproxima do tempo encontrado em outros estudos, como o que avaliou o conhecimento dos profissionais da saúde da atenção primária sobre notificação de violência contra crianças e adolescentes. Essa pesquisa verificou que cerca de metade dos profissionais trabalha há pouco tempo no serviço de saúde, entre um e cinco anos.¹⁹ Ainda, no que se refere ao perfil dos profissionais, a pós-graduação mostrou-se como uma variável que pode estar relacionada à tomada de decisão/atitude do profissional em notificar os casos de violência contra as mulheres.^{16,18-20}

Apurou-se pequena diferença na distribuição da notificação segundo sexo, estado civil, raça/cor e tempo de atuação na função atual, enquanto outro estudo, realizado em Recife, entre 2011 e 2012, não evidenciou tal associação²⁰. A diferença se mostrou maior entre as faixas etárias.¹⁸ A maior proporção de notificação na atenção terciária encontrada no presente estudo, assim como o baixo percentual de notificação na atenção primária, está em consonância com outros estudos.²¹⁻²² O melhor desempenho na atenção terciária, em termos de notificação, pode estar relacionado à capacitação dos profissionais de saúde desse nível terciário e à implantação, em 2004, do Programa de Atenção à Mulher em Situação de Violência.²¹

Parcela importante dos profissionais atendeu casos suspeitos e confirmados de violência. A maioria, porém, não os notificou, o que demonstra o grave problema da subnotificação da violência contra a mulher, resultado próximo do encontrado na literatura.²¹ Por outro lado, estudos ressaltam a dificuldade apresentada pelos profissionais em identificar a violência vivenciada, de modo a agravar ainda mais a subnotificação.^{5,6,23}

Em relação às categorias profissionais, o destaque para a Pedagogia poderia ser explicado pelo diálogo sobre a questão nos espaços da Educação, consequentemente, com mais chances de notificar o agravo.²⁰ Em outros estudos, porém, a Enfermagem foi a categoria que mais notificou a situação de violência.²⁴ A notificação de casos por psicólogos também é descrita na literatura.⁵ De modo geral, o que se percebe é o baixo percentual de notificação, apesar dos vários avanços e da existência de legislação que regulamenta a notificação compulsória da violência contra a mulher.¹² A formação acadêmica dos profissionais de saúde está na raiz do problema e converge para explicar tanto o despreparo para o atendimento da violência contra a mulher quanto para a atuação no Sistema Único de Saúde, em razão da dificuldade dos profissionais em trabalharem numa perspectiva inclusiva e intersetorial.^{15, 25} A relação da formação acadêmica com o preparo ou despreparo dos profissionais para lidar com a violência é ainda mostrado em outros estudos.^{26,27}

Conforme apresentado nos resultados, normalmente o profissional, ao notificar a suspeita da violência, melhora a notificação da situação da violência, uma associação favorável. Por outro lado, o preenchimento da ficha de notificação compulsória ainda

não está totalmente incorporado às atividades dos serviços de saúde dos 10 municípios que atendem as vítimas de violência²⁶. As dificuldades assinaladas quanto ao preenchimento da ficha de notificação compulsória aproximam das informações encontradas em alguns estudos.²²⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰

Pesquisa sobre o preenchimento da notificação compulsória da violência e os principais obstáculos para o preenchimento da ficha nos serviços de saúde do estado de São Paulo mostrou que a maioria dos participantes dos serviços de saúde detectou as dificuldades referentes às mulheres (dificuldade de obter informações, resistência e/ou medo das mulheres), seguidas das características relacionadas à ficha (difícil e complicada de preencher, é muito extensa, demora no preenchimento, fluxo falho da notificação) e das razões dos profissionais (falta de tempo/esquecimento dos profissionais; falta/má-vontade dos profissionais).³⁰ Acresce as essas dificuldades a inexistência da ficha nos serviços, como citado por expressiva parcela dos profissionais.

Observou-se, neste estudo, que há desconhecimento por parte dos profissionais quanto ao aspecto legal e prático da notificação da violência contra a mulher, o que alerta para as dificuldades de mapeamento de outros setores envolvidos no enfrentamento da violência contra a mulher. Diante da complexidade, a violência contra as mulheres necessita de ações e pactuações intersetoriais, ressaltando a importância da consolidação da rede de enfrentamento da violência contra as mulheres.

O baixo percentual de notificação observado nesta investigação reforça a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo. A realização contínua de capacitação e qualificação dos profissionais é de suma importância. Além da transformação de sua atitude diante da notificação, essa capacitação pode influenciar a produção de um atendimento mais humanizado e acolhedor, bem como valorizar as demandas trazidas pelas mulheres aos serviços de saúde como uma das formas para reconhecer e identificar os casos de violência.

O Ministério da Saúde avança ao ampliar o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública e tem desenvolvido ações no sentido de incentivar o registro dos casos pelos profissionais. No entanto, ainda há subnotificação da violência contra as mulheres, sendo possível constatá-la também nos territórios avaliados. Em relação ao exercício profissional no país, as más condições de trabalho, sobrecarga e as relações de trabalho frágeis, influenciam na qualidade do atendimento e o cuidado com a saúde dos brasileiros. No que se concerne à notificação da violência, o profissional necessita de um cenário que o ampare, auxilie e o capacite para realização da notificação. E que gere retorno das ações efetuadas.

Há poucas publicações sobre a notificação da violência contra a mulher e o profissional de saúde inserido em territórios rurais. Há escassez, também, de pesquisas acerca da violência contra a mulher do campo e da floresta, conforme relatado por Daron³¹:

O silêncio teórico, de análise empírica do fenômeno da violência contra as mulheres do campo e da floresta, não é a demonstração de que este fenômeno não faz parte da vida destas mulheres. Pelo contrário, é a demonstração de uma realidade ocultada e invisibilizada no Brasil.

Considerações Finais

Pensar a violência como questão de saúde pública e o seu enfrentamento remete à importância da atuação do profissional de saúde, não somente no atendimento e no cuidado das vítimas, como também na geração de informações úteis no combate a esse problema tão grave no nosso meio. Verificou-se que o ato de notificar é baixo entre as categorias estudadas, havendo também diferenças entre elas.

Alguns fatores se apresentaram favoráveis ao ato de notificar: o grau de instrução mais elevado tanto na suspeita quanto para a situação de violência, a faixa etária, a atenção terciária e o tempo na função. O fato de a gestão garantir recursos necessários para as ações de combate à violência e os programas de capacitação demonstraram ser favoráveis para que o processo de notificação ocorra. Outros atuam como dificultadores: inexistência da ficha para notificação da violência nas unidades de saúde, o desconhecimento da ficha de notificação e a não oferta de capacitação para os profissionais envolvidos, bem como inexistência de condições adequadas de trabalho e não garantia dos recursos necessários para as ações no combate à violência.

Os dados apresentados não sugerem apenas dificuldades de identificar e notificar a violência contra a mulher, mas sugere a invisibilidade desse problema. O conhecimento desses dados pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres que vivenciam essa situação, bem como a qualificação contínua dos profissionais inseridos nesse processo e a sensibilização dos mesmos, de forma que o atendimento ofertado não seja tão doloroso para as mulheres nem para os profissionais envolvidos nesse processo.

Referências

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva. 2006;11 supl.:1163-78.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. [Internet]. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2013. [acesso em 2016 mai 1]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>
3. Zamprogno, L. A relação saúde pública e violência contra as mulheres: o processo de implementação da Lei 10.778/03, no município de Cariacica. [dissertação]. [Internet]. Vitória (ES): Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM; 2013.[acesso

em 2015 abr 16]. Disponível em: <http://www.emescam.br / arquivo/pos/ scripto/ dissertacoes/ 201202_LUANA_ZAMPROGNO.pdf>

4. Okabe I, Fonseca RMGS. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. *Rev. esc. enferm. USP.* 2009; 43(2): 453-8.
5. Hanada H. Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
6. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2002; 36(4): 470-7.
7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: A violência contra a mulher, a saúde e os direitos. São Paulo: Ed. Unesp; 2005.
8. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil.[Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2015. [acesso em 2016 fev 15]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf .
9. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(5): 1088-95.
10. ONU mulheres. O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010. [Internet]. Rio de Janeiro: CEPIA; 2011. [acesso em 2016 fev 1]. Disponível em http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf
11. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e ações nacionais. [Internet]. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2011. [acesso em 2016 abr 10]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/campo-e-floresta>
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde público ou privado. D.O.U, Brasília, DF; 25 nov. 2003. Seção 1. [acesso em 2015 abr 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2016 mai 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf
14. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(3): 1943-52.
15. Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2012; 12(3): 307-18.
16. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(2): 481-91.
17. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Faculdade de Medicina. Projeto Para Elas, por elas, por eles e por nós. [Internet]; 2012. [acesso em 2015 jul 15]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>
18. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev. bras. epidemiol.* 2012; 15(1): 166-78.

19. Garbin CAS, Garbin AJL, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(12): 2567-73.
20. Silva JL. Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na Atenção Primária. [dissertação] Recife (PE): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
21. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(5): 1263-72.
22. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1805-15.
23. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4): 604-10.
24. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev. paul. Pediatr*. 2013; 31(2): 223-30.
25. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde soc*. 2011; 20(1): 124-35.
26. Gomes NP, Bonfim ANA, Barros RD, Silva Filho CC, Diniz NMF. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22(4): 477-81.
27. Vicente LM, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Rev. bras. educ. med*. 2009; 33(1): 63-71.
28. Smith JS, Rainey SL, Smith KR, Alamares C, Grogg D. Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *J Trauma Nurs*. 2008; 15(1):9-11.
29. Caixeta DMB. Influência da capacitação no trabalho dos profissionais da saúde, que atendem mulheres em situação de violência. [dissertação] Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
30. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(1): 94-107.
31. Daron VLP. Um grito lilás: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta. [Internet]. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2009. [Mimeografado]. [acesso em 2015 abr 1]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/sev/coordenacao-geral-de-acoes-preventivas-e-garantia-de-direitos/enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-do-campo-e-da-floresta/documentos/um%20grito%20lilas.pdf>

Capítulo 14

AVALIAÇÃO DO CURSO ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA – PARA ELAS – MODALIDADE A DISTÂNCIA

Elisane Adriana Santos Rodrigues
Denise Monteiro de Barros Caixeta
Carolina Alves Reynaldo Dias
Ângela Moreira
Adriana Cristina Perini
Ângela Maria Barbosa Martins da Rocha
Luciana Crepaldi
Mateus Figueiredo Martins da Rocha
Márcia Maria Silva Brandão
Elza Machado de Melo
Victor Hugo de Melo

Resumo

A presente discussão, de abordagem quali-quantitativa, tem por objetivo investigar os resultados das avaliações realizadas pelos alunos do Curso Para Elas – Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência, sob a forma de Educação a Distância (EAD), ao final das atividades, bem como identificar as potenciais mudanças de suas atitudes em relação ao atendimento às mulheres em situação de violência. Foram utilizados dados oriundos de três diferentes instrumentos de avaliação aplicados aos alunos do curso EAD no período de agosto de 2014 a julho de 2016: questionário semiestruturado de avaliação diagnóstica, discursos de avaliação formativa postados no Fórum de Encerramento da Unidade III e questionário semiestruturado de avaliação somativa. Para a análise quantitativa empregou-se análise descritiva com distribuição de frequência simples e frequências com tabulações cruzadas. Na análise qualitativa, aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática,

que corresponde à categorização dos discursos por meio de processos de desmembramento do texto em unidades, segundo temas analógicos. O total de 172 alunos participou das entrevistas. Verificou-se que o curso EAD tem grande potencial de contribuição no enfrentamento da violência por meio da capacitação de profissionais que lidam com o problema no seu cotidiano. Os participantes demonstraram mais sensibilização e mais familiaridade com o tema, declarando-se aptos e capacitados ao final das atividades, além de pautarem diversas possibilidades de atuação voltadas à garantia de melhoria da assistência, conhecimento ou consolidação de fluxos e modo de atuar nos serviços.

Palavras-chave: Violência. Educação Permanente. Violência Contra a Mulher. EAD.

Introdução

O projeto “Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós”, criado em 2013, surgiu a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral da Saúde das Mulheres, e o Núcleo de Promoção de Saúde e Paz da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Entre os objetivos dessa parceria encontra-se a capacitação de profissionais que atuam na atenção à saúde da mulher em situação de violência em todo o território nacional.

Diante da proposta do projeto de disseminar conteúdo e permitir discussões entre o maior número de profissionais pertencentes às redes locais, regionais e nacionais, com vista ao fortalecimento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, ressaltou-se a modalidade de Educação a Distância (EAD) para realizar a capacitação desses atores em todo o Brasil. Em agosto de 2014, teve início a primeira turma do Curso a Distância “Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência – Para Elas”. A proposta utiliza tecnologias de informação e comunicação, possibilitando a Educação Permanente de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, por meio do acesso ao conteúdo e às discussões, sem limitações geográficas, o que promove autonomia para o estudo, sem restrições de horários.

Pretende-se, no presente capítulo, discutir o acervo de informações resultantes das avaliações realizadas pelos alunos ao final das atividades do Curso Para Elas – Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência, sob a forma de EAD – bem como identificar as mudanças de suas atitudes em relação ao atendimento às mulheres em situação de violência.

A capacitação profissional para o atendimento da mulher em situação de violência

A capacitação de profissionais da saúde é uma estratégia importante para a atenção adequada às pessoas em situação de violência,¹⁻⁹ uma vez que este tema é complexo e, muitas vezes, não é abordado durante a formação acadêmica. Esse fato gera,

por consequência, demanda por cursos que garantam a formação ou atualização de profissionais para o tema.

A dificuldade dos profissionais de saúde na detecção e na abordagem da violência, no dia a dia do trabalho, é reflexo do fato de que as mulheres em situação de violência – apesar de estarem mais propensas a procurar atenção de saúde do que as outras mulheres – não relatam as experiências vividas como motivo pela busca da atenção à saúde. Ou seja, elas procuram os serviços de saúde por diferentes razões, mas sem de fato se expressarem o problema da violência. Além disso, os profissionais de saúde não relacionam o que percebem na anamnese e no exame físico com a violência.^{4,10,11,12,13}

Esse contexto exige dos profissionais da saúde *expertise* para responder, de forma pertinente, as diversas situações de violência a que as mulheres são submetidas e o necessário conhecimento e aptidão para fazer os encaminhamentos adequados,⁶ pois durante o atendimento tanto os riscos identificados pela equipe como os fatores de proteção poderão auxiliar na atuação dos profissionais para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência.¹⁴ Além disso, recomenda-se que os profissionais sejam capacitados para as práticas de promoção de saúde, para a humanização do cuidado e para o acolhimento.² Para esse atendimento é necessária transformação nos conhecimentos e práticas para além do técnico, com os quais se promova atitude de compromisso com as práticas de combate à violência e que evitem o seu fortalecimento.¹⁵

Destaca-se a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde para a abordagem da violência como o primeiro passo na implementação de políticas de enfrentamento, pois, coerentemente com a realidade de saúde, o SUS tem apostado em mudanças nas práticas de saúde, exigindo avanços na formação, no desenvolvimento e no modo de agir dos profissionais da área. Entende-se que mudanças no modo de ensinar e de aprender são imprescindíveis para a evolução na forma de acolher os brasileiros – e brasileiras – em suas demandas por saúde.¹⁶

A educação pode influenciar no processo de formação de um novo cuidado em saúde afinada aos princípios do SUS. Transformar práticas profissionais fragmentadas em atitudes de cuidar, pautadas pela universalidade, participação e integralidade da saúde, requer esforços institucionais – não apenas no campo da saúde, diga-se de passagem – voltados para a transformação profunda das práticas educacionais dirigidas aos profissionais.¹⁷ O valor da educação permanente deve ser enaltecido quando se parte do princípio segundo o qual a maioria das competências adquiridas por uma pessoa no começo de seu percurso profissional estará obsoleta ao final de sua carreira.¹⁸ A educação permanente se mostra, portanto, como uma ferramenta para a unificação e modernização do olhar sobre temas presentes no exercício do profissional da saúde.

Apresentação do curso para elas

O objetivo do curso é promover, por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio ao desenvolvimento de habilidades que tenham por fim garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada.¹⁹

O conteúdo pedagógico proposto visa, portanto, instrumentalizar os sujeitos envolvidos na abordagem teórica da violência, a partir do contato com a literatura do campo e, também, a apropriação dos princípios e normas legais pertinentes às políticas públicas que envolvem o tema.

O curso é desenvolvido na plataforma do Ambiente Virtual de Aprendizagem *Moodle* (AVA), que é um sistema aberto de administração de cursos utilizado por mais de 30.000 universidades, faculdades públicas, escolas, empresas e empreendedores individuais, para que seus cursos tenham acesso à tecnologia da *internet*.²⁰

A construção do conhecimento de forma colaborativa a Distância (EAD) depende da interação e envolve três elementos: aluno, material didático e tutor. O sucesso da interação depende de um tutor que possibilite a integração desses três elementos por meio de sua habilidade de motivar a aprendizagem, acompanhar as atividades discentes, além de orientar e garantir as condições para a aprendizagem autônoma.²¹ O curso “Para elas” conta com equipe de tutores selecionados entre discentes do Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência/UFMG, que atuam como facilitadores do processo ensino/aprendizagem do curso.

O curso se estrutura em três unidades – bases teórico-metodológicas explicativas da violência; políticas públicas voltadas para o tema e, por fim, cuidado integral à mulher em situação de violência – que completam carga horária total de 60 horas de estudo, no decurso de 15 semanas. Para cada unidade, recursos como textos, vídeos, filmes e material ilustrado são disponibilizados e atividades práticas previstas. Foi confeccionado material didático-instrucional específico para o curso,²² primeiramente como recurso virtual e, posteriormente, transformado em livro, impresso e virtual, o que facilitou o desenvolvimento dos trabalhos.

Foram utilizados três tipos de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa. A avaliação diagnóstica teve o objetivo de detectar o nível inicial do aluno, ajudando na produção e planejamento das atividades. A formativa ou processual baseia-se em avaliações com *feedback* para o aluno, que o ajuda a perceber o que aprendeu e o que ainda precisa aprender. Ela é constante e permite que o professor detecte as dificuldades do aluno e o que precisa ser mudado durante o processo. A avaliação somativa é realizada ao final de uma etapa (módulo, bimestre, ano) e gera nota ou conceito ao aluno.²³

As formas de avaliação estruturadas para atingir os objetivos do curso Para Elas foram o questionário inicial – que deve ser respondido pelo aluno antes do início do curso –, o portfólio reflexivo, os estudos de casos, os fóruns de discussão e o mapeamento da rede de fluxo de referência. Para a realização das atividades foi indicado o acesso a *hiperlinks*,^a *hipertextos*,^b vídeos e outros materiais didáticos disponíveis na biblioteca virtual,^c além de levantamento de dados relacionados ao trabalho de cada participante.

Metodologia

Trata-se de estudo de abordagem quali-quantitativa, no qual se utilizaram dados oriundos de três diferentes procedimentos de avaliação aplicados aos alunos do curso EAD no período de agosto de 2014 a julho de 2016.

O primeiro procedimento consistiu de entrevista semiestruturada de avaliação diagnóstica por meio de questionário autoaplicável *on-line*, com o intuito de verificar se os alunos possuíam “conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para novas aprendizagens”.²⁴ O questionário foi elaborado a partir de consultas à literatura e a partir de oficinas com participantes do Grupo de Estudos sobre a Violência contra a Mulher, do Mestrado de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional/DMPs/FM/UFMG. O instrumento, após inúmeras discussões e testes, foi enviado a todos os alunos, que deveriam respondê-lo no ato de inscrição no curso, via plataforma FormSUS. O segundo procedimento, entrevista semiestruturada por meio de questionário semiestruturado de avaliação somativa, elaborado do mesmo modo e pela mesma equipe, abordava as expectativas dos alunos em relação ao curso, o acesso às ferramentas de ensino a Distância, a qualidade do material didático, o conteúdo, a metodologia e a aplicabilidade da temática discutida no curso. O questionário foi enviado aos alunos por *e-mail* após a conclusão de todas as atividades. Após o preenchimento os alunos devolveram ao tutor de referência também por *e-mail*. Foram incluídos no estudo todos os alunos que responderam esses dois questionários. O terceiro procedimento foi constituído pela avaliação formativa e abordou os relatos, opiniões e discussões dos alunos no Fórum de Encerramento da Unidade III do curso EAD, em torno de uma questão aberta, a saber, “o curso apresentou alguma contribuição para a sua prática?”

Os dados quantitativos foram armazenados no banco de dados, utilizando-se o *software Statistical Package and Service Solutions* (SPSS) construído a partir de informações coletadas. Usou-se análise descritiva com distribuição de frequência simples e frequências com tabulações cruzadas. Para a análise qualitativa, aplicou-se a técnica de análise de conteúdo categorial temática, que corresponde à categorização

a Recurso tecnológico para apresentação de conteúdo interativo on-line.

b Recurso tecnológico para apresentação de conteúdo interativo on-line de forma não linear.

c Recurso tecnológico que armazena conteúdos on-line.

dos discursos por meio de processos de desmembramento do texto em unidades, segundo temas analógicos.²⁵

Este estudo faz parte do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Projeto CAAE-14187513.0.0000.5149) em dezembro de 2011.

Resultados e Discussão

O número total de alunos respondentes foi de 172. A Tabela 14.1 apresenta a análise descritiva das características sociodemográficas dos participantes. Segundo a análise realizada, observa-se que a maioria dos participantes encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos (36,6%); pertence ao sexo feminino (82,0%); identifica-se como branco (54,1%); é casada ou vive em união estável (49,4%); e vive na região Sudeste (65,7%). A elevada concentração de alunos da região Sudeste pode ser explicada pelo fato de o curso fazer parte da matriz do Programa de Pós-graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e/ou por uma ação do Projeto Para Elas, ambos sediados na UFMG.

Tabela 14.1. Perfil sociodemográfico dos profissionais que avaliaram o curso Para Elas, 2014/ 2015

	Características	Nº	%
Faixa Etária (anos)	20 a 29	44	25,6
	30 a 39	63	36,6
	40 a 49	35	20,3
	50 a 59	30	17,4
Sexo	Feminino	141	82,0
	Masculino	31	18,0
Cor / Raça	Preta	17	9,9
	Branca	93	54,1
	Amarela	4	2,3
	Parda	55	32,0
	Não deseja declarar	3	1,7
Estado Civil	Casado(a)/união estável	85	49,4
	Solteiro(a)	63	36,6

Continua...

... continuação

Tabela 14.1. Perfil sociodemográfico dos profissionais que avaliaram o curso Para Elas, 2014/ 2015

	Características	Nº	%
Estado Civil	Divorciado(a)/Separado(a)	23	13,4
	Viúvo(a)	1	0,6
Região Brasileira	Norte	9	5,2
	Nordeste	23	13,4
	Centro-oeste	12	7,0
	Sul	15	8,7
	Sudeste	113	65,7
Total		172	100

Em relação à formação acadêmica dos respondentes ao questionário, observou-se que a maioria dos participantes possuía curso superior completo (98,8%) e especialização completa (82,0%), atuava na área da saúde (43,6%) e que os profissionais das áreas de Ciências Humanas e de Ciências Sociais, em conjunto, somavam mais de 50% dos respondentes, reforçando o caráter multidisciplinar da Atenção à Mulher em Situação de Violência. Quanto à abordagem da violência de sexo durante a graduação, apenas 6,4% declararam haver tido uma abordagem suficiente sobre o tema da violência de sexo; a grande maioria ou não teve acesso ao tema (39,5%) ou, se teve, era de forma insuficiente (51,7%).

Sobre as expectativas dos participantes após o término do curso (Tabela 14.2), pode-se observar que houve boa *performance* em todos os itens por eles avaliados, com destaque para: atendimento às expectativas (95,3%) e boa qualidade do conteúdo do curso (98,3%) e das respostas dos tutores (95,3%). Entretanto, chama a atenção o fato de mais de 15% dos participantes declararem dificuldades no acesso e manuseio do ambiente virtual de aprendizagem, a plataforma *Moodle*. Outra dificuldade apresentada foi o acesso à internet para ambientação à plataforma, tanto devido à conexão local quanto ao seu *layout* que, segundo os participantes, é de difícil compreensão. Alguns dos candidatos ao curso, que chegaram a concluir a inscrição e responderam o questionário inicial, não deram seguimento, devido às dificuldades citadas. Estas são algumas barreiras ou fatores limitantes que devem ser considerados no desenvolvimento de cursos a distância.

Tabela 14.2. Avaliação das expectativas dos alunos sobre após o término do curso, por área de formação, 2014 a 2015

Avaliação dos alunos		Nº	%
Curso atendeu às suas expectativas?	Sim	164	95,3
	Não	6	3,5
	Branco/não respondeu	2	1,2
O acesso e manuseio da plataforma foram fáceis?	Sim	141	82,0
	Não	27	15,7
	Branco/não respondeu	4	2,3
Do ponto de vista da qualidade, a resposta dos tutores foi adequada?	Sim	164	95,3
	Não	1	0,6
	Branco/Não respondeu	7	4,1
A biblioteca virtual foi útil?	Sim	156	90,7
	Não	5	2,9
	Branco/não respondeu	11	6,4
O conteúdo do curso foi de qualidade?	Sim	169	98,3
	Não	0	0,0
	Branco/não respondeu	3	1,7
A metodologia foi de fácil compreensão?	Sim	157	91,3
	Não	11	6,4
	Branco/não respondeu	4	2,3
O portfólio foi útil para promover a reflexão do conteúdo e das suas práticas?	Sim	165	95,9
	Não	3	1,7
		4	2,3
Total		172	100

As respostas à questão “O curso apresentou alguma contribuição para a sua prática?” foram agrupadas em dois grandes grupos temáticos, que foram utilizados para organizar a discussão. O primeiro trata de mudanças na vida profissional ou pessoal do

aluno e o segundo demonstra o interesse despertado de atuar para modificar a realidade de sua região ou serviço de forma ampla

Mudanças no campo profissional e pessoal

Palavras como sensibilidade e empatia foram utilizadas para descrever a mudança de comportamento após o curso Para Elas, para atendimento dos casos de violência, e indicam tanto a solidariedade com a mulher, como a responsabilidade dos profissionais da saúde.

Olhar mais sensível e qualificado para o atendimento às nossas pacientes, posso encaminhar as mulheres no serviço de saúde e na minha comunidade [...] perceber que os profissionais de saúde têm um papel estratégico e muito importante na detecção da violência contra a mulher com possibilidades reais de construir estratégias para o enfrentamento desse grave problema..." (Aluno 1).

Reafirma-se o potencial profissional de saúde para abordar a violência como um evento que interfere significativamente na qualidade de vida da população. Fortalece a efetiva mobilização dos indivíduos como estratégia de atuação para a participação nos processos de mudança do ambiente onde vivem, tal como postulado na literatura.²⁶

Os profissionais em geral relataram a importância de adquirir conhecimentos teóricos sobre o tema, independentemente da área de atuação, o que se coaduna com os dados da boa avaliação que fizeram do curso, acima de 90% para todos os quesitos da matriz pedagógica. O aprendizado sobre sexo, legislação e procedimentos técnicos para atendimento à mulher em situação de violência foram mencionados como relevantes.

"Aprendi muito sobre o universo feminino. Sobre a violência que o cerca, o que se tem feito para diminuir os preconceitos, o machismo, as diferenças culturais e a ignorância [...]" (Aluno 2).

A aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos é bastante requerida, uma vez que muitos profissionais de saúde não tiveram contato com a temática da violência na formação acadêmica. Nota-se grande despreparo dos profissionais para a abordagem dos casos, em consonância com outros estudos.¹²

Entre as respostas analisadas, identificam-se relatos de mudanças na vida pessoal surgidas a partir da experiência no curso.

O aprofundamento sobre o tema e nossa maior implicação nas questões são fundamentais para somarmos força na luta contra a violência de todo tipo. Tal aprofundamento tem me permitido assistir a programação de TV, filmes, leitura de jornais, etc., de outra maneira" (Aluno 3).

Além da mudança de percepção quanto à situação da mulher, foram citadas mudanças de comportamento como identificação de casos de violência no convívio social

e empoderamento de si mesmos para se posicionarem no mundo atual. A aproximação de discussões teóricas sobre a temática da violência possibilita um novo modo de olhar e atuar sobre o problema. Saber mais sobre as causas das violências, os tipos, consequências e formas de enfrentamento torna o problema mais palpável e patente. Introduzir a discussão da violência na formação dos profissionais tem o efeito de torná-los alertas e dispostos para lidarem com ela no seu cotidiano.^{1,2}

Diversos relatos mencionaram a capacitação para o atendimento qualificado à mulher em situação de violência como consequência do curso em análise.

A partir de agora tenho mais autonomia e mais segurança para falar e discutir sobre o tema da violência contra a mulher, sobretudo, orientar e direcionar a vítima para os serviços (Aluno 4).

Palavras como equidade e qualidade foram utilizadas para qualificar o atendimento que poderá ser ofertado aos casos de violência, após a capacitação. Além disso, houve relatos sobre o resgate de conhecimentos prévios que estavam em desuso na prática. Após a detecção dos casos, enfatiza-se a importância de melhorar o cuidado. Essa ação deve abordar aspectos subjetivos como a sensibilidade pessoal, compromisso social e capacitação para intervenções de modo que técnicos tornem-se mais confiantes em suas habilidades para identificar, prevenir e minimizar a violência.⁶

Interesse em ser multiplicador do tema

Entre os discursos analisados, identificaram-se sujeitos que demonstraram interesse em atuar como multiplicadores do tema. Tais sujeitos relataram que, a partir das discussões realizadas no curso, foi possível despertar o interesse e orientar seus colegas de trabalho, alunos ou outras pessoas de seu convívio pessoal. Ou seja, a prática como multiplicador do tema pode ocorrer dentro do cotidiano, o que implica realizar um trabalho qualificado para a atenção integral à mulher em situação de violência.

Certamente, os conhecimentos aqui iniciados e outros que virão farão toda a diferença na prática profissional. [...] Desta forma, me sinto mais empoderada para também compartilhar tudo isso com os demais colegas de trabalho (Aluno 5).

Verifica-se que os alunos tinham motivação para discutir o tema no seu ambiente de atuação como possibilidade de transformar o cenário de práticas e atendimentos dos casos de violência. Essa perspectiva representa um dos objetivos mais caros ao curso EAD, já que se pretende qualificar a abordagem da mulher em situação de violência em todo o território nacional. Destaca-se que, ao enfrentar uma questão dessa magnitude e complexidade, torna-se necessário fomentar discussões e iniciativas que visem provocar mudanças significativas na forma de ver e atuar sobre esse fenômeno no âmbito dos serviços.²⁷

O reconhecimento da importância da rede para a prática profissional emergiu com o despertar para mudanças práticas necessárias identificadas por alguns participantes do curso.

Essa discussão suscitou algo que há muito estava engavetado – a reestruturação do fluxo de atendimento das vítimas de violência em nosso serviço (hospital regional) –; a ideia é que possamos interagir com a rede na sequência e assim poder desenhar todo este caminho a ser percorrido (Aluno 6).

Entre os relatos, identifica-se o interesse em colocar em prática a construção/ fortalecimento de protocolos e a estruturação de redes locais a fim de garantir a atenção integral à mulher. Ressalta-se aqui que a violência é um problema que interage com diversos fatores, devendo ser abordada sob a perspectiva de articulação intersetorial, de forma multidisciplinar e com a garantia da interlocução com a sociedade.²⁷ Essa situação demonstra que o curso possibilita a reflexão sobre a atuação em rede e, principalmente, que os profissionais de saúde sozinhos, muitas vezes, não são capazes de conduzir as situações que envolvem violência.

Considerações Finais

A violência se apresenta como um dos fenômenos mais complexos e de difícil abordagem no campo da saúde. Nessa perspectiva, a capacitação dos profissionais de saúde para a atuação no problema é crucial para a conquista do cuidado integral, centrado no sujeito e em consonância com as necessidades da sociedade.

A análise realizada demonstrou que a proposta do curso EAD provocou relevante aproximação e aprofundamento dos participantes em relação à temática da violência em geral e, em específico, contra a mulher. Observaram-se aspectos que favoreceram esse resultado, como o perfil dos participantes, o conteúdo ofertado, a estrutura do curso, assim como o trabalho da tutoria. A metodologia do curso evidenciou potencial para afetar a forma e o modo de atuar nas situações de violência, o que foi demonstrado nos resultados obtidos. Pode-se confirmar que os profissionais participantes se mostraram sensibilizados, familiarizados com o tema, aptos e capacitados, além de pautarem diversas possibilidades de atuação voltadas para a garantia de melhoria da assistência, conhecimento ou consolidação de fluxos e modo de atuar nos serviços.

Destacam-se as perspectivas de cunho propagativo do tema, manifestadas a partir da figura do multiplicador que, após a formação obtida, se propõe a contribuir na discussão com os pares, no seu ambiente de trabalho. Portanto, as discussões desencadeadas tiveram o potencial de provocar mudanças no cotidiano dos profissionais, quando trouxeram a perspectiva de qualificação e efetivação das propostas de tratamento e enfrentamento do problema nos cenários de atuação profissional.

A modalidade de educação a distância (EAD) permitiu que profissionais de todas as regiões do país pudessem participar do curso, de forma econômica e sem a necessidade de deslocamento de recursos humanos para regiões mais afastadas da cidade-sede, onde se estruturam a tutoria e a coordenação do curso.

Espera-se que esta breve resenha contribua para a reflexão sobre os programas e projetos de capacitação dos profissionais acerca da violência. A abordagem multidisciplinar demonstrou-se bastante efetiva na experiência em foco. Os desenvolvimentos teóricos e as discussões desencadeadas nos fóruns demonstraram a necessidade do incremento das capacitações para fortalecer o compromisso com a proposta de aprimoramento das práticas tradicionais de abordagem da violência, de forma a propiciar a qualificação dos profissionais de forma contextualizada e orientar de forma mais adequada as intervenções nas suas atividades cotidianas.

Quanto à dificuldade de acesso e manuseio da plataforma, não deixam de ser promissoras as possibilidades abertas com o desenvolvimento de tecnologias de informação, merecendo destaque, no nosso meio, a telefonia móvel, com seu largo uso, mostrado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – IBGE.²⁸

Referências

1. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. [Internet]. Ver. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(2): 320-7. [acesso em 2013 nov 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/07.pdf>
2. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. [Internet]. Ver. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(2): 288-95. [acesso em 2013 nov 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/03.pdf>
3. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Pérez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. [Internet]. Midwifery. 2012; 28: 416–21. [acesso em 2014 nov 28]. Disponível em: www.biblioteca digital.unicamp.br/document/?view=vtls000440441
4. Joyner K, Mash B. A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research. [Internet]. BMC Health Services Research. 2012; 12: 399. [acesso em 2013 out 7]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/399>
5. Moura ERF, Guedes TG, Freire AS, Bessa AT, Braga VA, Silva RM. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. [Internet]. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(4): 935-43. [acesso em 2013 nov 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/22.pdf>
6. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Violência por parceiro(a) íntimo(a) contra mulheres e cuidado em saúde na Austrália: cartografando o cenário. [Internet]. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(4): 1037-48. [acesso em 2013 out 7]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a25>
7. Taft AJ, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Walter R, Adams C, Et al. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. [Internet]. BMC

- Public Health. 2012; 12: 811. [acesso em 2013 set 16]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564741/>
8. Wanderbroocke ACNSA, Moré CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. [Internet]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(8): 2095-103. [acesso em 2013 out 27]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/20.pdf>
 9. Wanderbroocke ACNSA, Moré CLOO. Significados de violência familiar para idosos no contexto da atenção primária. [Internet]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2012; 28 (4): 435-42. [acesso 2013 nov 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n4/10.pdf>
 10. Vijayaraghavan M, Tochtermann A, Hsu E, Johnson K, Marcus S, Caton CLM. Health, access to health care, and health care use among homeless women with a history of intimate partner violence.[Internet]. *J Community Health*. 2011; 37(5): 1032-9. [acesso 2013 nov 4]. Disponível em: <http://www.siumed.edu/oec/service/references/Pregnancy/Mercy%20Communities/Health%20Access%20to%20Health%20Care%20Among%20Homeless%20Women%20with%20History%20of%20Intimate%20Partner%20Violence.pdf>
 11. Reis DC, Almeida TAC, Miranda MM, Alves RH, Madeira AMF. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(2): 1-9. [acesso em 2013 out 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf
 12. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. [Internet]. *Ver. Saúde Pública*. 2012; 46(2): 351-8. [acesso em 2013 out 7]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf>
 13. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública- Rio de Janeiro*. 2013; 29 (6): 1230-40.
 14. Guček N K, Švab I, Selič P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). [Internet]. *Public Health*. 2011; 52: 728-34. [acesso em 2013 nov 2]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243325/pdf/CroatMedJ_52_0728.pdf
 15. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. [Internet]. *Ver. Esc. Enferm. USP*. 2012; 46(5): 1088-95. [acesso em 2013 nov 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/08.pdf>
 16. Oliveira MAM. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev. Bras. Enf.* 2007; 60(5): 585-9.
 17. Paulon SM, Carneiro MLF. A educação à distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2009; 13(1): 747-57.
 18. Levy P. Educação e cibercultura. [Internet]. São Paulo: SESC. 2009. [acesso em 2010 out 28]. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias/subindex.cfm?Referencia=168&ID=29&ParamEnd=9>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual – Matriz pedagógica para formação de redes. 1.ed. 2.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 20. Colen J, Foster H. Using moodle: teaching with the popular open source course management system. [Internet]. 2nd. ed. California: O'Reilly Community Press, 2008. [acesso em 2010 nov 1]. Disponível em: <http://books.google.com.br/R&lr=&id=wfPPb1m0G6EC&oi=fnd&pg=PR9&dq=moodle&ots=vPEpI4HRz&sig=3FM18aYWIXnaN6DtG9rMAclONco#v=onepage&q&f=false>

21. Souza CA, Spanhol FJ, Limas JCO, Cassol MP. Tutoria na Educação à Distância. [Internet]. [S.l.]. [S.d.]. [acesso em 2010 nov 18]. Disponível em <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/088-TC-C2.htm>
22. Melo VH, Melo EM. Para elas. Por elas, por eles, por nós. Curso Para Elas. Belo Horizonte: Nescon; 2016.
23. Bloom B, Hstings JT, Madaus GF. Handbook On Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mac GrawHill; 1971.
24. Haydt RC. Avaliação do processo ensino-aprendizagem. São Paulo: Ática; 2002.
25. Bardin L. Análise de Conteúdo. Paris: Presses Universitaires de France; 1977.
26. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. (OPAS. Promoção da Saúde e Prevenção da Violência).
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (MS. Textos Básicos de Saúde).
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Homepage na internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013. [Acesso em 21 de dezembro de 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/acessoainternet2013/default.shtm>

Capítulo 15

POLÍTICA DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Maria Esther de Albuquerque Vilela
Carmem Regina Delziovo
Caroline Schweitzer de Oliveira
Kélvia de Assunção Ferreira Barros
Maria Cristina de Oliveira Marques
Tháís Fonseca Veloso de Oliveira

Resumo

Este capítulo descreve, de forma resumida, a atuação da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (CGSM/DAPES/SAS/MS), isto é, a promoção de ações para garantir a atenção qualificada de saúde, a partir do apoio à estruturação, implementação e implantação dos serviços de saúde, que integram a Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência. Para cumprir esse papel, a CGSM desenvolve um leque amplo de ações e iniciativas, que incluem a publicação de normativas de âmbito nacional; o estabelecimento de parcerias com inúmeras instituições do Brasil, dentre as quais, a que deu ensejo ao Projeto Para Elas. Por elas, Por Eles, Por Nós; atenção ao parto e ao nascimento, entre outras.

Palavras-chave: *Coordenação Geral de Saúde da Mulher; Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência.*

Introdução

A violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e uma violência de sexo dentro de padrões culturais em que o domínio e o controle da mulher pelo homem são permitidos pela sociedade. Homens e mulheres, ao longo dos anos, ocupam posições desiguais na sociedade e a divisão de papéis e de campos de atuação são importantes em uma organização social de sexo fortemente hierarquizada e que contém em si a violência.¹ Dessa forma, a violência contra a mulher acontece com base na organização social estabelecida em diferenças de sexo.²

O Brasil é signatário de conferências e de inúmeros tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher³ e para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher,⁴ as quais garantem expressamente direitos às mulheres em situação de violência e que foram incorporados à Constituição Federal de 1988. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, consagrou os direitos das mulheres como parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais e a violência de sexo como incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana. Essa relação foi reconhecida na IV Conferência Mundial em Beijing, em 1995, que definiu a violência contra a mulher como um ato de agressão baseado no sexo, que resulta em danos e/ou sofrimento.⁵

Pelo menos uma em cada cinco mulheres sofre violência durante a sua vida adulta no mundo.⁶ O Brasil é o 5º país do mundo com maior índice de homicídios de mulheres, perdendo somente para outros três países latino-americanos (El Salvador, Colômbia e Guatemala) e para a Federação Russa. Essas mortes representam 13 homicídios femininos diários.⁷ No Brasil, estima-se que 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 243 por hora, quatro por minuto e uma a cada 15 segundos, sendo que 65% das mulheres são agredidas por seus próprios companheiros.⁸ Em relação à violência sexual, foram registrados 50.320 estupros em 2013, uma média de quase seis a cada hora, um a cada 10 minutos.⁹ Ressalta-se que a violência sexual ocorre cerca de seis vezes mais entre as mulheres do que entre os homens.¹⁰ Estima-se que, no mínimo, 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil, a partir de informações coletadas em 2011 pelo Sistema de Informações de Agravo de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN). Os registros do SINAN mostram ainda que 89% das vítimas são do sexo feminino e que 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima.¹¹

O enfrentamento da violência contra a mulher é uma ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e demandada pelos movimentos de mulheres. Publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde, a PNAISM tem como objetivo ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política destaca a atenção às mulheres em situação de violência

doméstica e sexual, com norma técnica de prevenção e tratamento para os agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Outra política pública para o enfrentamento da violência no Brasil é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001),¹² que prioriza ações voltadas para a prevenção de violências e acidentes, bem como ações destinadas ao tratamento para impedir sequelas e mortes relacionadas a esses eventos.

É importante destacar, também, a Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha,¹³ a partir da qual a violência doméstica contra as mulheres foi tipificada e passou ser tratada como crime, dando novos contornos às ações e políticas para o enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres no Brasil. Salienta-se ainda a Lei do Feminicídio, Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015, que altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio,¹⁴ e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.¹⁵

Atuação da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde

Nesse contexto, a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (CGSM/DAPES/SAS/MS) vem atuando na promoção de ações para garantir a assistência qualificada na saúde, apoiando a estruturação, implementação e implantação dos serviços de saúde que integram a Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violências. A atenção às pessoas em situação de violências não é uma ação isolada e o seu enfrentamento depende de iniciativas intersetoriais que possibilitem ações de atendimento, proteção, prevenção a novas situações, de forma a evitar a revitimização das mulheres e, acima de tudo, oferecer o atendimento humanizado e integral. As ações para a promoção do enfrentamento das situações de violência são desenvolvidas de forma transversal, dentro do Ministério da Saúde, por meio das Coordenações Gerais da Saúde das Mulheres, da Criança e Aleitamento Materno, da Saúde do Adolescente e do Jovem, da Saúde dos Homens, da Saúde da Pessoa Idosa, da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e da Saúde da Pessoa com Deficiência.

A CGSM tem atuado diretamente no fomento à atenção integral às mulheres em situação de violência no SUS. Essa atuação corresponde a diversas frentes de trabalho. Uma delas é a publicação de normativas em âmbito nacional para assegurar e qualificar a atenção às pessoas – com destaque para as mulheres – em situação de violência, especialmente a violência sexual. Essas normativas dispõem sobre a organização, o funcionamento e o cadastramento em sistema de informação de abrangência nacional – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) –, dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e Serviços de Referência

para Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei no âmbito do SUS. Entre essas normativas, a Portaria 485/2014 estabelece a equipe multidisciplinar para atuar no serviço, bem como as atribuições dos entes federativos em relação ao serviço, tendo em vista a organização federativa do país e a própria organização do SUS, que pressupõe o compartilhamento de responsabilidades entre União, estados, DF e municípios.¹⁶

Destaca-se também a Portaria nº 2.415, que inclui na tabela do SUS (SIGTAP) o procedimento – 03.01.04.005-2, atendimento multiprofissional para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual e seus atributos.¹⁷ Desde a sua publicação, 10.340 atendimentos por equipe multiprofissional foram registrados. A inclusão desse procedimento representa um grande avanço para o SUS, na medida em que possibilita a remuneração pelo conjunto de ações realizadas nos serviços de saúde de referência para a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual que estejam devidamente cadastrados no SCNES. Ainda, essa normativa amplia o acesso à informação a respeito da oferta do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual em sistema de informação de âmbito nacional.

Merece destaque ainda a Portaria nº 1.662 de 2 de outubro de 2015, que define critérios para habilitação para a realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS, incluindo habilitação no SCNES e criando procedimento específico na tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais (OPM) do SUS.¹⁸

Outra frente de trabalho da CGSM inclui parcerias com outras instituições, com o objetivo de qualificar a atenção e fomentar redes de atenção às mulheres em situação de violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei. Nesse âmbito encontra-se o projeto “Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós”, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que tem foco no fortalecimento e ampliação da rede de atenção às mulheres em situação de violência, com ênfase em municípios prioritários do campo, da floresta e das águas em territórios de cidadania. Nesse projeto, foram realizados cinco encontros macrorregionais nas cinco regiões do país, envolvendo 500 profissionais; realização de 10 oficinas em territórios do campo, floresta e águas envolvendo 700 profissionais; capacitação de 1.500 profissionais e produção de material didático e científico, no qual se insere este livro.

Outra parceria, com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tem o objetivo de implementar a atenção integral a mulheres em situação de violência sexual e a interrupção legal da gestação em hospitais universitários e de ensino do país. Foram realizadas 15 oficinas sobre a atenção integral a mulheres em situação de violência sexual e a interrupção legal da gestação em 34 hospitais universitários e de ensino, envolvendo 600 profissionais.

Ainda com o objetivo de integrar e fortalecer as redes de atenção às mulheres em situação de violência sexual e contribuir para desmistificar o relacionamento com a mí-

dia e para encontrar formas eficientes para enfrentar o desafio de se dirigir ao público por meio dos meios de comunicação de massa, foi realizada parceria com o Instituto Patrícia Galvão. O intuito foi a realização de 25 oficinas de mídia e comunicação, envolvendo 600 profissionais que atuam em serviços de atenção à violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei.

Por fim, uma parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres possibilitou a realização do Curso Atenção Humanizada, com registro de informações e coleta de vestígios. Esse curso compõe as ações do Programa Mulher, Viver sem Violência e teve o objetivo de fomentar a atenção integral humanizada, bem como implementar e/ou qualificar a realização do registro de informações e da coleta de vestígios de violência sexual em serviços de saúde de referência. Foram realizadas seis edições do Curso Atenção Humanizada a Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, envolvendo 26 estados do país e o Distrito Federal e 64 estabelecimentos de saúde, com 478 profissionais qualificados.

Outra frente de atuação da CGSM procura responder às demandas de movimentos sociais e de mulheres relacionados ao modelo de atenção ao parto e nascimento do país. No contexto da violência contra as mulheres, essa atuação vem ao encontro da redução das violências obstétricas. A expressão “violência obstétrica” é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico. Inclui maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – como destaque para o crescente excesso de cesarianas no Brasil.¹⁹

As situações de violência obstétrica se agravam no atendimento a mulheres em situação de abortamento, as quais são verbalmente agredidas, abusadas, estigmatizadas, constrangidas e têm sua índole questionada. Segundo estudos, em países onde o aborto é ilegal, muitas vezes as mulheres são denunciadas à polícia pelos profissionais de saúde, desrespeitando os princípios éticos de confidencialidade e privacidade – um dos pilares fundamentais à sustentação de uma relação médico-paciente produtiva e de confiança. Ainda, há relatos de recusa na administração de analgésicos como forma de “punição” pela prática de aborto.

É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade as mulheres no momento da gestação, parto, pós-parto e abortamento enfocando-as como sujeitos de direitos. As práticas em saúde, portanto, deverão nortear-se pelo princípio da humanização – compreendido como atitudes e comportamentos que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, assim como para a garantia dos direitos humanos das mulheres. O fomento de um novo modelo de atenção ao parto

e nascimento está apoiado na Política Nacional de Humanização numa experiência de apoio institucional experimentada no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM/2009-2011).²⁰ O Plano serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca-se criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das(dos) usuárias(os) e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna.²⁰

Ressalta-se que o Plano de Qualificação foi ação organizada e coordenada pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por intermédio da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. A meta foi qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais em 16 estados da Amazônia Legal e do Nordeste durante os anos de 2009, 2010 e 2011. Desde 2011, a Rede Cegonha propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo o âmbito nacional, com incentivos técnicos e com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal. Pode-se dizer que a RC reforça a trajetória de se trabalhar com o apoio institucional realizado nas maternidades com as equipes, atrelada a uma perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil. Com esse intuito, a RC vem agregando às diretrizes de humanização como acolhimento em rede e com classificação de risco/vulnerabilidade, cogestão, direito a acompanhante de livre escolha da gestante e ambiência e outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira, implantação de centros de parto normal (CPN) e casas da gestante, bebê e puérpera (CGBP).²⁰

Referências

1. Nery ISV, Vasconcelos TB. Políticas Públicas de Enfrentamento a Violência de Gênero. In: 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero 2012 nov 14-17; Paraíba, Brasil. Paraíba: Editora universitária da UFPB; 2012
2. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. 1ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
3. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [internet]. New York; 1979. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#intro>
4. Organização dos Estados Americanos. Convenção Americana sobre a Prevenção, punição e erradicação da violência contra mulheres “Convenção de Belém do Pará” [Internet]. Belém do Pará, PA; 1994. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos6.htm>

5. Organização das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre Mulher[Internet]. Pequim, China; 1995. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim.pdf
6. Organization of American States. Report on Citizen Security in the Americas 2012 [Internet]. Washington, DC; 2012. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: <http://www.oas.org/dsp/alertamerica/report/alertamerica2012.pdf>
7. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. [Internet] Brasília, DF; 2015. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
8. VENTURI, G. (Org.); RECAMAN, M. S. (Org.); OLIVEIRA, S. (Org.). Pesquisa de opinião pública: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2010. [Internet]. [Acesso em 25 de jun. de 2014]. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
9. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário de Segurança Pública 2015 [Internet]. São Paulo, SP; 2015. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/anuario_2015.retificado_.pdf
10. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Cienc. Saúde coletiva; 2005. 10(1): 7-17
11. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde(versão preliminar)[Internet]. Brasília, DF; 2014. [acesso em 2016 dez18]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 737 de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências [Internet]. Diário Oficial da União n. 96. 2001 mai. 18; Seção 1E. p.3 [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/portaria737_1254487650.pdf.
13. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências[Internet].Brasília, DF; 2006.[acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
14. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos[Internet].Brasília, DF; 2015. [acesso 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm
15. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.8.072, artigo 1º, de julho de 1990. Dispõe sobre crimes hediondos, nos termos do art. 5º inciso XLIII, da Constituição Federal e determina outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072.htm

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 485 de 1 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União n. 63. 2014 abr. 02; Seção 1. p.53 [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=53&data=02/04/2014>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.415 de 7 de novembro de 2014. Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/ Próteses e Materiais Especiais do SUS [Internet]. Diário Oficial da União n. 217. 2014 nov. 12. Seção 1. P.55 [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=10/11/2014>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.662 de 2 de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS [Internet]. Diário Oficial da União n. 191. 2015 out. 5. Seção 1. P.26 [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=26&data=06/10/2015>
19. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015;10(35):1-12. [acesso em 2016 dez 18] Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>
20. Figueiredo VON, Lansky S. Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais (PQM) da Amazônia Legal e Nordeste. In: Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal do Ceará. Caderno Humaniza SUS. Volume 4: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília, DF; 2014. P. 77-108.

SEÇÃO IV

ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: O CUIDADO

Capítulo 16

O CUIDADO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE DAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS

Renata Mascarenhas Bernardes

Elza Machado de Melo

Ricardo Tavares

Cléia Elidamar da Silva Almeida

Filipe Fagundes Cardoso

Robenilson Moura Barreto

Harley Francisco de Assis

Luciene oliveira Rocha Lopes

Naim Issa Kassab

Regimara S. Chaves Oliveira

Victor Hugo de Melo

Resumo

Objetivos: descrever como se dá o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência, na percepção de profissionais e gestores das macrorregiões brasileiras; traçar o perfil desses profissionais, os tipos e o âmbito da violência que mais acomete as mulheres; identificar a articulação do setor saúde com outros serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência e se os municípios/estados estão desenvolvendo estratégias de enfrentamento. **Métodos:** estudo transversal exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa em âmbito nacional, cuja metodologia consistiu de realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e gestores da saúde e profissionais da rede de enfrentamento à violência contra a mulher que participaram de cinco seminários macrorregionais. Foram utilizados questionários autoaplicáveis. **Resultados:** 301 profissionais responderam o questionário. A maior prevalência de atendimentos de casos de

*violência foi a física e o âmbito doméstico é o local de mais ocorrência. Verificou-se que o setor saúde se articula com outros serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência. Em relação ao cuidado/atendimento, 69,7% dos profissionais abordaram a situação de violência, 41% fizeram a notificação, 75,9% agendaram retorno e/ou fizeram seguimento da mulher e 50% realizaram encaminhamento para outros setores. Aproximadamente 50% dos respondentes avaliaram que estados e municípios realizam estratégias de enfrentamento a partir de: previsão de acesso aos serviços de saúde, estratégias de referência e contrarreferência, recursos e insumos para o atendimento, ações de vigilância, capacitação de profissionais, notificação dos casos, além da preocupação das autoridades em prevenir e combater a violência por meio do estabelecimento de diretrizes. **Conclusões:** o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência por macrorregião brasileira precisa avançar e se fortalecer, para que garanta de fato o atendimento integral à mulher em situação de violência. Qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional.*

***Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Assistência integral à saúde. Serviços de saúde da mulher.*

Introdução

A violência causa grande impacto nos indicadores de saúde e interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas, família e comunidade, elevando custos sociais, entre outras consequências, sendo, portanto, um problema de saúde pública e que necessita ser enfrentado. Para isso, são necessárias ações integradas e articuladas de todos os setores da sociedade.¹

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha a humanidade desde seus primórdios. Abordar a violência requer políticas públicas e ações específicas, pois a violência afeta tanto a saúde individual quanto coletiva e traz consequências drásticas: quando não causa a morte, gera atendimento em todos os níveis de atenção da rede de saúde para o tratamento das sequelas.²

A violência contra a mulher não escolhe raça, classes sociais, origens e escolaridade e se apresenta de variadas formas: doméstica, psicológica, física, moral, sexual, patrimonial, institucional e tráfico de mulheres.³ O enfrentamento da violência não é tarefa fácil, tornando-se um grande desafio no território nacional. Profissionais da saúde e de outras políticas públicas que atendem casos de violência ainda trabalham de forma desarticulada.⁴

Apesar de todos os esforços na criação de leis, pactos e políticas, há um longo caminho a ser percorrido para combater a violência contra a mulher. É um grande desafio conseguir o efetivo trabalho com os diversos setores envolvidos no atendimento às mulheres em situação de violência, garantindo o cuidado integral. Fatores como preconceitos, falta de conhecimento sobre o tema, despreparo profissional, falta de tempo ou a

efetiva ausência de redes de atendimento, entre outros, são obstáculos ao desempenho dessas políticas no cotidiano dos serviços de saúde.⁵ Nesse contexto, este estudo objetivou descrever como se dá o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência, na percepção de profissionais e gestores das macrorregiões brasileiras.

Material e Métodos

Trata-se de estudo transversal exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa em âmbito nacional, a partir da utilização de questionários semiestruturados respondidos por participantes dos cinco Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, no período de fevereiro de 2013 a abril de 2014. O estudo tem como eixo temático o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência e está vinculado ao referido projeto, que tem a coordenação de docente do Departamento de Medicina e Preventiva Social da Faculdade de Medicina da UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde. O primeiro seminário a se realizar foi o da região Sudeste, que configurou a abertura oficial do projeto e contou com representantes de todas as outras macrorregiões. A escolha pela aplicação do questionário e coleta de dados nos seminários se deu pela possibilidade de mais concentração de pessoas estratégicas e, ao mesmo tempo, atuantes na rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

Os participantes eram gestores e gerentes das áreas técnicas de saúde da mulher dos 26 estados, Distrito Federal e 26 capitais brasileiras ou profissionais por eles indicados, especificamente convidados para esse fim, sendo dois ou três profissionais da área técnica da saúde da mulher. Também participaram gestores de 10 municípios de territórios da cidadania, do campo e da floresta, de diferentes macrorregiões brasileiras, além de profissionais de setores das capitais e do interior dos estados, que lidam com o enfrentamento da violência contra a mulher e que sediaram o evento, além de profissionais da saúde que atuam em diversos pontos da rede de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

De acordo com a lista de presença, 766 pessoas participaram dos seminários macrorregionais. Os questionários foram aplicados no primeiro dia de trabalho, em cada um dos cinco seminários, logo após a abertura do evento. O total de questionários respondidos foi 396. Não responderam ao questionário: os membros do Para Elas, que organizaram e participaram de todos os seminários; pessoas que chegaram atrasadas no primeiro dia ou somente participaram no segundo dia; autoridades da região que estiveram presentes; palestrantes; pessoas que participaram de mais de um seminário. Para as pessoas que responderam o questionário mais de uma vez foi considerado o primeiro questionário respondido.

Do total de 54 perguntas que compuseram o questionário integral, foram utilizadas para o presente estudo os seguintes assuntos:

- I. identificação e formação: sexo; faixa etária; estado civil; cor da pele; grau de instrução; área de formação e níveis de atenção;
- II. rede de atenção e enfrentamento da violência: se já atendeu uma mulher em situação de violência e o que foi feito: abordou; notificou; discutiu o caso com a equipe; agendou retorno e/ou fez seguimento; encaminhou;
- III. tipos de violência e âmbito da violência;
- IV. políticas de enfrentamento da violência pela gestão municipal e estadual;
- V. articulação do setor saúde com a rede de enfrentamento.

Dos respondentes, 301 foram validados para a pesquisa, respeitando o critério de inclusão: assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser profissional ou gestor da área da saúde e de setores da rede de enfrentamento da violência contra a mulher. Foram excluídos 95 questionários. Os critérios de exclusão foram: questionários respondidos e entregues fora da data determinada (três); participantes não profissionais de saúde e também sem atuação na rede de enfrentamento da violência (22); respondentes que não assinaram o TCLE e/ou sem identificação (17); estudantes (13); questionários duplicados (36); questionários em branco e/ou taxa de resposta inferior a 70%. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Foi realizada análise estatística com distribuição de frequência simples das variáveis estudadas, construção de indicador de enfrentamento da violência (IEV) e confecção de gráficos do tipo de *boxplot*. O IEV foi construído a partir das variáveis relativas à organização da rede de atenção (Quadro 16.1), às quais foi atribuído valor 1 ou -1, na dependência do seu significado positivo ou negativo, respectivamente, para o tema estudado. A expressão para o cálculo do indicador de enfrentamento da violência (IEV) ficou definida pela fórmula (1) e o indicador foi padronizado na fórmula (2) (IEVpad), para que assumissem valores na escala 0-1. Quanto mais próximo de 1 o IEVpad, mais políticas de enfrentamento da violência. Detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis podem ser encontrados em Wittkowski.⁶

$$IEV = \sum_{i=1}^5 V_i \quad (1)$$

$$IEVpad_i = \frac{IEV_i - \min(IEV)}{\max(IEV) - \min(IEV)} \quad (2)$$

Quadro 16.1. Composição do indicador de enfrentamento da violência

V1: O município prevê acesso na atenção primária à mulher em situação de violência?

V2: O município prevê acesso em serviço especializado à mulher em situação de violência?

V3: O município prevê acesso ao cuidado hospitalar à mulher em situação de violência?

V4: A gestão municipal/estadual de saúde estabelece estratégias de referência e contrarreferência para a atenção à mulher em situação de violência?

V5: A gestão municipal/estadual de saúde garante os recursos necessários (estrutura física, recursos humanos, insumos, equipamentos, etc.) para as ações no combate à violência contra a mulher nas unidades de atenção à saúde?

V6: O Plano Municipal define diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde.

V7: O município desenvolve ações de vigilância de saúde referente à violência contra a mulher.

V8: O município notifica os casos de violência contra a mulher.

V9: A gestão municipal/estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência.

V10: Há no seu município/estado preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência contra a mulher?

Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para Elas.

Resultados

De acordo com a lista de presença, 766 pessoas participaram dos seminários macrorregionais. O total de questionários respondidos foi de 396, entre os quais 301 foram validados. A Tabela 16.1 mostra o perfil dos participantes da pesquisa.

Os participantes dos seminários destacaram que os principais setores com os quais o setor saúde se articula são a Secretaria de Assistência Social (64,5%), seguida da Delegacia de Mulheres (58,3%) e Entidades de Proteção à Mulher (40,1%). A Secretaria de Defesa Social foi a menos citada nesse processo de articulação, ao se comparar as regiões, conforme descrito na Tabela 16.2.

Do ponto de vista da amplitude da articulação da saúde com outros setores, verificou-se que 30,6% dos entrevistados acharam que a saúde se articula somente com um setor. A articulação com um a três setores apareceu em 65,1% das respostas e 33,7% de quatro ou mais serviços da rede.

Tabela 16.1. Descrição da amostra por regiões brasileiras

Variável	Regiões brasileiras						
	Centro-Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Total	
	n	n	n	n	n	n	%
Sexo							
Masculino	7	6	2	2	15	32	10,6
Feminino	50	49	37	50	82	268	89,3
Não informaram	1					1	0,1
Faixa etária (anos)							
20-39	28	31	17	23	47	146	48,5
40-59	21	18	21	27	40	127	42,2
60 ou mais	2	0	1	1	5	9	2,9
Não informaram	7	6	0	1	5	19	6,4
Estado Civil							
Solteiro	12	20	16	12	35	95	31,6
Casado	31	31	19	32	50	163	54,2
Outros	15	4	4	8	12	43	14,3
Raça/Cor							
Preta	7	4	6	4	10	31	10,5
Branca	26	18	11	38	33	126	42,6
Amarela	0	1	1	0	2	4	1,3
Parda	17	21	16	4	34	92	30,3
Indígena	1	2	0	0	0	3	1,1
Não informaram	7	9	5	6	18	45	14,3
Grau de Instrução							
Graduação completa	24	16	11	11	14	76	25,2
Especialização	29	38	28	41	82	218	72,5

Continua...

... continuação

Tabela 16.1. Descrição da amostra por regiões brasileiras

Variável	Regiões brasileiras						
	Centro- -Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Total	
	n	n	n	n	n	n	%
Grau de Instrução							
Outros ^a	5	1	0	0	0	6	2
Não informaram	1					1	0,3
Área de formação							
Enfermagem	11	17	16	20	15	79	24,3
Serviço Social	12	15	8	18	13	66	19
Psicologia	7	9	4	7	14	41	13,4
Medicina	1	0	1	1	9	12	4,5
Outras áreas da Saúde ^b	2	1	4	2	6	15	5,5
Outras áreas da rede enfrentamento ^c	18	9	6	2	6	41	15
Não informaram	7	4	0	2	34	47	17,7
Feminino	50	49	37	50	82	268	89,3
Não informaram	1					1	0,1
Grau de Instrução							
Atenção Primária	2	0	5	1	3	11	4,3
Atenção Secundária	0	1	0	1	0	2	0,7
Atenção Terciária	5	9	5	3	16	38	12
Gestão	19	27	20	33	55	154	50,7
Outros níveis rede enfrentamento ^d	31	17	9	14	20	91	31
Não informaram	1	1	0	0	3	5	1,3

Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para Elas. ^aEnsino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior incompleto e graduação incompleta; ^bFisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Nutrição; ^cEducação, Segurança, Judiciário; ^dJudiciário, Segurança, Assistência Social.

Tabela 16.2. Articulação do setor saúde com a rede de enfrentamento à violência contra a mulher

Articulação com:	Regiões brasileiras											
	Centro-Oeste		Norte		Nordeste		Sul		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Delegacia de Mulheres												
Sim	22	41,5	38	77,6	19	50	31	62	56	60,9	166	58,9
Secretaria de Defesa Social												
Sim	5	9,4	7	14,3	8	21,1	8	16	27	29,3	55	19,5
Secretaria de Justiça												
Sim	10	18,9	10	20,4	14	36,8	21	42	26	28,3	81	28,7
Secretaria de Assistência Social												
Sim	34	64,2	28	57,1	20	52,6	43	86	57	62	182	64,5
Entidades de Proteção à Mulher												
Sim	13	24,5	20	40,8	22	57,9	19	38	39	42,4	113	40,1
Secretaria de Direitos Humanos												
Sim	9	17	12	24,5	13	34,2	13	26	21	22,8	68	24,1
Movimento Feminista												
Sim	6	11,3	11	22,4	9	23,7	12	24	22	23,9	60	21,3
Outros												
Sim	4	7,5	5	10,2	3	7,9	13	26	14	15,4	39	13,9

Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para elas.

A Figura 16.1 mostra o IEV de acordo com as regiões brasileiras e com os níveis de atenção onde trabalham os entrevistados, respectivamente. Pode-se verificar que, em relação às macrorregiões, as regiões Centro-Oeste e Sudeste alcançam valores maiores em relação às demais, sendo menor o valor para a região Nordeste. Pode-se afirmar que existem estratégias de gestão que atendem 40 a 60% das necessidades para enfrentar a violência contra a mulher (Figura 16.1-A). No tocante aos níveis de atenção, verifica-se que o IEV alcança valor mediano maior para a gestão (0,6) do que em outros níveis de atenção (Figura 16.1-B).

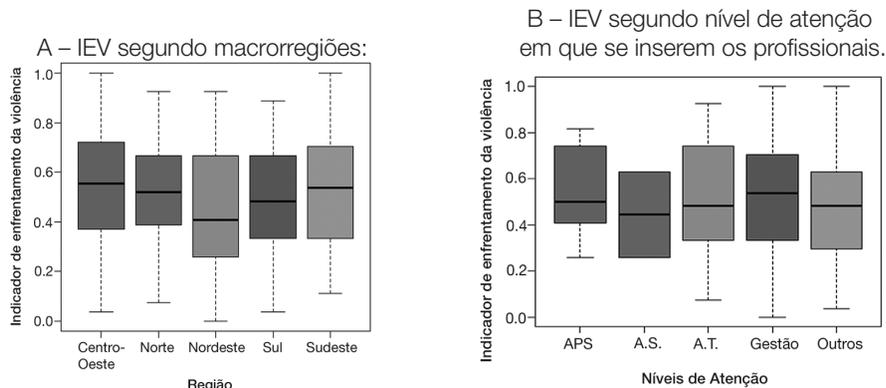


Figura 16.1. Distribuição do IEV segundo as regiões brasileiras e os níveis de atenção onde se inserem os profissionais. Fonte: questionários aplicados aos participantes dos cinco seminários macrorregionais/projeto Para Elas.

Para finalizar, do total dos participantes, 178 pessoas responderam que já atenderam alguma mulher em situação de violência, correspondendo a 59% da população estudada. A Tabela 16.3 mostra as atitudes dos profissionais diante da mulher em situação de violência, segundo a macrorregião a que pertencem.

Tabela 16.3. Atitude dos profissionais frente aos casos confirmados de violência contra a mulher, por regiões brasileiras

Atitude	Regiões brasileiras											
	Centro-Oeste		Norte		Nordeste		Sul		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abordou												
Sim	27	62,8	8	33,3	17	77,3	29	93,5	43	74,1	124	69,7
Notificou												
Sim	16	37,2	10	41,7	4	18,2	19	61,3	24	41,4	73	41
Discutiu c/ equipe												
Sim	28	65,1	13	54,2	16	72,7	18	58,1	29	49,2	104	58,1
Agendou retorno / fez seguimento												
Sim	28	15,8	16	0,8	17	0,9	27	1,5	47	2,6	135	75,8
Encaminhou												
Sim	20	46,5	13	54,2	15	68,2	20	64,5	21	36,2	89	50

Fonte: Questionários aplicados aos participantes dos cinco Seminários Macrorregionais/Projeto Para Elas.

Discussão

A violência contra as mulheres é um problema complexo e que não pode ser abordado apenas por uma vertente. Trata-se de uma realidade do cotidiano dos serviços de saúde, não só da atenção primária, mas também da secundária e terciária. Sendo assim, é imperativo que se efetivem práticas de promoção e combate à violência, não apenas para sensibilizar os profissionais da saúde sobre como abordar e conduzir os casos, mas também a sociedade em geral.

A pesquisa apresentou 92,5% de participantes com pós-graduação, o que demonstra a busca pelos profissionais em se capacitar e especializar, para melhorar seu desempenho para lidar com um tema tão complexo como o da violência. Um viés que há de se considerar é o fato de os respondentes estarem participando de um seminário sobre violência contra a mulher, o que facilita encontrar nessa população indivíduos mais sensíveis ao assunto ou que tenham algum grau de conhecimento mais específico em relação à temática.

Abordar o tema da violência contra a mulher é sempre um desafio. Vários autores que trabalham o tema da atitude dos profissionais diante da mulher em situação de violência destacam que o serviço de saúde é um dos principais locais de abordagem desse problema. Entretanto, o setor saúde muitas vezes não é resolutivo e acolhedor, centralizando o cuidado nos sinais e sintomas, voltado para um modelo biomédico.^{7,8} Alguns autores relatam que a Estratégia de Saúde da Família é um modelo que favorece a abordagem da violência.^{9,10}

Outros estudos desenvolvidos no Brasil demonstraram que os trabalhadores da saúde da família conhecem as suas atribuições no tratamento das consequências sofridas pela violência. Contudo, é notória a dificuldade que o tema traz, pelo fato de ser multifatorial e complexo e pelo vínculo construído com os indivíduos e familiares, trazendo muitas vezes medo e insegurança.^{11,12}

Nosso estudo apresentou baixa frequência de notificação, o que corrobora a literatura atual que, mesmo após a instituição da Lei nº 10.778/2003¹³ – que regulamenta a obrigatoriedade de todos os serviços de atenção à saúde, públicos ou privados a notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência¹⁴ –, a violência contra a mulher ainda é um fenômeno invisível na rotina dos profissionais de saúde.¹² Vários estudos registraram não ser a notificação uma prática de rotina no cenário das equipes de saúde da família e também nos serviços de alta complexidade, reforçando que os números registrados não representam a verdadeira realidade.¹⁵⁻¹⁶ Pesquisas realizadas em vários locais do Brasil revelam as dificuldades encontradas pelos profissionais para efetuar a notificação. Muitas vezes a notificação não é realizada por desconhecimento e receio de sofrer represálias, pois os profissionais pensam que, ao fazer a notificação, estão também fazendo a denúncia.^{17,18}

A discussão de casos no dia a dia dos serviços é um grande desafio. Metade dos profissionais do estudo relatou que já atenderam a mulher em situação de violência e não discutiram o caso com a equipe. A discussão em equipe tem como objetivo ajudar na tomada de decisão em relação à abordagem que será necessária, além de esclarecer as competências profissionais para aquele caso.¹⁹ Avaliação feita em município da região metropolitana de São Paulo mostrou que são poucos os espaços de troca entre os profissionais das instituições que compõem a rede, demonstrando uma desarticulação. Os autores reforçam que a discussão em equipe e o planejamento do atendimento a partir das condições concretas de cada mulher são inexistentes.²⁰

O contato permanente entre as instituições que compõem a rede de atenção por meio de fóruns e reuniões com discussão ajuda e fortalece os setores a direcionarem as práticas de garantia de direito das mulheres.²¹ É necessário melhorar o diálogo entre profissionais e os setores, ampliando os espaços de discussão, com o objetivo de elaborar um processo de trabalho com fluxos e protocolos que orientem uma prática assistencial conjunta e que crie oportunidades de proteger a vida e a saúde das mulheres que vivem em situação de violência.²²

Muitas vezes a mulher procura determinado serviço que não consegue atender à demanda. O profissional que está na linha de frente precisa entender a necessidade de oferecer a atenção adequada em cada caso, com foco na necessidade de seguimento, devido à complexidade dos casos e da inserção dos equipamentos que atendem aos casos de violência.¹⁹

A Lei Maria da Penha proporcionou avanços nas ações para coibir a violência, mas ainda apresenta desafios em todas as áreas para garantir o seguimento da mulher na rede de apoio. Acompanhar a paciente ao longo do seu percurso é um problema vivenciado não somente na abordagem da violência. Muitas vezes ocorre o atendimento, o encaminhamento é realizado, entendendo-se que o problema foi resolvido, mas de fato a situação se repete sem mudança muitas vezes por falta de seguimento.²² Estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) evidenciou que o desconhecimento dos serviços da rede e de suas competências e ações geram uma assistência desarticulada, sem fluxo e fragmentada, impedindo o seguimento da mulher em situação de violência. A rede de atendimento precisa ser fortalecida e o acesso deve ser garantido com seguimento de forma articulada e com comprometimento dos envolvidos.²²

Há dificuldade por parte dos profissionais em realizar encaminhamentos, muitas vezes por desconhecimento de serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência. Há dúvida a respeito de qual o melhor lugar para acolher as demandas e necessidades relacionadas à violência sexual contra a mulher.²³

A respeito de outros serviços, o setor saúde é a porta de entrada para os casos de violência contra a mulher e exerce um importante papel articulador. Estudos reve-

lam dificuldade de articulação entre os serviços, muitas vezes por falta de espaços de discussão e integração, sendo fundamental a organização no nível regional do poder público e instituições organizadas.²⁴ Alguns autores explicam que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e precisa ser ampliada. Para isso, é necessário um trabalho interdisciplinar e uma articulação entre profissionais e gestores.^{3,25} Essa assertiva está de acordo com os achados de outro estudo, que demonstrou que o setor saúde se articula com a delegacia de mulheres na medida em que prevalecem depoimentos vinculando a articulação em rede, principalmente aos encaminhamentos policiais, para realização de Boletim de Ocorrência Policial (BO), colocando-os como prioritários no contexto da atenção.²⁶

Pode-se verificar que ao analisar o indicador de enfrentamento da violência, 40 a 60% avaliaram que existem estratégias de gestão, não apresentando destaque importante entre uma região e outra. Isso mostra que há um grande percurso a ser trilhado em relação a estratégias de enfrentamento, por meio de: previsão de acesso aos serviços de saúde; estratégias de referência e contrarreferência; recursos e insumos para o atendimento; ações de vigilância; capacitação de profissionais; notificação dos casos e estabelecimento de diretrizes para prevenir e combater a violência.

Os gestores presentes no estudo avaliaram mais positivamente as estratégias de enfrentamento da violência por municípios e estados do que os profissionais da atenção primária e terciária.

Pesquisa realizada no sudoeste goiano com o objetivo de investigar a implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher acusou divergência de percepções entre os participantes. Alguns discursos indicavam que as políticas existem somente no papel; outros sinalizavam que o sudoeste goiano se encontra em processo de implementação das políticas; e outros ainda ressaltavam que as políticas estão implantadas adequadamente.²⁷

No Brasil, o aumento do número de mulheres vítimas de violência acompanha a ampliação de políticas públicas e serviços de atendimento. É recomendado o apoio dos serviços de saúde no enfrentamento da violência, uma vez que esta traz como consequência danos físicos e psíquicos às mulheres, que irão procurar os próprios serviços de saúde.^{28, 29}

Considerações Finais

A violência contra as mulheres é um problema complexo e que não pode ser abordado apenas por uma vertente. Trata-se de uma realidade do cotidiano dos serviços de saúde, não só da atenção primária, mas também da secundária e terciária. Sendo assim, é imperativo que se efetivem práticas de promoção e combate à violência, não

apenas para sensibilizar os profissionais da saúde sobre como abordar e conduzir os casos, mas também a sociedade em geral.

A atitude diante da mulher em situação de violência precisa ser resolutiva e acolhedora. Os profissionais precisam saber identificar a mulher em situação de violência e realizar a notificação, realizando seguimento e encaminhamentos sempre que necessário. A discussão de caso com a equipe é de extrema importância, por se tratar de um tema multifatorial e complexo.

Os resultados sugerem que o setor saúde articula e encaminha para os outros serviços da rede, mas ainda de forma fragmentada, de acordo com os autores analisados. Para superar a violência, é necessária articulação intersetorial e da sociedade civil, pois é uma ferramenta potente e eficaz.

As estratégias de gestão para o enfrentamento da violência contra a mulher precisam ser ampliadas e fortalecidas. É essencial o envolvimento e compromisso dos estados e municípios na implantação de diretrizes efetivas de acesso nos diversos níveis assistenciais e da rede de apoio, desenvolvendo ações de vigilância, com garantia de recursos humanos capacitados, áreas físicas adequadas e insumos e equipamentos suficientes.

O presente estudo explora um tema relevante e atual para a área da saúde pública, visto sob a ótica dos profissionais participantes dos seminários macrorregionais do projeto Para Elas. Diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que o cuidado na rede de atenção à mulher em situação de violência por macrorregião brasileira precisa avançar e se fortalecer, para que garanta de fato o atendimento integral às mulheres em situação de violência em todas as regiões brasileiras.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências [Internet]. Diário Oficial da União Nº 96. 2001 mai. 18; Seção 1E. p.3 [acesso em 2016 jul 27]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/portaria737_1254487650.pdf
2. Minayo, MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros [Internet]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.9-41. [acesso em 2015 nov 04]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>
3. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da Republica. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011. [acesso em 2016 jun 17]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
4. Moraes J. Violência Doméstica: fragmentos de uma caminhada [Internet]. Brasília: Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações; 2012. [acesso em 2016 set 5]. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/002116944a6f4303cb614>

5. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(3):1943-1952. [Acesso em: 23/04/2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/28.pdf>>.
6. Wittkowski *et al.* Combining several ordinal measures in clinical studies. *Statistics in medicine*. 2004; 23:1579-1592.
7. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra a mulher: interfaces com a saúde. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.* 1999;3(5):11-26. [Acesso em: 02/07/2016] Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>.
8. Porto JRR, Luz AMH. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. *Rev Gaúcha Enfer.* 2004;25(2):207-18. [Acesso em: 24/04/2016]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4508>.
9. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):595-603. [Acesso em: 31/05/2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/ao-5342>>.
10. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egrý EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(2):304-11. [Acesso em: 10/10/2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>>.
11. Gomes NP, Yasminie MS, Diniz NMF, Paixao GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto – enferm.* 2013;22(3):789-796.
12. Gabin JIA, Dias IA, Rovida TAS. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc. saúde coletiva* 2015;20(6).
13. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [Internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 2016 dez18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm
14. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Goncalves L, Souza GS, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(9):1805-1815.
15. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte. Pernambuco. *Rev. bras. epidemiol.* 2012;15(1):166-178.
16. Quadros MEF, Oliveira MM, Ferreira RZ, Alves PF. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. *Rev Enferm UFSM* 2013;3(1):164-174.
17. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cienc. saúde coletiva* 2012;17(9):2305-2317.
18. Conceição JC, Gusmão MEN, Souza SS, Gomes NP. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. *Rev. baiana enferm.* 2012;26:468-477.
19. Lettiere A, Nakano AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. *Rev Eletr. Enf.* 2015;17(4).
20. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva* 2013;18(5):1293-1304.

21. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços a rede intersetorial. *Athenea Digital* 2012;12(3):237-254.
22. Silva EB, Padoin SMMP, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciênc. saúde coletiva*-2015;20(1):249-248.
23. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(3):1943-1952.
24. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia de Atenção À Mulher em Situação de Violência para Área da Saúde-Paraná [Internet]. Paraná, 2011. [acesso em 2016 out 10]. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20/modulo_5/linha_gui_a_vcm_ultima__setembro.pdf
25. Gomes MA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro, Ruben Mattos Kenneth R. Camargo Jr. (org.). UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003, 228pp. *Ciênc. saúde coletiva* 2004;9(4):1080.
26. Lima SLL. Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
27. SOUZA T.M.C, SOUSA Y.L.R.: Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. Universidade Federal de Goiás, Jataí-GO, *Rev. SPAGESP* 2015; 16(2):59-74 [Acesso em: 29/07/2016] .Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200006>.
28. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud psicol. (Campinas)* 2011; 28(2):219-227.
29. Vieira LB, Padoin SM, Landerdahl MC. A Percepção de Profissionais da Saúde de um Hospital sobre a Violência contra as Mulheres. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):609-616.

DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA COLETA DE VESTÍGIOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DE BELO HORIZONTE

Maria Flávia Furst Giesbrecht Gomes Brandão
Francisco José Machado Viana
Vilma Pereira Lira Ferreira
Adriana Cansado
Alexandre Assis Avelino
Victor Hugo de Melo

Resumo

Introdução: a violência é hoje considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, uma mulher é assassinada a cada duas horas, na maioria das vezes por companheiros e/ou ex-companheiros ou parentes. **Objetivos:** descrever e avaliar a coleta de vestígios realizada em dois centros de referências de atenção à mulher em situação de violência sexual em Belo Horizonte, Hospital Júlia Kubitschek (HJK) e Maternidade Odete Valadares (MOV), no período de novembro de 2010 a junho de 2014. **Métodos:** estudo de natureza quantitativa, transversal, a partir de banco de dados do serviço de Sexologia Forense do Instituto Médico Legal de Belo Horizonte (IML/BH). Foram avaliadas 262 fichas das pacientes que realizaram a coleta de vestígios, sendo que 131 eram oriundas do HJK e 131 da MOV. O estudo foi realizado com mulheres entre dois e 69 anos de idade. Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em bancos de dados e analisados utilizando-se o software SPSS. Foram realizadas distribuições de frequência simples e cruzadas das principais variáveis. **Resultados:** os resultados referem-se à análise do material coletado de 262 mulheres atendidas: 75,6% eram solteiras; 42% tinham entre 11 e 19 anos; e 23,7% entre 20 e 29 anos, com idade média de 23,7 anos; 43,5% eram estudantes, sendo que 35,9% tinham o ensino fundamental e 29,8% o ensino médio; 39,3% das vítimas eram pardas; 59,9% dos agressores eram desconhecidos; 58,8% das agressões foram vaginais; 30,5% dos casos ocorreram no horário noturno; 79,8%

das vítimas foram agredidas por um único homem; 74,0% dos casos foram atendidos em até 24 horas do evento; e 54,6% dos casos ocorreram em via pública. Encontrou-se positividade na pesquisa de esperma em 27,4%: para PSA em 46,7% e FAP em 46,7% das mulheres avaliadas. Conclusão: a maioria das mulheres eram jovens, pardas, solteiras, estudantes do ensino fundamental e médio ou em atividade profissional. A violência ocorreu à noite, em via pública, por agressor desconhecido e único. A maioria das pacientes chegou ao atendimento nas primeiras 24 horas. Em relação à pesquisa de esperma, FAP e PSA, a maioria foi negativa. Entre as hipóteses para esse resultado, considera-se a possibilidade de as mulheres terem tomado banho, trocado de roupas ou usar ducha antes de procurarem o hospital de referência, além do possível uso de camisinha pelo agressor.

Palavras-chave: Cadeia de custódia. Violência sexual. Vítima. Coleta de vestígios.

Introdução

A sociedade civil, ao longo das últimas décadas, passou a reivindicar direitos essenciais à vida humana, como saúde, justiça e cidadania. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, cita direitos que visam resguardar valores fundamentais do ser humano, tais como dignidade da pessoa humana, igualdade, liberdade, solidariedade e fraternidade, sem qualquer distinção de sexo, raça, cor e idade.¹

Na Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, é confirmada a igualdade de sexo, é proibida a discriminação e são previstos os deveres do Estado em prover políticas públicas de combate à desigualdade de sexo.²

A Organização Mundial da Saúde (OMS)^{3,4} define a violência como sendo “o uso da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. E reconhece a violência como um grave problema de saúde pública, além de constituir uma violação aos Direitos Humanos.

A violência sexual representa uma das mais graves violências, visto que provoca grandes transtornos físicos e emocionais. É definida pela OMS como: “Qualquer ato sexual ou tentativa do ato não desejada ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando repressão, ameaça ou força física, praticados por qualquer pessoa independente de suas relações com a vítima, qualquer cenário, incluindo, mas não limitando, ao do lar ou do trabalho”.³

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública e sua temática faz parte de políticas públicas. Novas leis foram criadas para minimizar as consequências de saúde e psicológicas das vítimas. São os serviços de saúde e policial que essas mulheres procuram em primeiro lugar e esses serviços têm de realizar atendimento humanizado e em rede para que as vítimas não sejam revitimizadas.

Entre as várias espécies de violência, a sexual representa uma das mais graves, visto que provoca grandes transtornos físicos e emocionais, como ansiedade, medo, pesadelos, dores no corpo, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez indesejada, além de tornar as vítimas mais suscetíveis ao uso de drogas, prostituição, disfunções sexuais, doenças psicossomáticas, depressão e suicídio. É definida como toda ação na qual uma pessoa em situação de poder obriga outra a realizar práticas sexuais contra sua vontade. Enquanto os homicídios acometem principalmente os homens e ocorrem em espaços públicos, a violência sexual afeta as mulheres dentro do espaço doméstico.³

Com o objetivo de minimizar o sofrimento dessas mulheres, foi implantado pela Polícia Civil, por meio do serviço da equipe de sexologia forense do Instituto Médico Legal (IML) de Belo Horizonte, a partir de novembro de 2010, o serviço denominado Cadeia de Custódia nos Centros de Referência ao atendimento às vítimas de violência sexual em Belo Horizonte – Hospital Júlia Kubitschek (HJK), Maternidade Odete Valadares (MOV), Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB), Hospital das Clínicas (HC). Esse serviço visa à coleta de material biológico dessas vítimas com o intuito de realização da pesquisa de DNA no esperma presente nos vestígios, para a identificação dos prováveis agressores.

O objetivo deste estudo foi descrever e avaliar a realização do atendimento às mulheres em situação de violência sexual considerando o processo de implantação da coleta de vestígios e da cadeia de custódia desse material nos centros de referência de Belo Horizonte.

Métodos

Descrição da população estudada

Estudo de natureza quantitativa, transversal, a partir de banco de dados do serviço de Sexologia Forense do IML/BH no período de novembro de 2010 a junho de 2014. Foram analisados os resultados encontrados nas coletas realizadas nos centros de referência do HJKH e MOV, no período já definido, e correlacionado com as variáveis sociodemográficas das mulheres atendidas nesse processo. As informações das mulheres atendidas nos centros de referência referem-se à anamnese específica da coleta de vestígios, fichas de notificação e resultado dos exames realizados no laboratório do IML. A constituição da população estudada foi de pessoas do sexo feminino com idade entre dois e 69 anos. Foram descartadas pessoas do sexo masculino.

Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em bancos de dados e analisados utilizando-se o *software* SPSS. Foram realizadas as distribuições de frequência simples e cruzadas as principais variáveis, além de comparações entre algumas variáveis categóricas.

Metodologia da coleta de vestígios

A metodologia da coleta de vestígios segue o Protocolo de Operação Padrão do IML de Belo Horizonte. São coletados vestígios das regiões vaginais (1º via), anais (2ª via), orais (3ª via), locais onde houve ejaculação do agressor ou outros locais, dependendo da história da mulher em situação de violência. De cada local são coletados dois *swabs* para pesquisa do antígeno prostático específico (PSA), fosfatase ácida prostática (FAP) e do DNA do agressor, realizando-se, também, esfregaço em lâmina para pesquisa de espermatozoides. Outros dois *swabs* são coletados da mucosa oral da mulher em situação de violência para pesquisa do seu DNA. Todos os materiais coletados são acondicionados em envelopes de papel próprio, com a descrição do local da coleta, com numeração própria do *kit* de coleta do IML e, posteriormente, enviados à Seção de Sexologia Forense do Instituto, para realização dos exames relatados.

Resultados

Os resultados a seguir referem-se à análise do material coletado de 262 mulheres vítimas de violência sexual atendidas no HJK e MOV (131 mulheres em cada hospital), no período de novembro de 2010 a junho de 2014, nos quais foram pesquisados espermatozoides, PSA e FAP.

As características sociodemográficas predominantes das vítimas analisadas são: 75,6% eram solteiras. Em relação à faixa etária, 42% dos casos tinham entre 11 e 19 anos e 23,7% entre 20 e 29 anos. A média de idade foi de 23,7 anos (mínima: dois, máxima: 69). No que diz respeito à profissão, 43,5% eram estudantes. Em relação à escolaridade, 35,9% tinham o ensino fundamental e 29,8% o ensino médio. No tocante à cor/raça, 39,3% das vítimas eram pardas.

Em relação às características dos agressores e da agressão sexual, verificou-se que 59,9% dos agressores eram desconhecidos, 29,4% eram conhecidos e 7,6% eram parentes das vítimas. Em relação ao tipo/local de agressão, 58,8% foram agressão vaginal. Em relação à hora do fato, 30,5% dos casos ocorreram no horário noturno e 24,4% de madrugada. No que diz respeito ao número de agressores, 79,8% das vítimas foram agredidas por um único homem e 13,4% por agressores múltiplos. Em relação ao intervalo de tempo entre a data da ocorrência e a do atendimento, 74,0% dos casos foram atendidos em até 24 horas do fato. No tocante ao local da abordagem, 54,6% dos casos ocorreram em via pública e 22,9% na residência da vítima. No que diz respeito ao dia da semana em que ocorreu o fato, 18,7% dos casos ocorreram no domingo, 16,0% no sábado e os outros casos em diferentes dias da semana.

A Tabela 17.1 apresenta a relação entre a faixa etária das vítimas e o tipo de agressor. Pode-se observar que as vítimas foram agredidas com mais frequência por homens desconhecidos, com exceção das vítimas com idade menor de 10 anos.

Tabela 17.1. Faixa etária das mulheres violentadas e características dos agressores

Faixa etária (anos)	Agressor			Total
	Desconhecido	Conhecido	Parente	
Até 10	1	5	5	11
11 – 19	63	35	12	110
20 – 29	41	17	1	59
30 – 39	32	14	2	48
Mais de 40	17	5	0	22
Sem informações	–	–	–	12
Total	157	77	20	262

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 17.2 apresenta a distribuição entre a faixa etária das mulheres violentadas e o hospital onde foram atendidas. Observou-se que no HJK a faixa etária mais avaliada foi a de 11 a 19 anos (51,1), enquanto na MOV foram aquelas com a faixa etária de 11 a 19 anos e de 20 a 29 anos, ambas com prevalência de 32,8%.

Tabela 17.2. Faixa etária das vítimas de violência sexual e hospital onde foram atendidas

Faixa etária (anos)	Hospitais				Total	
	Hospital Júlia Kubitschek		Maternidade Odete Valadares			
	N	%	n	%	n	%
Ate 10	13	9,9	0	0,0	13	5,0
11 - 19	67	51,1	43	32,8	110	42,0
20 - 29	19	14,5	43	32,8	62	23,7
30 - 39	19	14,5	31	23,7	50	19,1
Mais de 40	11	8,4	12	9,2	23	8,8
Total	131	100	131	100	262	100

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 17.3 apresenta a distribuição entre a faixa etária das mulheres e o local da abordagem. Na faixa etária até 10 anos prevaleceu a residência da vítima; a partir de 11 anos prevaleceu a via pública.

Tabela 17.3. Faixa etária das vítimas de violência sexual e o local de abordagem

Local da abordagem	Faixa etária (anos)												Total	
	Até 10		11-19		20-29		30-39		+ 40		S/I		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Trajetó trabalho	0	0	0	0	0	0	1	0,4	0	0	0	0	1	0,4
Trajetó escola	2	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,8
Residência da vítima	6	2,3	30	11	9	3,4	8	3,0	7	2,7	0	0	60	23
Casa do agressor	3	1,2	10	3,8	5	1,9	6	2,3	0	0	0	0	24	9,2
Local de trabalho	0	0	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	1	0,4
Relação com lazer	0	0	6	2,3	1	0,4	2	0,8	1	0,4	1	0,4	11	4,2
Via pública	0	0	55	21	39	15	32	12	15	5,7	1	0,4	142	54
Casa desconhecida	0	0	4	1,6	1	0,4	0	0	0	0	0	0	5	1,9
Terreno baldio	0	0	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	1	0,4
Total	11	4,2	105	40	57	22	49	19	23	8,8	2	0,8	247	94,3

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 17.4 apresenta o resultado dos exames realizados (pesquisa de espermatozoide, FAP e PSA). Encontrou-se positividade na pesquisa de espermatozoide em 27,4%, para PSA em 46,7% e FAP em 46,7% das mulheres avaliadas.

Tabela 17.4. Resultados dos exames de vestígios dos agressores, a partir de material coletado nas vítimas de violência sexual, em todas as faixas etárias

Material pesquisado	Positivo	Negativo	Sem informação	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Esperma vaginal	46 (17,6)	168 (64,1)	48 (18,3)	262 (100)
PSA vaginal	71 (27,1)	143 (54,6)	48 (18,3)	262 (100)
FAP vaginal	71 (27,1)	143 (54,6)	48 (18,3)	262 (100)
Esperma 2ª via	3 (4,8)	59 (95,1)		62 (100)
PSA 2ª via	6 (9,6)	56 (90,3)		62 (100)
FAP 2ª via	6 (9,6)	56 (90,3)		62 (100)
Esperma 3ª via	1 (5,0)	19 (95,0)		20 (100)
PSA 3ª via	2 (10,0)	18 (90,0)		20 (100)
FAP 3ª via	2 (10,0)	18 (90,0)		20 (100)

Fonte: dados da pesquisa.

PSA – Antígeno prostático específico. FAP – Fosfatase ácida prostática.

Discussão

Na última década, a violência contra a mulher passou a ter grande importância na área da saúde pública, tanto nos serviços de saúde, entidades governamentais, não governamentais e organismos internacionais. Isso provavelmente ocorra devido à luta das mulheres por seus direitos na sociedade e graves repercussões para a saúde física e mental após abuso sexual ou outro tipo de violência.⁴

Existe crescente grau de institucionalização de ações contra os crimes que atentam contra a liberdade sexual e a necessidade de acentuado esforço para se encontrarem estratégias que identifiquem melhor as vítimas de violência sexual. Os profissionais de saúde poderiam exercer função de referência para essas mulheres, principalmente nos casos que não chegam ao conhecimento das autoridades.⁵

Os profissionais de saúde deveriam ser treinados para o manejo clínico e psicológico das vítimas de agressão sexual, incluindo a coleta de evidências forenses e o

conhecimento da legislação específica da sua localidade. Além disso, é importante que evitem manifestações ou julgamentos pessoais quanto ao ocorrido e suas circunstâncias.⁶ Não cabe a eles julgar o ocorrido e sim realizar um excelente atendimento multidisciplinar para que não ocorra a revitimização da paciente.⁷ Novos serviços médicos especializados nesse tipo de atendimento têm sido instituídos, mas não é o suficiente para a melhoria do atendimento à mulher.

Para Kobernick *et al.*,⁸ o adequado atendimento à vítima de abuso sexual deve envolver esforços da equipe de saúde, da polícia, da justiça e de todo o pessoal de apoio. A violência sexual pode ocorrer em qualquer idade da mulher, mas a maioria dos registros existentes na literatura médica refere a predominância desses crimes entre as mais jovens e adolescentes, como encontrado no presente estudo.⁹ Rickert e Wiemann¹⁰ relataram que a adolescente apresenta risco quatro vezes maior para ser sexualmente vitimada em relação aos outros grupos etários.

Em relação à distribuição da idade das pacientes verificada em nossa casuística, apesar da variação entre os hospitais, foram encontrados dados semelhantes aos descritos na literatura. Apurou-se predomínio dos crimes sexuais entre as adolescentes e adultas jovens.¹¹

Quanto à ocorrência dos crimes sexuais em função da etnia/raça da vítima, verificou-se em nosso estudo a predominância da raça parda (39,3%). Não há uniformidade quanto à classificação racial nos crimes sexuais na literatura. Acredita-se que a agressão sexual sofra influência da condição étnica ou racial da vítima.¹²

Quanto à escolaridade das pacientes estudadas, a categoria compatível com o 1º grau foi a mais frequente (35,9%). Isso pode ocorrer, pois a maior parte das adolescentes está em processo de educação formal. Alguns autores têm observado dados semelhantes aos deste trabalho.¹³

No tocante à situação marital no momento da agressão sexual, observou-se que a maioria das vítimas era solteira (75,6%). Achados semelhantes foram verificados no estudo realizado por Drezett *et al.*¹⁴ e Pimentel *et al.*¹⁵ Esse dado pode estar relacionado à baixa faixa etária das pacientes estudadas.

Quanto à análise do tipo de agressão perpetrada, a via vaginal constituiu a principal via de agressão em 58,8% dos casos e em 27,5% a via vaginal associada a outras vias. Cohen e Matsuda¹⁶ verificaram que a via vaginal constituiu a principal queixa de crime sexual apresentada em seus estudos.

No total das pacientes estudadas prevaleceu o agressor desconhecido em 59,9% dos casos. Em relação às faixas etárias, verificou-se que o agressor desconhecido prevaleceu entre as adolescentes (24,04%) e mulheres adultas (34,35%). Nas crianças

prevaleceu o agressor conhecido (3,81%). Para alguns autores, o agressor desconhecido assume mais frequência após a adolescência, entre 50 e 70% dos casos.¹⁷

Quanto à ocorrência de agressores conhecidos entre as crianças, nossos resultados foram semelhantes aos encontrados na literatura.¹⁸ A interpretação dos resultados sobre a tipificação do agressor tem que ser cuidadosa, pois a comparação com outros estudos deve considerar a influência de diferenças culturais, sociais e econômicas das populações analisadas e o viés relacionado às características dos serviços em que as vítimas foram atendidas. O agressor único foi o mais frequente (79,8%). Dados semelhantes são descritos por Pimentel *et al.*¹⁵ quanto à localização da vítima no momento da abordagem do agressor. Verificou-se que a maioria das pacientes se encontrava em via pública (56,2%), o que também está de acordo com esses autores, que encontraram 54% dos casos de abuso sexual ocorrendo nos espaços públicos.¹⁵

Ferris e Sandercock,¹⁹ ao revisarem a literatura sobre os procedimentos médico-legais aplicados à agressão sexual, concluíram que a sensibilidade dos diferentes métodos depende do tempo em que são executados após a violência. As melhores taxas de sensibilidade são encontradas nas primeiras 24 horas da agressão, particularmente quanto à identificação de espermatozoides e fluidos seminais. Em nosso estudo, a maior positividade dos exames para pesquisa de esperma, FAP e PSA ocorreram nas primeiras 24 horas (80,9%).

Segundo Oshikata,²⁰ 80% das ocorrências foram registrados entre 18:00 e 6:00 horas e o o horário das 18:00 às 24:00 (em 50% dos casos) coincide com o percurso de muitas mulheres que estão indo ou voltando de escolas ou do trabalho e a grande maioria das vítimas era estudante do ensino fundamental e do ensino médio. No presente estudo, a maioria dos casos ocorreu no horário noturno (30,5%).

A sociedade atual conta com leis que avançaram no campo dos direitos humanos das mulheres, como a Lei nº 8.072/90, que enquadra os crimes sexuais como hediondos, mas ainda convivemos com estereótipos, preconceitos e discriminações de sexo que interferem no campo da justiça e da saúde.¹⁷ A mudança dessa realidade tem que passar pela modificação nas relações de sexo e dessa forma buscar alternativas para que, algum dia, as mulheres possam ficar livres da condição degradante da violência sexual.

O Juiz de Direito, Dr. José Henrique Rodrigues Torres, preleciona:

“Urge, pois, que todos os profissionais da saúde, e especialmente os médicos, conheçam os aspectos jurídicos e técnicos relacionados com a violência sexual, para que os direitos das mulheres e de toda sociedade sejam efetivamente garantidos... ou então, como as denaidas da mitologia grega, as mulheres continuarão condenadas a carregar os seus direitos em um jarro furado...”.²¹

Considerações Finais

O perfil das pacientes vítimas de violência sexual atendidas nos dois serviços caracterizou-se por uma maioria de mulheres jovens, pardas, solteiras, estudantes de ensino fundamental e médio ou em atividade profissional. A violência sexual ocorreu principalmente à noite, em via pública, por agressor desconhecido e único. A maioria das pacientes chegou ao atendimento nas primeiras 24 horas, possibilitando a realização de medidas profiláticas e coleta dos vestígios.

A maioria dos resultados dos exames realizados no esperma presente nos vestígios (FAP e PSA) foi negativa. Vários fatores podem contribuir para esse resultado: vítimas avaliadas tomaram banho, trocaram de roupa ou fizeram ducha antes de procurarem o hospital de referência; uso de camisinha pelo agressor.

Mas o mais importante em relação ao nosso estudo é constatar que o trabalho em rede, envolvendo saúde e polícia civil, está surtindo resultado positivo, pois as pacientes estão chegando aos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência antes das 72 horas do fato, permitindo, assim, a realização de profilaxias contra DST viral e não viral, gravidez indesejada e a coleta de vestígios que poderá identificar o agressor.

As vítimas de violência sexual sofrem, além dos transtornos psicológicos e alterações em sua saúde, constrangimento, pois são obrigadas a peregrinar por várias instituições a fim de lutar por seus direitos. Devem relatar o que ocorreu, no mínimo em quatro instituições: Polícia Militar, Delegacias da Polícia Civil, Institutos Médico-Legais e hospitais de urgência. E nem todos os profissionais estão preparados para esse tipo de acolhimento.

Em uma hora de imensa dor, constrangimento em expor seu corpo já violentado, medo de ser responsabilizada pelo fato, devem ser atendidas em ambientes mais humanizados onde são encontradas equipes multiprofissionais constituídas por ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiras sensibilizadas para esse tipo de atendimento. Os vestígios para a pesquisa de espermatozoide e enzimas específicas do sêmen devem ser colhidos nesse momento. Para isso, os profissionais de saúde desses hospitais são treinados a realizar a coleta dos vestígios, acondicioná-los, armazená-los e transportá-los para que cheguem sem violação até o local onde serão avaliados. Esse processo é chamado de cadeia de custódia.

Em Minas Gerais, a cadeia de custódia foi implantada em quatro hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte. Mulheres e crianças já estão sendo atendidas por esse processo. A experiência tem sido positiva, pois foi constatado que a maioria das vítimas tem chegado nesses hospitais dentro das 24 horas após o ocorrido e podem realizar as profilaxias para as DSTs, gravidez indesejada e coleta de vestígios e são acompanhadas pela equipe multidisciplinar pelo período mínimo de seis meses.

Espera-se que esse atendimento humanizado seja implantado em todas as regiões do Brasil e que as vítimas de violência sexual possam resgatar sua autoestima. Isso ainda é um grande desafio.

Uma citação do Secretário Geral das Nações Unidas, Ban Ki-Moon (2008), é verdadeira para todo o mundo: *“There is one universal truth, applicable to all countries, cultures and communities: violence against women is never acceptable, never excusable, never tolerable”* (há uma verdade universal aplicável a todos os países, culturas e comunidades: a violência contra mulheres não é nunca aceitável, nunca desculpável, nunca tolerável) [tradução nossa].²²

Referências

1. Declaração Internacional dos Direitos Humanos [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Centro de Informação das Nações Unidas Rio de Janeiro; 2009 - [citado em 2016 dez 18]. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>
2. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [internet]. Brasília (DF): Senado; 1988 – [citado em 2006 dez 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Drezett J. Violência Sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. Revista de Psicologia da UNESP. 2003;2(1):36-50.
4. d’Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. Jornal da Rede Saúde. 1999;(19):3-4.
5. Koss MP, Woordruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. Behav. Sci. Law. 1991;9(1):85-96.
6. Dupre AR, Hampton HL, Morrison H, Meeks GR. Sexual assault. Obstet. Gynecol. Surv. 1993;48(9):, p.640-48.
7. MacFarlane E, Hawley P. Sexual assault: coping with crisis. Can. Nurse. 1993;89(6):21-24.
8. Kobernick ME, Seifert S, Sanders AB. Emergency department management of the sexual assault. J. Emerg. Med. 1985;2(3):205-214.
9. Hayman, CR. Sexual assault on women and girls. Ann. Intern. Med. 1970;72(2):277-278.
10. Rickert VI, Wiemann CM. Date rape among adolescents and young adults. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 1998;11(4):167-175.
11. Peipert JF; Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. Obstet. Gynecol. 1994;84(5):867-871.
12. Scott CS, Lefley HP, Hicks D. Potential risk factors for rape in three ethnic groups. Community Ment. Health J. 1993;29(2):133-141.
13. Glaser JB, Hammerschlag MR, McCormack WM. Epidemiology of sexually transmitted diseases in rape victims. J. Infect. Dis. 1989;11(2):246-254.
14. Drezett J, Navajas Filho E, Spinelli M, Tonon EMP, Carnevalli CA, Gusmão A, Hegg R, Pinotti JA. Aspectos biopsicossociais em mulheres adolescentes e adultas sexualmente vitimizadas: resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. Revista do Centro de Referência. 1996;1(1):23-28.

15. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarian V. Estupro: crime ou “cortesia”? Abordagem sócio jurídica de gênero. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris.; 1998.
16. Cohen C, Matsuda NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. Rev. Paulista Med. 1991; 109(4):157-164.
17. Chaudhry S, Sangani B, Ojwang SB, Khan KS. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. East Afr. Med. J. 1995;72(3):200-202.
18. Westcott DL. Sexual abuse of children: a hospital-based study. S. Afr. Med. 1984;65(22):895-897.
19. Ferris LE, Sandercock J. The sensitivity of forensic tests for rape. Med Law. 1998;17(3):333-350.
20. Oshikata CT. Violência sexual: características da agressão das mulheres agredidas e do atendimento recebido em um hospital Universitário de Campinas [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2003.
21. Torres, JHR. Aspectos legais do abortamento. Jornal da Rede saúde. 1999;(18):7-9.
22. United Nations. Violence against women never acceptable, never excusable, never tolerable [internet]. New York (NY): Meetings Coverage and Press Release. Secretary-General. Press Release; 2008 – [citado em 2014 jan 01]. Disponível em: <https://www.un.org/press/en/2008/sgsm11437.doc.htm>

Capítulo 18

O CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Marilene Vale de Castro Monteiro
Sara de Pinho Cunha Paiva

Resumo

Este capítulo descreve a atenção prestada à mulher em situação de violência sexual, primeiramente, o cuidado imediato, organizado segundo protocolo de atendimento humanizado à vítima de Violência Sexual, da Rede de Custódia de Minas Gerais, fruto de parceria entre a Polícia Civil, Procuradoria de Justiça, Secretaria de Saúde, Instituto Médico-Legal e Hospitais de Referência. Em seguida, relata o acompanhamento ambulatorial oferecido às mulheres nessa condição, com destaque para o Programa de Medicina Antiestresse (PMAE), do Hospital das Clínicas da UFMG.

Palavras-chave: Violência sexual; Rede de Custódia; Medicina Antiestresse.

Introdução

A violência é uma violação dos Direitos Humanos, tem caráter multidimensional e requer ações de prevenção, combate à violência, assistência e garantia dos direitos de cidadania.

A violência contra a mulher, principalmente a violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual, é um dos maiores problemas de saúde pública e violação dos direitos da mulher.¹

A violência sexual é “qualquer ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual ou qualquer outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer ambiente”.^{1,2} O cuidado na investigação clínica assim como no atendimento às mulheres vítimas de violência é pilar da assistência à saúde da mulher. Para isso, os profissionais

da equipe multidisciplinar devem ter sensibilidade e conhecimento das estratégias de enfrentamento à violência contra mulheres, para melhor abordagem dessas vítimas.

O conceito de estupro no Brasil foi revisto em 2009, a partir da Lei 12.015,³ que o descreve como o *“ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”*. Desde agosto de 2013 o governo federal dispôs, na Lei 12.845,⁴ que os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual e ao encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social. Considera-se violência sexual, para os efeitos dessa lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.⁵

A violência contra mulheres no âmbito doméstico e a violência sexual são fenômenos sociais e culturais ainda cercados pelo silêncio, sentimento de culpa e dor. Estima-se que 30% das mulheres em todo o mundo já tenham sido vítimas de algum tipo de violência pelo parceiro íntimo. Muitas mulheres vítimas desse tipo de violência relatam que a seqüela psicológica é muito maior e mais duradoura do que a agressão física.¹ Essas mulheres têm mais mortalidade na idade reprodutiva e todos os casos suspeitos devem ser investigados e notificados, principalmente quando essas pacientes são atendidas em pronto-atendimentos ou unidades de trauma.⁵ Os protocolos de atendimento à saúde da mulher devem obrigatoriamente incluir na anamnese questões sobre possível violência, seja ela de qualquer natureza, pois muitos dos casos começam no início da adolescência e, geralmente, o agressor é muito próximo da vítima.⁵

O Atendimento da Mulher em Situação de Violência Sexual

Como a violência não tem hora ou local para acontecer, o primeiro atendimento geralmente é realizado em serviços de saúde de emergência ou pronto-atendimento de Ginecologia/Obstetrícia. As mulheres chegam por demanda espontânea, encaminhadas pela Delegacia de Polícia ou Centros de Saúde. A equipe multiprofissional envolvida no atendimento geralmente é composta de médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e todos devem ser capacitados para atuação conjunta. A rede de atendimento refere-se à atuação articulada entre instituições/serviços governamentais e não governamentais e a comunidade, pois o atendimento da violência engloba diversas áreas, como a saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça e cultura.⁶

As delegacias especializadas no atendimento à mulher ficaram mais fortalecidas após a promulgação da Lei Maria da Penha e, juntamente com as Defensorias da Mulher, ampliam as ações de prevenção, investigação, enquadramento legal, acesso à justiça e orientação jurídica adequada. As mulheres também têm acesso aos centros

de referência de atendimento à mulher para acolhimento e superação das situações de violência, assim com as Casas de Abrigo, Programa Sentinela e o Centro de Referência da Assistência Social (CREAS). No atendimento a crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, tanto a suspeita quanto a confirmação do abuso ou violência devem ser obrigatoriamente comunicadas ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude.

O atendimento dos casos de violência contra mulheres deve ser feito com muito respeito por parte da equipe multiprofissional, que deve evitar emissão de juízo moral ou de valores. As mulheres devem ser “acolhidas” para que se sintam mais à vontade para contar o ocorrido, sentindo que sua privacidade será preservada e até mesmo sua segurança. Em nossa sociedade, infelizmente, ainda é comum o sentimento, por parte da comunidade ou da própria paciente, de que a vítima possa ter “motivado” a violência.

A capacitação periódica da equipe multiprofissional é fundamental para manter a qualidade do acolhimento das pacientes vítimas de violência sexual. Essa capacitação é valorizada no Hospital das Clínicas da UFMG, que é um dos hospitais de referência para atendimento de violência sexual, e realizada por meio de reuniões periódicas, atualização científica e discussão de casos clínicos. A sensibilização da equipe multiprofissional é mantida, uma vez que o foco principal é na paciente, mas também na equipe que a atende.

A unidade de saúde para atendimento às vítimas de violência deve dispor de equipe multiprofissional 24 horas, local de atendimento adequado para todos os profissionais envolvidos, mas sem placas indicativas, para não estigmatizar as pacientes. Deve dispor de centro cirúrgico para correção das lacerações/lesões ou aborto; equipamentos e instrumentais básicos, material e capacitação para coleta de material biológico (oral, anal e vaginal) e seu encaminhamento ao Instituto Médico-Legal após consentimento da paciente; ficha de notificação compulsória; registro médico e seguimento ambulatorial.

O atendimento médico nos casos de vítimas de violência sexual pode ser dividido em imediato (até 72 horas), ambulatorial (após 72 horas) ou para interrupção da gravidez quando indicada. O atendimento imediato inicia com a anamnese e o acolhimento, tanto pelo assistente social e enfermeiro quanto pelo médico. O exame médico começa pelo exame sistemático de todo o corpo, à procura de lesões, hematomas e cortes. A seguir, a genitália externa é examinada, verificando-se a existência ou não de lesão, descrevendo-se o tipo de lesão encontrada. Faz-se a coleta de vestígios biológicos (onde esses forem encontrados), para futura identificação do agressor, e da cavidade oral para DNA da vítima em material apropriado (*swab*). O exame ginecológico é completado com o toque bimanual (pode ser dispensado a critério clínico). Os *kits* para coleta de material biológico ou de evidência de crimes sexuais possuem proteção à

violação durante toda a etapa do uso e transporte e são fornecidos pelo Instituto Médico-Legal. Em casos suspeitos de ingestão de substâncias tóxicas são colhidos fluidos para análise toxicológica e/ou alcoolemia. Esse protocolo faz parte do atendimento humanizado à vítima de Violência Sexual da Rede de Custódia de Minas Gerais, uma parceria entre a Polícia Civil, Procuradoria de Justiça, Secretaria de Saúde, Instituto Médico-Legal e Hospitais de Referência.

As lesões encontradas no exame físico são imediatamente reparadas e, em seguida, a paciente é encaminhada ao laboratório para coleta de exames: hemograma, provas de função hepática para controle dos efeitos colaterais dos antirretrovirais, beta-HCG, sorologias para sífilis, hepatite B e C, HIV e bacteriologia para algumas DSTs (se estiver disponível). A paciente recebe todo amparo médico, psicológico e social, além de informações sobre seus direitos e serviços disponíveis na rede de assistência tanto na esfera governamental quanto nas redes de apoio não governamentais.

No atendimento também é contemplada a facilitação para o registro da ocorrência, orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis e medicações sobre a profilaxia, terapia preventiva para evitar gravidez e sobre a obrigatoriedade da notificação epidemiológica pela ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

As mulheres e as adolescentes (com seus respectivos representantes legais) devem ser informadas quanto às possibilidades de medidas legais frente à gravidez decorrente de violência sexual, que vão desde o direito ao pré-natal, assistência ao parto com ou sem encaminhamento para adoção do recém-nascido, até a interrupção da gravidez, como previsto no Decreto-Lei 2.848 de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal.⁷

A gestante vítima de violência, maior de 18 anos, que deseja solicitar a interrupção da gestação não precisa de alvará, decisão judicial ou boletim de ocorrência, mas somente o consentimento por escrito para a realização do abortamento, pois o Código Penal estabelece a “presunção de veracidade” representada pelo consentimento que deve ser anexado ao prontuário. Entre 16 e 18 anos a adolescente deve ser assistida pelos pais ou representante legal, que devem se manifestar junto com ela. Quando a adolescente for menor de 16 anos, os pais ou representante legal manifestam-se por ela. Além do consentimento para interrupção da gestação, a gestante deve preencher o termo de relato circunstanciado e o termo de responsabilidade para o aborto legal. A equipe médica preenche o termo de aprovação da interrupção da gravidez e o parecer técnico para o aborto legal.⁵ Todos esses documentos estão disponíveis nos serviços que realizam o procedimento de interrupção legal da gestação.

O cálculo da idade gestacional é fundamental para estabelecer a concordância entre o tempo de gestação e a data da violência sexual e também para determinar o método de abortamento. O exame de ultrassonografia é o método mais preciso para confirmar a idade gestacional e sempre deve ser solicitado.

Acompanhamento Ambulatorial das Mulheres em Situação de Violência Sexual

De acordo com a norma técnica para atendimento a vítimas de violência sexual e doméstica do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG), toda paciente encaminhada ao serviço de pronto-atendimento do HC-UFMG receberá atendimento especializado quanto à sua faixa etária: pacientes abaixo de 14 anos são atendidas pela equipe de Pediatria e pacientes de 14 anos pela equipe de Ginecologia e Obstetrícia. No primeiro atendimento será preenchida uma ficha de notificação/investigação; a paciente receberá o primeiro atendimento para tratamento das lesões agudas existentes e profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis e gestação indesejada.

O atendimento ambulatorial é a fase seguinte dos cuidados às vítimas de violência sexual e de fundamental importância. Esse atendimento também é multidisciplinar. O objetivo é dar suporte emocional, verificar a possível falha na profilaxia para DSTs ou mesmo de gravidez, acompanhar os ciclos menstruais e monitorar o uso de antirretrovirais (quando for o caso). As consultas são quinzenais, depois mensais até completar seis meses da violência. Não existe um prazo fixo para esse acompanhamento e é importante que a paciente continue se sentindo acolhida e saiba que suas necessidades serão atendidas pelo tempo que for necessário, ou seja, esse tempo deve ser individualizado.

Acompanhamento psicológico das vítimas de violência sexual

As consequências da violência sexual envolvem aspectos físicos, psicológicos e sociais, que devem ser priorizados no contexto da formulação e implementação de políticas de saúde.^{8,9} De acordo com o Protocolo de Atenção Básica à Saúde das Mulheres,¹⁰ durante a avaliação global da mulher podem-se identificar vários sinais de alerta de violência, tais como: transtornos crônicos, vagos e repetitivos; transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); ansiedade; depressão; história de tentativa de suicídio ou ideação suicida; lesões físicas que não se explicam como acidentes, entre outros.

O termo **estresse** denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina, produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos.¹¹ De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, o estresse afeta mais de 90% da população mundial e é considerado uma epidemia global, que não mostra sua verdadeira fisionomia. Na verdade, sequer é uma doença em si: é uma forma de adaptação e proteção do corpo contra agentes externos ou internos.¹² Um dos primeiros cientistas a demonstrarem experimentalmente a ligação do estresse com o enfraquecimento do sistema imunológico foi o microbiólogo francês Louis Pasteur

(1822-1895). Em estudo pioneiro, no final do século XIX, ele observou que galinhas expostas a condições estressantes eram mais suscetíveis a infecções bacterianas (bacilos de antraz) que galinhas não estressadas. Desde então, o estresse é tido como um fator de risco para inúmeras doenças que afligem as sociedades humanas.¹³

Níveis elevados de estresse têm motivado uma variedade de estudos designados à promoção de autoconhecimento e autorreflexão.^{14,15} Em estudo pioneiro, Shapiro demonstrou os benefícios da utilização das técnicas do programa de "*Mindfulness-Based Stress Reduction*" (MBSR).¹⁶ Os resultados mostraram alterações biológicas e psicológicas após a realização do programa, tais como: melhora no funcionamento do sistema imune; diminuição dos níveis de ansiedade e depressão; aumento no poder de empatia e espiritualidade; melhor conhecimento de terapias alternativas como formas de tratamento médico; melhor conhecimento dos efeitos negativos do estresse; melhor conhecimento e utilização de técnicas positivas para confronto aos fatores de estresse; e mais habilidade em resolver conflitos.

Em pesquisa pioneira realizada no Brasil,¹⁷ mulheres inférteis em tratamento no Serviço de Reprodução Humana do HC-UFMG participaram do Programa de Medicina Antiestresse (PMAE), com base no programa de MBSR e no protocolo de *Mindfulness-Based Skills* (MBS) da Georgetown University.¹⁸ Os resultados do estudo nessa subpopulação sugerem que o PMAE tem grande importância na promoção de autoconhecimento, autorreflexão e autocuidado em pacientes inférteis. *Mindfulness* é um termo inglês que pode ser definido em português como "atenção plena". Aumento na atenção plena acarreta mudanças no humor e na percepção de estresse, o que explica, em parte, os impactos positivos das intervenções do PMAE na forma de lidar com o estresse percebido pelas pacientes inférteis.

Após reconhecer que pacientes vítimas de violência sexual se confrontam com múltiplos fatores estressantes, tanto físicos como psicológicos, tornou-se evidente a necessidade do desenvolvimento de programas para a redução dos níveis de estresse e depressão, assim como melhora da sua qualidade de vida. De forma pioneira em Minas Gerais e no Brasil, o ambulatório de violência sexual do HC-UFMG implementou um programa específico para atendimento a pacientes vítimas de violência sexual, utilizando as técnicas do PMAE. Esse serviço tem como objetivos: gerar assistência antiestresse para mulheres acometidas por violência sexual na região metropolitana de Belo Horizonte e Minas Gerais, utilizando as técnicas do PMAE; ensinar as pacientes acompanhadas no Ambulatório de Violência Sexual do HC-UFMG a lidarem com os fatores de estresse do dia a dia, assim como os fatores decorrentes da violência sofrida, por meio das técnicas do PMAE; incrementar a realização de pesquisas clínicas sobre violência sexual e estresse; promover interdisciplinaridade e possibilidade de desenvolvimento de trabalhos científicos e de pós-graduação nas áreas de Medicina e

psicologia, por meio da participação e treinamento de alunos de graduação, médicos-residentes, psicólogos e outros profissionais de saúde da Faculdade de Medicina da UFMG (FM-UFMG) e do HC-UFMG.

Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. World Health Organization. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.015 de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [Internet]. Brasília, DF; 2009. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
4. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.845 de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. 3. Ed. atual e ampl, 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p 124.
6. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011. [acesso em 2016, dez 17]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
7. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei n. 2.848, artigo 128, inciso II de 7 de dezembro de 1940, que dispõe sobre a prática legal de aborto [Internet]. Brasília, DF; 1940. [acesso em 2016 dez 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm
8. Barbosa LNF, Dantas FG, da Silva MAB, da Silva JJ. Sobre ética e violência sexual: recortes de um caso atendido fora dos serviços especializados. Rev. SBPH. 2010; 13(2): 299-317.
9. Barreto PPM, Silva JS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Bioética e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: revisão de literatura. Rev. bioét. 2016; 24(2): 267-75.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção Básica à Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Houaiss A, Villar MS, Franco FM. Dicionário da Língua Portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p 1264.

12. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. R. Psiquiatr. 2003; 25 (supl 1): 65-74.
13. Ader R, Felten D, Cohen N. Psychoneuroimmunology, San Diego: Academic Press, 2001.
14. Maudsley G, Fryer-Edwards K. Promoting reflection on professionalism: A comparison trial of educational interventions for medical students. Acad Med. 2003; 78(7):742-7.
15. Boenink AD, Oderwald AK, De Jonge P, Van Tilburg W, Smal JA. Assessing student reflection in medical practice. The development of an observer-rated instrument: Reliability, validity and initial experiences. Med Educ. 2004; 38 (4): 368-77.
16. Shapiro SL, Schwartz G, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med. 1998; 21(6):581-599.
17. Paiva SPC, Nery SF, Magalhães EB, Couto BGM, Amaral CAV, Campos FMF, et al. Impact of a short-term, mindfulness-based stress reduction program on the well-being of infertile women: a mixed- method study. Journal of Endometriosis 2015; 7(4):136-40.
18. Saunders PA, Tractenberg RE, Chaterji R, Amri H, Harazduk N, Gordon JS, et al. Promoting self-awareness and reflection through an experiential mind-body Skills course for first year medical students. J Med Teach. 2007; 29(8):778-84.

Capítulo 19

SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL DE MINAS GERAIS: AS RELAÇÕES DE CUIDADO NO CENTRO DE REFERÊNCIA À GESTANTE PRIVADA DE LIBERDADE

Viviane de Souza Maciel
Nazia Aparecida Pereira
Marilene Altavina Gouvêia
Leandro Genuir de Assis Caetano
Talita Maciel Borges
Elza Machado de Melo

Resumo

Este artigo apresenta pesquisa sobre a saúde no sistema prisional de Minas Gerais, que abordou os aspectos da saúde na gestação, parto e puerpério, sob perspectiva qualitativa. Foi utilizada para coleta de dados a técnica de grupos focais, com mulheres presas no Centro de Referência à Gestante de Minas Gerais e com os profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde. No total, cinco grupos foram realizados. O Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade foi escolhido por ser o local do sistema prisional que recebe todas as mulheres gestantes e as puérperas que ficam com seus filhos, no estado de Minas Gerais. A discussão dos resultados foi realizada sob a ótica da teoria de Foucault e foi feita por meio da análise de discurso. Os resultados mostraram relações de cuidado fortemente marcadas por relações de poder.

Palavras-chave: Saúde Pública. Sistema Prisional. Mulher. Privados de Liberdade.

Introdução

A saúde no sistema prisional relaciona duas realidades peculiares em nosso país: o sistema de saúde e o sistema prisional. De um lado, um sistema relativamente novo, o Sistema Único de Saúde (SUS), que visa dar conta das complexas questões de saúde, tendo como pano de fundo a Reforma Sanitária Brasileira. E de outro lado, um sistema antigo e, segundo opinião praticamente consensual no país, anacrônico, com a responsabilidade de responder às medidas de um sistema penal confuso e pouco resolutivo.

O SUS organiza a assistência à saúde da população brasileira, tendo como princípios o atendimento universal, a equidade, a integralidade das ações, a gestão descentralizada e a participação popular. Pressupõe a saúde como direito de todos e dever do Estado. A história é longa até se chegar a essa formulação, que ainda não se efetivou integralmente, é verdade, mas já traz, inequivocamente, implicações para o cotidiano das pessoas e das populações, muitas das quais extrapolando o setor da saúde. “O SUS [...] pautava-se num conjunto de princípios e diretrizes fundamentais para a democratização da saúde, da sociedade, do poder público e da cultura.”¹ A discussão da saúde, na Reforma Sanitária, passava, portanto, pela discussão sobre democratização, direitos e acesso das pessoas a uma vida digna e saudável. A partir daí, muito precisou e ainda precisa ser feito para que os princípios do SUS se efetivem, buscando a garantia de saúde de qualidade.

Ao largo dessa discussão, as pessoas privadas de liberdade que se encontravam sob a tutela do Estado tinham garantido na Lei de Execução Penal,² desde 1984, em sua seção III, o direito à assistência à saúde, em caráter curativo e preventivo. No entanto, a execução e acompanhamento das ações em saúde para essa população não eram discriminados, bem como as especificidades do acesso e dos cuidados necessários não estavam articuladas às discussões sobre saúde que aconteciam no cenário nacional. Em 2003, o Ministério da Saúde articula com os demais órgãos envolvidos a organização da atenção à saúde, visando inserir efetivamente essa população no SUS. Cria-se então o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNASP),³ principal instrumento que regulamenta e dá suporte técnico e financeiro à organização da atenção à saúde, nesse âmbito. A partir daí foram instituídos os Planos Operativos Estaduais (POE), que visam nortear o modo como as ações se darão nos estados. O estado de Minas Gerais fez sua adesão ao PNASP em 2004, publicando então o Plano Operativo Estadual de Minas Gerais.⁴

A aproximação entre SUS e sistema penitenciário, pensando-se a necessidade de inclusão da população privada de liberdade na lógica de funcionamento do SUS, se justifica sobremaneira se se trabalhar com o conceito de equidade, um dos princípios do SUS. Ainda que não esteja presente de maneira direta na legislação e que possa

remeter a entendimentos diferenciados,¹ o conceito de equidade é central para a discussão da efetividade do SUS como sistema de saúde.

O conceito de equidade implica considerar as diferenças para se pensar a distribuição, seja de recursos, seja de planejamento ou estabelecimento de prioridades; tratar os diferentes de maneira diferente. Ainda que o conceito seja, como observado por Campos,¹ tão difícil de observar na realidade, pelo grau de delicadeza e sofisticação exigidos da política, é ele que sustenta fundamentalmente a necessidade de uma política para a atenção à saúde no sistema prisional. Pelo seu caráter de isolamento, pela sua posição de submissão à segurança e pelas condições precárias encontradas nos locais de privação da liberdade, o SUS precisa trabalhar de maneira equitativa para realmente possibilitar que o direito à saúde seja garantido a essa população.

Não obstante, o que se encontra no dia a dia da população prisional não é a efetivação da equidade de acesso à saúde. A análise bibliográfica e a visita a presídios do estado de Minas Gerais mostram que prevalece a falta de equipes de saúde completas para o atendimento, a dificuldade em se identificar as demandas com a urgência necessária, desarticulação com a rede municipal, infraestrutura precária para o trabalho da saúde dentro das unidades, descaso com a continuidade no acompanhamento dos casos e condições de extrema insalubridade, agravando questões de saúde e causando diversos agravos encontrados na realidade dos presídios.⁵

Trata-se de uma população vulnerável pelo simples fato da privação de liberdade, com condições agravadas devido à realidade encontrada hoje nos estabelecimentos prisionais brasileiros. Wacquant faz uma descrição precisa da realidade brasileira, ao mostrar que o sistema penitenciário brasileiro apresenta as condições das piores jaulas do terceiro mundo, elevadas a uma escala mais alta, por sua dimensão e pela indiferença dos políticos e da população. O autor aborda, sob uma perspectiva mundial, questões de suma importância sobre o tema, como a prisão para manutenção da ordem pública, a problemática do encarceramento dos pobres e a relação da sociedade com a pena privativa de liberdade.⁶

Em Minas Gerais, os números chamam a atenção quando se volta para a quantidade de presos e para o crescimento dessa população nos últimos anos. Em 2012, a população carcerária era de 51.598 presos, com índice de 263,32 pessoas presas por 100.000 habitantes (263,3/100.000). Esse elevado número é dividido entre 48.587 homens e 3.011 mulheres, incluindo presos que se encontram sob a custódia da Polícia Civil e do sistema prisional.⁷ Os presos sob a custódia da Subsecretaria de Administração Prisional estão em complexos penitenciários, penitenciárias, presídios, casas de albergados, hospitais de custódia e centros de apoio.

É importante observar que, apesar do número significativamente menor de mulheres no sistema prisional de Minas, o crescimento observado nos últimos anos é

maior para essa população. De dezembro de 2006 a dezembro de 2012, o número de mulheres no sistema prisional cresceu 84%, em contrapartida a um crescimento de 46% na população masculina. Para a população feminina, a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP) reserva vagas em diversas unidades prisionais mistas, cinco presídios exclusivamente femininos e um Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade (CRGPL). Este estudo foi realizado no Centro de Referência e teve por objetivo avaliar a atenção de saúde na gestação, parto e puerpério no sistema de saúde prisional de Minas Gerais.

Metodologia

Esta pesquisa abordou a gestação, parto e puerpério da mulher no sistema prisional de Minas Gerais e, sendo de natureza qualitativa, teve como procedimento metodológico a realização de grupos focais. A escolha da abordagem qualitativa deveu-se à natureza da investigação, que pretendia abordar os aspectos sociais e históricos¹ presentes no cuidado em saúde, sob a perspectiva das mulheres presas e dos profissionais envolvidos no cuidado. Foram realizados, em 2013, cinco grupos, sendo quatro com mulheres presas no CRGPL e um grupo focal com profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde. Para os grupos focais com as mulheres presas, o critério utilizado para seleção foi ter estado ou estar grávida dentro do sistema prisional de Minas Gerais e ter sido encaminhada ao CRGPL após a descoberta da gravidez. Sobre o segundo grupo, buscou-se reunir o máximo de profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde dentro do CRGPL.

É importante salientar as dificuldades encontradas para se reunir todos os profissionais da equipe, tendo sido possível a participação de apenas um representante de cada área. Além disso, cabe ressaltar a impossibilidade imposta pela SESP-MG em gravar os grupos focais, tendo sido necessário que a equipe da pesquisa se organizasse para fazer o registro mais fidedigno possível das falas. Ancorada pelas indicações de Minayo⁸ de que, quando não for possível gravar ou filmar, o investigador deve registrar a fala imediatamente após a entrevista, devendo fazer o mesmo com os registros da observação participante, a equipe de pesquisadores atentou para o registro integral das falas da forma mais completa possível. Para a realização dos grupos, foram elaborados dois roteiros diferenciados, para o grupo de mulheres e para o grupo de profissionais, utilizando-os de maneira a introduzir na discussão os temas constantes no objetivo da pesquisa.

Tratou-se de uma amostra na qual não foi considerada a representatividade numérica, e sim o aprofundamento analítico, por meio da seleção de participantes com mais representatividade do campo estudado, sendo eles os profissionais em campo e o conjunto de mulheres oriundas de todo o estado de Minas Gerais. Assim, constituiu-se o *corpus* de análise da pesquisa.

A pesquisa foi apresentada e autorizada pela Superintendência de Atendimento ao Preso da SESP MG e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG), nº CAAE - 0323.0.203.000-11. Foi utilizada para análise dos dados a referência da análise de discurso francesa. Como salienta Charaudeau,⁹ a Escola Francesa vê a análise do discurso “como uma espécie de espaço crítico, lugar de interrogação e de experimentação em que se podem formular, deslocando-os, os problemas que as disciplinas constituídas encontram”. Nessa pesquisa, portanto, a análise do discurso pretendeu discutir, à luz do material encontrado, aspectos qualitativos da atenção à saúde da gestante no sistema prisional de Minas Gerais.

Considerando-se o modelo de análise adotado, bem como o referencial teórico, a utilização dos grupos focais mostrou-se pertinente, uma vez que se trabalhou com os atores em forma coletiva, em detrimento da realização de entrevistas individuais. Sobre o grupo focal, “o valor principal dessa técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos”.⁸ Tal condição se mostrou importante nesta pesquisa, já que o comportamento no grupo ilustrou de maneira profícua as condições institucionais de legitimação da enunciação, seja em relação às mulheres presas, seja em relação aos profissionais.

Sendo assim, a função da análise do presente estudo é manter a complexidade do material encontrado, articulando tanto as falas dos grupos focais quanto o contexto social e histórico encontrado a partir da análise anterior ao campo.

Resultados e Discussão

Participaram dos quatro grupos focais 29 mulheres, do total de 50 mulheres presas, com perfil semelhante ao do conjunto, sendo que a maior parte delas (54%) possuía ensino fundamental incompleto, 49% tinham entre 18 e 29 anos e 25% estavam presas por tráfico de entorpecentes. O quinto grupo focal foi composto de cinco profissionais, do total de 15 profissionais, tendo sido possível reunir um de cada categoria, a saber: um assistente social, um psicólogo, um enfermeiro, um pedagogo e um agente penitenciário. Sobre os dois últimos, cabem ressalvas. O pedagogo, apesar de não ser um profissional de saúde, é reconhecido na instituição como profissional responsável pelo cuidado em saúde, especialmente, quando voltado para o trabalho de educação em saúde. E isso possibilitou sua participação no grupo. O agente penitenciário, diferentemente dos demais profissionais, foi selecionado entre os demais agentes pela sua maior proximidade com as ações de saúde, sendo ele o responsável por escutar as mulheres em consultas externas à unidade, bem como no momento do parto ou consulta das crianças.

A pesquisa em questão foi realizada em um dispositivo da Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP-MG), o Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade (CRGPL). Esse dispositivo surgiu atrelado à política de saúde e com objetivo

de prestar atendimento humanizado, mas ainda assim, no cerne do sistema prisional. Trata-se de uma unidade prisional com instalações e equipe diferenciadas, inclusive com cuidado diferenciado na seleção dos agentes penitenciários para trabalhar nessa unidade, sendo a maioria mulheres com formação em Técnico de Enfermagem.

Logo na chegada ao CRGPL, encontra-se um grande muro na cor rosa, que não ameniza sua grandiosidade e as inúmeras instalações de segurança. Ironicamente instalado no terreno de um hospital psiquiátrico desativado, o CRGPL apresenta em seu primeiro plano a parte administrativa, um refeitório frequentado tanto pelas presas quanto pelos profissionais que ali trabalham e uma pequena área descoberta onde se encontra um pequeno parquinho. Os brinquedos parecem ter como única função ilustrar o fato de ali viverem crianças, uma vez que não são adequados para a idade das crianças que ali permanecem e em nenhuma das visitas realizadas pela equipe estavam sendo utilizados. Em seguida, encontram-se as salas de atendimento dos profissionais de saúde, educação e Direito e as pequenas salas de aula. Após uma porta de grade, diante da qual uma agente penitenciária permanece durante todo o tempo, estão os alojamentos.

Diferentemente dos presídios comuns, essa instituição não possui celas e sim alojamentos com diversos quartos, onde há camas e berços para as mães e para os filhos. Os quartos são pequenos e com pouco espaço para circulação entre as camas e os berços. Na parte de trás do terreno encontra-se o segundo alojamento, que ocupa as alas que antes eram destinadas a receber pacientes psiquiátricos, e um bloco destinado aos atendimentos de saúde. Nesses alojamentos, o espaço dos quartos é ainda menor. Ao final de cada alojamento há um banheiro coletivo onde as mães tomam banho e dão banho nas crianças. Entre os dois alojamentos, há um pátio descoberto, usado para a permanência das crianças, para secar roupas lavadas pelas mães e para as mais diversas funções. Além desses espaços, há um pequeno galpão onde as mulheres trabalham e uma sala coberta na parte externa, que é dividida entre espaço de lavagem de roupas e local de lazer das crianças, onde se encontram alguns brinquedos pequenos e uma televisão onde são transmitidos vídeos infantis. Esse é basicamente o espaço físico do local de campo da pesquisa.

Os grupos focais com os profissionais foram realizados em uma sala destinada às reuniões e ao trabalho da direção. Os grupos com as mulheres presas foram realizados no pátio, sempre buscando deixá-las em ambiente confortável e com um mínimo de privacidade, devido à impossibilidade de seguir com as mulheres para uma sala isolada. A todo o momento esbarramos com a necessidade de essas mulheres estarem com os filhos, sendo necessário às pesquisadoras adequarem-se à rotina das mulheres, para que a pesquisa pudesse ser realizada. Apesar de o ambiente estar muitas vezes barulhento e tumultuado, o tema parecia ser de interesse das mulheres e, com isso, foi possível contar com a participação ativa delas.

Foram três os principais pontos abordados no roteiro dos grupos focais e que serão discutidos neste artigo: relação de cuidado dos profissionais com as mulheres e com os filhos; gravidez dentro do sistema prisional; perspectiva dos profissionais sobre educação em saúde no CRGPL. Os temas são próximos e se confundem, mas a partir deles é possível ampla discussão sobre o cuidado em saúde, focalizando o ponto de vista dos grupos abordados.

A relação de cuidado entre profissionais e usuários dentro de uma unidade prisional é claramente marcada pelo contexto institucional onde se encontram. O sistema prisional, historicamente marcado pela imposição da ordem, pela força e, muitas vezes, pelo exercício da violência, é um contexto peculiar e difícil, cujo cuidado em saúde se torna um desafio. A influência das reflexões de Foucault sobre os dispositivos institucionais e sua discussão sobre o conceito de poder indicam que as falas recolhidas nos grupos focais não podem ser consideradas fora do cenário em que são produzidas, a saber, no cerne do discurso penitenciário, perpassado pelo discurso da clínica.

Ao serem questionadas sobre a relação com os profissionais que realizam o cuidado à saúde, as mulheres reclamam sobre o atendimento prestado, sendo o maior número de depoimentos referentes a reclamações por demandas não atendidas, como nos exemplos a seguir:

(M)“Eles levam de última hora”.

(M)“[a relação com os profissionais] é péssima, dá vontade de torcer o pescoço. É difícil ver seu filho sofrer e escutar: não é nada”.

(M)“Criança com febre por três dias e tudo é normal, depois o menino ficou 15 dias internado”.

O discurso do sistema prisional aparece como um avalizador da demanda dessas mulheres para os profissionais da saúde. Entre uma questão que aparece na rotina cotidiana do cuidado de si ou das crianças e o acesso aos profissionais está a figura do agente penitenciário. No grupo com os profissionais essa questão se clarifica, quando a agente participante afirma:

(P)“Ficamos, aqui o dia inteiro com elas. Ouvimos, avaliamos e encaminhamos pra saúde, fazemos uma ponte entre a saúde e elas. Eu trabalho com primeiros socorros, instruímos pra que seja dado o melhor cuidado aos bebês. Eu sou mãe, a gente sabe como é”.

Mais do que qualquer um dos outros profissionais, a agente se vê em um lugar, apresentado por ela como nada confortável, de regular uma demanda para a qual não está preparada.

Ainda que o papel do agente penitenciário apareça como um fator decisivo nessa regulação, a equipe de saúde se serve dessa distância criada pelo dispositivo da prisão, evitando uma real aproximação com as presas, o que faz com que a posição de presas se sobreponha à posição de usuárias de serviços de saúde. Na fala das mulheres presas:

(M) "Trata a gente como presa. Isso aqui é uma palhaçada, prefiro presídio normal. Até os relógios da parede tiraram, fui perguntar por que, responderam: por que, você tem algum compromisso?"

(M) "Eu não acho que a saúde daqui é boa. O médico daqui atende em dois segundos."

(M) "O cuidado é precário, tudo é normal. Tem três dias que eu estou com diarreia e tudo é normal"

A possibilidade de proximidade e de um efetivo cuidado que a ausência de grades poderia permitir não aparece nas falas das mulheres. A relação apresentada por essas mulheres com os profissionais e o sentimento de precariedade e abandono se confunde com a relação que manifestam estabelecer com as agentes, ressaltando que não há concepção por parte delas da saúde como dispositivo diferenciado e com objetivos diversos dos da segurança e da punição. Ainda que a fala dos profissionais em diversos momentos apresente as ações realizadas e preconizem um intuito de cuidado – (P) *"Nós trocamos o curativo do umbigo, observamos de perto, orientamos a amamentação"* –, o tema da saúde se confunde com o da punição – (P) *"pode ser bom, pensar que este não é um lugar legal e querer sair daqui"* –, tornando a questão ambígua e insustentável, corroborando os efeitos que aparecem nas falas de quem recebe o cuidado, as mulheres presas.

Outro aspecto importante relacionado às relações de cuidado é a medicalização da atenção em saúde. A medicalização na sociedade ocidental significa muito mais que o uso desorganizado de medicamentos, tratando-se do processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da Medicina com vistas a assegurar a conformação às normas.¹⁰ Ao mesmo tempo em que se amplia o campo de competência na Medicina, busca-se a ampliação do acesso aos serviços, o que valida esse campo de competência e torna legítimo o saber da Medicina sobre os corpos e sobre cada detalhe do cotidiano da vida. (M) *"Aqui para as crianças tomarem gelatina tem que ter prescrição médica"*, ironiza uma das mulheres presas referindo-se à maneira como práticas cotidianas e ligadas ao saber popular passam a precisar do crivo da área médica.

Há uma vigília constante pelos agentes acerca do modo de cuidado dessas mães e, ainda, uma avaliação sobre a condição ou não de cuidar do filho, partilhada entre os profissionais: (P) *"Se a mãe coloca em risco a vida da criança, aí o procedimento é ou-*

tro". A contribuição que a educação dá é orientar, pois muitas num primeiro momento não querem ter o filho. (P) *"É preciso estimular esse vínculo. Mas quando ganham o bebê tudo muda, é muito gratificante"*. As demandas das mães giram principalmente em torno do cuidado aos filhos, que é sempre cerceado pelo olhar das agentes e dos profissionais. Uma das mulheres manifesta sua indignação sobre a conduta diante da febre de seu filho: (M) *"Toda hora que o menino está com febre manda dar banho e dar remédio"*, o que é corroborado por diversas outras por meio de uma frase irônica e recorrente nos grupos: (M) *"Tudo aqui é normal"*.

A fala das mulheres presas sobre a rotina da instituição demonstra a complexidade e o horror a que as mesmas estão submetidas nesse espaço dito diferenciado. A permanência das crianças junto das mães, a princípio uma solução mais humanizada e que tem como objetivo propiciar o estabelecimento de vínculo da mãe com a criança e adequado cuidado a essa criança nos primeiros meses de vida, não é naturalmente uma solução adequada. Foi possível escutar das mulheres a submissão rotineira de seus filhos a um ambiente e a uma disciplina absolutamente inadequada ao crescimento de uma criança. Uma delas relata uma situação recorrente no momento do procedimento para que todas entrem nos alojamentos e se mantenham em silêncio:

(M) *"na hora do procedimento, um menininho chorava muito, toda criança chora, e uma agente gritou mandando o menino calar a boca. Como a prioridade é a criança se a criança não pode chorar? Quando é procedimento pra gente, o bebê também tem que dormir."*

Outra mulher relata: (M) *"toda vez que vai pro refeitório tem que fazer o procedimento – tira a roupa e agacha. O pior é quando a gente que é mãe passa pela humilhação pelos agentes na frente da criança"*. Outra mulher ainda relata sobre uma das crianças que, de tanto ver a mãe fazendo o procedimento, passa a imitar o ato de tirar a roupa e agachar perto dos adultos.

Essas cenas absurdas são citadas por essas mulheres de maneira sutil e em tom de queixa, mas não parece haver espaço para grandes estranhamentos. Os procedimentos que parecem tão estranhos aos pesquisadores só são questionados por elas quando dizem respeito ao que atinge as crianças. Ainda que nesse caso a invasão pareça mesmo ser maior, uma vez que essas crianças a princípio não estão inseridas na lógica da punição, a necessidade de se fazer tais procedimentos não gera incômodo ou questionamento por parte das mulheres. Estas parece já estarem completamente inseridas no contexto prisional, onde cumprir os procedimentos e responder a normas da segurança passam a fazer sentido em sua rotina.

Os sistemas disciplinares típicos do sistema prisional são tão claramente presentes no CRGPL, que aparecem na mais corriqueira ironia da conversa entre uma agente e

uma mulher presa. A mulher que, por estar num lugar reservado a mães, espera ser tratada de maneira diferenciada, revolta-se: (M) *“Trata a gente como presa. Isso aqui é uma palhaçada, prefiro presídio normal. Até os relógios da parede tiraram, fui perguntar por que, responderam: por que, você tem algum compromisso?”* A duplicidade da função da instituição, cuidado em saúde e vigilância prisional, gera contratempos e revolta, não sendo suficiente o estabelecimento de diferenças no ambiente físico ou na possibilidade de permanência com os filhos. Faz-se necessário pensar a pertinência da existência do CRGPL em seu formato atual e, principalmente, como possibilitar que o discurso do cuidado apareça desvinculado do discurso da segurança.

O cuidado em saúde realizado pelas mães é cerceado e o que aparece com o melhor cuidado aos filhos se inspira no ideal de mãe presente na sociedade, imposto neste caso a partir da lógica centralizadora do sistema prisional. Isso leva ao segundo ponto a ser trabalhado, que diz da vivência da maternidade. A percepção das mulheres sobre a gravidez identifica a restrição da condição da maternidade, observada na maneira como elas mostram vivenciar a gravidez.

Forna¹¹ alerta para esse ponto ao analisar o que denomina o “mito da maternidade”: a insistência de que certo estilo de maternidade seja “natural” leva as mulheres a questionar cada aspecto do que fazem, pensam e sentem e a avaliar sua própria experiência segundo um padrão rígido e impossível. A intenção de propiciar às mulheres bem-estar e cuidado é perpassado o tempo todo pelo poder disciplinar, ou seja, é a manutenção da ordem, ainda que bem intencionada, por meio do controle dos corpos.

Para além da liberdade de ir e vir, as mulheres estão privadas da liberdade de inventar seu modo de ser mãe, bem como de optar pela negativa dessa condição. Em seu trabalho sobre a maternidade no cárcere, Santos apresenta a concepção de maternidade vigiada-controlada, oriunda da concepção de maternidade transferida, que seria a experimentação da vivência da maternidade nos limites institucionais de ambientes prisionais conhecidos pela austeridade de sua política.¹² A concepção salienta uma situação em que a maternidade se confunde com a privação de liberdade e há cerceamento dessa condição.

O último aspecto observado é sobre a educação em saúde, no CRGPL, tema que não foi abordado diretamente no roteiro do grupo, mas que apareceu de maneira constante na fala dos participantes, principalmente quando questionados sobre a relação entre as mulheres e os profissionais.

As falas das mulheres presas mostram insatisfação com essa relação. (M) *“A gente não tem direito a conversar com as autoridades. Os juizes deviam vir aqui, acham que aqui é um paraíso, mas é ilusão”*. E a queixa engloba tanto as condições para o cuidado médico e individual quanto para o cuidado de promoção da saúde e de qualidade de vida: (M) *“Atendimento do quê? Três meses que eu estou aqui, não tem ultrassom,*

não cuida do dente, aqui só é de fachada. Nós ficamos sem água". A contestação de determinadas práticas realizadas na instituição e do modo de atendimento, bem como a reclamação pela rotina do Centro pelas mulheres, mostra que as mesmas se colocam numa posição de demanda de solução para seus problemas, que venha dos profissionais, da diretoria, das autoridades. Ainda que pelo viés do avesso, mulheres e profissionais exibem um cenário em que o cuidado em saúde se localiza no eixo demanda-solução. Nesse eixo, as mulheres estão fixadas no lugar de demandantes e os profissionais no lugar de solução para os problemas, ou seja, não há espaço para o protagonismo ou para a construção de um aprendizado. O saber e as respostas estão do lado dos profissionais. Diante de tal realidade, percebe-se que o cuidado em saúde no CRGPL é realizado no modelo biomédico, com o saber centralizado na equipe e sem espaço para a criação de novos saberes.

A reorganização do espaço físico e da proposta de atendimento e vigilância às mulheres presas no CRGPL não rompe com os processos encontrados no discurso prisional, onde o Estado é o responsável pela imposição de regras de conduta, disciplinando os corpos e garantindo a segurança por meio da vigilância. As relações de poder se mantêm, incorporando um novo elemento à mesma lógica, a saber, o discurso do cuidado em saúde. Considera-se aqui o conceito de poder apresentado por Foucault como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa, que tem por função reprimir. Ou seja, trata-se de relações de poder cujos dois eixos, saúde e segurança, trabalham na manutenção de um *status*, em uma relação de dependência, muito mais que de coerção. Mais sutil e complexa essa concepção de poder mostra um poder exercido não apenas de maneira hierárquica e violenta, mas um poder com diversas faces presentes em cada relação cotidiana.

Sobre o poder disciplinar, conceito apresentado por Foucault,¹³ trata-se de "um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior 'adestrar'; ou, sem dúvida, adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor". O poder disciplinar, em vez de usar a violência física pura e simples como maneira de punição, utiliza-se de instrumentos como o olhar hierárquico e a sanção normalizadora para adestrar não só os corpos como a alma. O saber especializado, como um grande olhar dirigido para as mulheres, educa, adestra e molda um modo de ser mãe que atende aos ideais preestabelecidos. Na fala dos profissionais – (P) "*Eu sou mãe, a gente sabe como é*" – as ações educativas são constantes. (P) "*O papel de toda a equipe é educar, elas não sabem o mínimo.*" A questão da educação aqui aparece vinculada a um processo disciplinador, pautado em conhecimento técnico e não à educação em saúde como processo de construção.

Não se trata de desvincular saúde e educação, muito ao contrário. Essa possibilidade é muito importante, mas o contexto precisa sempre ser considerado, já que vai influenciar sobremaneira a forma como o projeto se dá. Falar apenas em educação em

saúde não diz sobre o arcabouço que a sustenta e a relação com um panorama tão peculiar como o sistema prisional pode fazer com que toda uma proposta de trabalho gere resultados opostos ao esperado. Tem-se, portanto, de um lado uma equipe com a intenção de educar e passar as informações que julgam necessárias e, de outro, mulheres mencionando desassistência, falta de apoio e ressaltando sempre uma invasão em sua autonomia para cuidar de si e de suas crianças. As mulheres dizem sobre certo saber que possuem e que muitas vezes é ignorado:

(M) “Na rua a gente compra as coisinhas que quer [para as crianças], faz o número de vezes que quer”.

(M) “Eu falei que minha bolsa tinha que ser rompida, eu não precisava ter sofrido tanto”.

(M) “Eu já sou mãe de três filhos e sei que algumas coisas são normais.”

Tal desarticulação pode ser pensada ao se perceber que não há, na prática da instituição, lugar para uma clínica pautada nos pressupostos da Reforma Sanitária e que vise a efetivo trabalho de cuidado em saúde. Campos,¹ ao tratar de alguns pressupostos para a construção de uma nova clínica, faz indicações preciosas sobre um modo possível de trabalho com educação em saúde, salientando que o trabalho das equipes e das organizações deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de pensarem em um âmbito social e cultural. Tal trabalho pode ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto durante as de saúde coletiva, ou seja, nos atendimentos individuais ou nos processos cotidianos de cuidado. Segundo o autor, caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre sua própria vida.¹

A educação em saúde é pensada como um projeto transformador de vidas, não apenas fornecendo respostas, mas permitindo aos usuários, no presente caso, as pressas, se questionarem sobre seu papel no cuidado e onde estão inseridas. O CRGPL rompe com alguns aspectos dificultadores, como bem observa um dos profissionais – *(P) “O Centro é uma oportunidade de ressocialização. É atípico, diversificado. Não tem grade. Tem que ser assim, pois o grupo é diferenciado. É um espaço aberto, que permite tudo isso, ainda que haja um padrão de segurança”* – mas o padrão de segurança, aqui abordado ao final, de forma discreta, pode ser realmente um grande obstáculo e certamente um grande desafio ao trabalho da equipe de saúde.

A discussão realizada a partir dos encontros de grupos focais leva a uma conclusão que mantém aberta a possibilidade de intervenção. A esse respeito, recorre-se à indicação de Žižek,¹⁴ ao sugerir que se deve “resistir à tentação da ação imediata, para ‘esperar e ver’ por meio de uma análise crítica e paciente”, para sustentar a angústia de não propor respostas práticas ao cuidado da gestante no sistema prisional. Diante da violência objetiva identificada, que naturaliza sob a forma de cuidados em saúde a

intervenção invasiva nos corpos das mulheres e dos filhos, não seria responsável ou prudente apressar-se em elaborar um plano de resolução da questão. A urgência é, antes, de pensamento e de colocar luz sobre o tema.

Considerações Finais

A análise da atenção à gestação, parto e puerpério no sistema prisional de Minas Gerais indica a grande dificuldade que se enfrenta com o desenvolvimento de políticas públicas para uma população vulnerável. Excluída já antes de sua entrada no sistema prisional, essa população, em sua maioria jovem, pobre e negra, sofre as piores consequências de um país desigual e omissivo.

A pesquisa apresentada neste trabalho faz um recorte em relação ao tipo de atenção a essa população – a atenção à saúde – e um recorte de sexo – saúde da mulher. Aborda uma fatia importante e considerável da população prisional, a saber, as mulheres que estão presas e grávidas ou que tiveram seus filhos no presídio. Aborda, também, os profissionais responsáveis por um cuidado tão delicado. A estratégia utilizada por Minas Gerais tem seus méritos, mas exatamente pelo caráter de excepcionalidade mostra com clareza a dificuldade em se articular qualquer trabalho em saúde no sistema prisional. Os resultados da análise mostram que o cuidado em saúde vai além do espaço físico e do cumprimento das exigências normativas, sendo fundamental a consideração da privação de liberdade e suas implicações como uma das nuances ao se planejar e executar ações em saúde.

À luz de Foucault¹⁵, foi possível traçar os aspectos da instituição presídio, sua localização histórica e as relações de poder que aí se instalam. Colocou-se em pauta também o modelo biomédico, historicamente presente no discurso penitenciário, como um dificultador do processo de cuidado em saúde nesse estabelecimento.

A pesquisa lança um olhar sobre uma população invisível, porém de relevância no cenário mineiro no que diz respeito à vulnerabilidade. Cabe agora dar continuidade ao processo e propor encaminhamentos possíveis diante de tal contexto.

Referências

1. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
2. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. [Internet]. Brasília, DF; 1984. [acesso 2016 dez 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (MS. Textos Básicos de Saúde).

4. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde e de Defesa Social. Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População Prisional. Belo Horizonte: Secretária Estadual de Saúde e Defesa Social; 2004.
5. Soares LE. Justiça. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2011.
6. Wacquant L. As prisões da miséria. Oerias: Celta; 1999.
7. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. [Internet]; 2012. [acesso em 2016 dez 22]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/relatorios-estatisticos-analiticos-do-sistema-prisional-do-estado-de-minas-gerais>
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Charaudeau P, Maingueneau D. Dicionário de análise do discurso. São Paulo: Contexto; 2012.
10. Vieira E.M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
11. Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro; 1999.
12. Santos RCS. Maternidade no cárcere: reflexões sobre o sistema penitenciário feminino. Dissertação (Mestrado em Política Social). Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2011.
13. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 2011.
14. Žižek S. Violência: seis reflexões laterais. São Paulo: Boitempo; 2014.
15. Foucault M. Microfísica do saber. São Paulo: Graal; 2013.

Capítulo 20

USO DE PRÁTICAS COMPLEMENTARES NA ABORDAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Gelza Matos Nunes

Darinka Fortunato Suckow Ribeiro

Natalia Silva Champs

Cybelle Maria de Vasconcelos Costa

Rosita Neide Lacerda da Silva

Flávia Ferreira Dias

Rubens Lene Carvalho Tavares

Resumo

Objetivo: as vítimas de situações de violência experimentam vários sintomas relacionados ao trauma associado à violência, e os cuidados convencionais se concentram principalmente na assistência ou tratamento sem uma abordagem holística da saúde. Esse trabalho revisa a literatura médica científica relacionada à eficácia e viabilidade de algumas modalidades das terapias complementares (TC) aplicadas às vítimas de violência, especificamente a mulheres em situações de vulnerabilidade. **Metodologia:** as bases de dados eletrônicas (PubMed, PsycInfo, Scopus, Web of Science e as bases nacionais do Portal Regional da BVS e do Portal de Periódicos da CAPES) foram pesquisadas para localizar artigos potencialmente relevantes, usando os termos terapias complementares, medicina alternativa, acupuntura, homeopatia, meditação, yoga, reiki, tai chi, lian gong, trauma, violência e saúde mental. Um total de 43 artigos com textos completos em inglês ou português, disponíveis no Portal de Periódicos da CAPES e no Portal Regional da BVS, foram encontrados e selecionados. Devido a escassez de estudos sobre a abordagem das TC especificamente às mulheres em situações de violência, foram examinados artigos que avaliaram a utilização dessas terapias em situações de vulnerabilidade, com foco especial na população feminina. Foram

*excluídos os ensaios clínicos estudados em revisões anteriormente publicadas. **Resultado:** apesar das controvérsias a respeito da eficácia das TC, muitas vezes questionadas pela falta de metodologia satisfatória, os estudos que atendem ao princípio da individualização do tratamento apresentam evidências sobre efeitos positivos das TC em vítimas de situações de trauma ou violência. Os resultados qualitativos incluíram efeitos psicoterapêuticos positivos das TC nos relatos clínicos de saúde mental. **Conclusão:** a integração de TC a assistência às mulheres em situações de violência podem melhorar qualidade de vida e melhorar os desafios de satisfação dos usuários do sistema de saúde atual que se apresenta como segmentado.*

***Palavras-chave:** Terapias Complementares; Violência; Trauma; Revisão.*

Introdução

Sobreviventes de trauma e violência apresentam sintomas emocionais e fisiológicos que impactam na saúde psíquica e física do paciente, além de afetar profundamente a sua qualidade de vida. Vários estudos evidenciam, por exemplo, que muitas expressões físicas da dor são, na verdade, resultados de estresse emocional advindos das situações de violência. A complexidade do diagnóstico resultante demanda do profissional da saúde uma abordagem integral ao paciente. E é nesse quadro que entram as terapias complementares (TC).¹⁻³

Conforme a OMS, a eficácia das TCs e a alta porcentagem de utilização dessas terapias pela população mundial levaram os Institutos Nacionais da Saúde de países europeus, asiáticos e africanos, assim como a Austrália e os EUA, a criarem institutos de terapias complementares. Seu objetivo era fomentar a pesquisa e utilizar essas terapias em unidades hospitalares e clínicas de saúde e criar protocolos de segurança adequados para a prática dessas terapias. Como resultado, muitos países têm desenvolvido abordagens coesas e integradoras dos serviços da saúde que propiciam, a um custo-benefício eficaz, aos governos, aos profissionais de saúde e, principalmente, aos usuários dos serviços de saúde, o acesso seguro e de qualidade às TCs.^{4,5} No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelam o crescimento do uso das mesmas nas unidades do Sistema Único de Saúde em todo o país.⁶

Para o *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), um dos institutos do *National Institutes of Health* (NIH) dos Estados Unidos da América (EUA), a maior autoridade em pesquisa sobre a prática baseada em evidência, as práticas complementares são definidas como um grupo de práticas e produtos que recebem essa denominação por agirem em conjunto com a Medicina convencional, não sendo, portanto, consideradas parte da abordagem convencional.^{3,5,7} O NCCIH divide as terapias complementares em quatro domínios: práticas mente-corpo, produtos naturais,

terapias de movimento e terapias energéticas. As práticas mente-corpo abrangem técnicas tais como *Yoga*, a meditação *mindfulness* e acupuntura; as práticas de produtos naturais, a fitoterapia, a Medicina tradicional chinesa e a Medicina ayurvédica, entre outras; entre as terapias de movimento estão a massoterapia, o *Tai Chi Chuan*, o *Qi Gong* e o pilates; e terapias energéticas, *Reiki*, homeopatia e hipnoterapia.^{4,7}

A alta prevalência de histórias de indivíduos em situação de violência na população clínica e seu ritmo lento de progresso nas terapias convencionais levaram centros de saúde mental de vários países a uma investigação das terapias complementares como tratamento. Embora o uso de terapias envolvendo o toque físico, como massoterapia, *Yoga*, *Reiki* e acupuntura, em indivíduos em estado de violência, possa parecer contraintuitivo em um primeiro momento, a experiência dos pesquisadores atuais é a de que, no momento certo, no decurso do seu tratamento, muitos pacientes sobreviventes da violência podem se beneficiar dessas terapias como parte do seu processo de cura ao lado da psicoterapia, auxiliando na melhoria da sua qualidade de vida.^{2,8,9,10}

Programas de integração de massagem, acupuntura e terapias energéticas como *Reiki*, em conjunto com a psicoterapia, implementados em centros comunitários de saúde mental nos EUA, sugerem que os indivíduos vítimas de violência íntima e abuso sexual que completaram o programa tiveram experiências favoráveis. Com base nas observações clínicas dos pacientes, nas percepções desses e dos psicoterapeutas durante o programa, ficou claro que, para muitos pacientes, essa foi a primeira vez em anos que os sobreviventes de abuso sexual ou violência por parceiro íntimo permitiram um nível significativo de vulnerabilidade, estabelecendo contato íntimo com outra pessoa.

Os pacientes também referiram que a relação com as terapias complementares e seus terapeutas durante o curso de tratamento desencadeou segurança interpessoal e sensação corporal em oposição à dissociação. A possibilidade de estabelecer limites ao terapeuta, de forma confortável, quanto ao onde tocar e não tocar, proporcionou a aceitação do corpo em oposição ao sentimento de vergonha do mesmo durante o curso do tratamento. Psicoterapeutas obtiveram grandes progressos na resolução de questões relacionadas aos traumas e que tinham mostrado pouco progresso antes. Os terapeutas complementares perceberam que a maioria dos usuários progrediu rapidamente na sua capacidade de relaxar e receber os tratamentos.²

Pesquisas sobre a utilização das abordagens complementares utilizadas de forma integrada aos tratamentos segmentados da Medicina conservativa abrem caminho para a revisão da eficácia e da relação custo-benefício de uma Medicina integrativa, enquanto viabilizam a criação de um corpo de evidência para utilização segura e eficaz das práticas complementares.

Sobreviventes de violência, tortura ou trauma têm necessidade acentuada de manutenção da saúde em sua totalidade, em parte devido às sequelas complexas acarre-

tadas pelas situações traumáticas. Além disso, muitas apresentações clínicas comuns entre as mulheres em situações de violência, incluindo a somatização, geralmente são abordadas pelo tratamento médico e terapias convencionais de forma segmentada e isolada do contexto gerador desses sintomas, as situações de violência.¹ As TCs constituem uma área interessante de pesquisa que pode vir a ajudar a moldar os planos de tratamento integrados para servir melhor a essa necessidade. É essa hipótese que norteou esta revisão sobre as TCs baseadas em evidências e sua aplicabilidade às mulheres em situação de violência. Para tal, usaram-se as bases de dados *PsychoInfo*, *Scopus*, *Web of Science*, *PubMed* e *Cochrane*, com os termos “*complementary therapy*” OR “*complementary therapies*” OR “*alternative medicine*” AND *trauma* OR *violence* OR *mental health*. Foram selecionados estudos de revisão das práticas complementares comumente usadas na saúde mental, como homeopatia, meditação, *Yoga*, acupuntura, *Lian Gong*, *Tai Chi Chuan* e *Reiki*. Na revisão da literatura foram incluídas definições básicas dessas modalidades, bem como breve contextualização e resumo das principais pesquisas e potenciais benefícios de implementação dessas modalidades para mulheres em situação de violência.

Os ensaios clínicos e revisões apresentam controvérsias a respeito da eficácia das terapias complementares, muitas vezes questionados pela falta de estudos considerados com boa evidência científica. Por outro lado, muitos estudos considerados metodologicamente adequados não atendem aos princípios das TCs, não sendo surpresa que mostrem resultados negativos. Quando se analisa estudos que atendem ao princípio da individualização do tratamento, evidências sobre efeitos positivos das TCs se fazem presentes.^{1,2,3,11}

Homeopatia

A homeopatia é uma abordagem terapêutica desenvolvida pelo médico alemão Samuel Hahnemann, que se baseia no princípio da similitude. Substâncias que provocam determinados efeitos em indivíduos sãos, quando administradas em pessoas com sintomas semelhantes, são capazes de promover a cura. Trata-se de uma abordagem vitalista, que postula que todos temos uma energia vital, que busca promover o máximo de saúde no organismo e direciona o adoecimento para os órgãos mais externos possíveis. Hahnemann explica que nosso corpo reage aos estímulos medicamentosos de duas formas: um efeito primário correspondente à ação da substância empregada e um efeito secundário, ação de nossa energia vital em direção à cura. Assim, os tratamentos que têm ação contrária à doença promovem, em última instância, agravamento da mesma, uma vez que o efeito secundário será no mesmo sentido do adoecimento. Ao contrário, os tratamentos que se baseiam no princípio da semelhança estimulam um efeito secundário curativo.

Os medicamentos homeopáticos têm sua origem nos reinos vegetal, mineral e animal, que passam por um processo chamado de dinamização, que corresponde a diluições e succussões sucessivas das soluções. Esse método permite que o efeito curativo de determinadas substâncias inertes em estado natural seja despertado, além de reduzir a toxicidade de outros elementos. Outro princípio fundamental da homeopatia é a individualização do tratamento. Cada indivíduo deve ser tratado de acordo com sua totalidade sintomática, incluindo suas características físicas, mentais e emocionais. Assim, indivíduos com um mesmo diagnóstico nosológico podem receber medicamentos homeopáticos diferentes, de acordo com a totalidade de sintomas e seguindo a lei da similitude.

Episódios de violência muitas vezes conduzem a distúrbios emocionais e a homeopatia é tradicionalmente utilizada como tratamento nessas circunstâncias. Apesar de poucos estudos específicos sobre o tema, existem várias evidências de que o tratamento homeopático pode contribuir na recuperação da saúde física e emocional de mulheres vítimas de violência doméstica.¹²⁻¹⁶ Katz *et al.* descrevem alguns medicamentos que podem ser úteis para mulheres em situação de violência sexual. Mencionam que aproximadamente 60-70% das mulheres atendidas no *Women's Clinic - The Royal London Homoeopathic Hospital* registram em sua história passada alguma experiência de abuso sexual. Segundo os autores, homeopatas têm mais probabilidade de ouvir sobre história de abuso sexual do que médicos convencionais, devido à natureza da entrevista homeopática, que abre espaço para o relato de eventos traumáticos, sem julgamento, fazendo com que as pacientes se sintam mais à vontade para exporem esse tipo de experiência.

O tratamento homeopático tem ajudado essas pacientes não só a reduzir seu sofrimento físico, mas também as consequências emocionais do abuso.^{17,18} Para Morrison, existe um padrão de reações após uma experiência de abuso sexual e o autor descreve possíveis medicamentos que foram úteis em cada fase: medo e fobias (*Stramonium*, *Mercurius*, *A. album*, *K. brom.* e *Platina*), raiva (*Stramonium*, *Ignatia*, *Staphysagria*, *Causiticum*, *Anacardium* e *Nux vomica*) e estados dissociativos (*Cannabis indica*, *Natrum tour*, *Mercurius* e *Medorrhinum*).¹⁹

A eficácia da homeopatia em situações de trauma sugere a abordagem da homeopatia às mulheres vítimas de violência. Homeopatas tratando feridos em situação de desabamento verificaram que 58% dos pacientes tiveram melhora da dor e 89% alcançaram melhora da ansiedade 24 horas após o início do tratamento homeopático.²⁰ Os sobreviventes do terremoto de L'Aquila, na Itália, em 2009, tratados com homeopatia apresentaram alto grau de satisfação nos atendimentos. Os motivos mais frequentes de atendimento foram síndrome de estresse pós-traumático, síndrome do pânico, estados fóbicos, síndromes ansioso-depressivas, distúrbios do sono, do estado do ânimo, doença respiratória, digestiva, entre outras. No entanto, com o tempo, os pacientes referiram mudanças significativas do seu estado de saúde.²¹

Acupuntura

A acupuntura é uma prática que compõe o sistema de Medicina Tradicional Chinesa (MTC). A acupuntura é baseada na noção de que a energia da vida, chamada *Qi*, a força vital que existe no encontro das forças polarizadas do *Yin* e do *Yang*, percorre todo o corpo em uma rede de canais chamados meridianos que podem ser acessados em pontos específicos na pele. Os distúrbios são entendidos como sendo causados por mudanças no fluxo de *Qi* ou despolarização das energias *Yin* e *Yang*. A acupuntura restaura a saúde por meio do estímulo de determinados pontos com agulhas. Esse estímulo restabelece a circulação de energia vital ou *Qi* nos meridianos, canais de circulação do *Qi* em todo o corpo, incluindo os órgãos e as vísceras e, com isso, leva o corpo a uma harmonia de energia e matéria.²²

A OMS lista ansiedade e depressão entre condições tratadas com sucesso pela acupuntura. A aceitação da acupuntura como opção de tratamento médico pelos seguros de saúde no Ocidente, incluindo o Brasil, certifica evidências suficientes da literatura científica sobre a eficácia dessa abordagem terapêutica. Estudos em periódicos de renome como *Nature* relatam alterações positivas da acupuntura em marcadores biológicos de dor, o que reforça a aceitação dessa TC em pacientes com dores físicas independentemente de sua proveniência.^{23,24}

Revisões na literatura científica sobre a eficácia da acupuntura em sobreviventes de trauma e sua complexidade sintomática, incluindo militares combatentes que retornam aos seus países de origem, revelam a acupuntura como opção de tratamento promissor para a ansiedade, distúrbios do sono, depressão e dores crônicas.²⁵ Vários estudos que examinam a eficácia da acupuntura entre refugiados, incluindo espancamento, estupro e torturas, mostram que essa intervenção alivia a dor crônica e sintomas pós-traumáticos como ansiedade, pânico, fobias e dores físicas excruciantes.²⁵⁻³⁰ Estudos utilizando acupuntura em sobreviventes de trauma apresentaram redução de todos os sintomas e disfunções da síndrome pós-traumática, incluindo a redução na necessidade de medicamentos. As melhorias continuaram mesmo com o término das intervenções, o que é uma característica da verdadeira recuperação.²⁵

Tai Chi Chuan e Lian Gong

O *Tai Chi Chuan* e o *Lian Gong* fazem parte do sistema de práticas corporais da MTC. Incorporam um aspecto cognitivo que não está presente na maioria dos exercícios físicos e, então, traz benefícios superiores aos das atividades físicas tradicionais. Eles ajudam na drenagem dos meridianos, promovem a circulação do *Qi* e do sangue e regulam os órgãos internos, além de fazerem a conexão entre corpo e mente. As práticas corporais chinesas têm importância no controle de estresse, ansiedade e de-

pressão, principais sintomas das vítimas de violência, somado ao seu baixo custo e fácil execução na comunidade.³¹

O *Tai Chi Chuan* tem movimentos lentos e suaves baseado no taoísmo, uma doutrina focada na tranquilidade da mente. Pode ser praticado sozinho ou como um exercício de grupo e tem vantagens significativas para as funções físicas, emocionais e sociais. A prática dessa modalidade terapêutica resulta no aumento da consciência corporal e mental, ajudando aos sobreviventes de tortura a superarem o impacto fisiológico e psicológico do trauma, tais como vários sintomas da característica dissociação advindas de situações pós-traumáticas, como a redução da ansiedade, estresse, tensão, depressão, raiva, fadiga, confusão, insônia, distúrbios relacionados ao humor.¹

O *Lian Gong* em 18 terapias é uma técnica de ginástica terapêutica, que une conhecimentos da Medicina oriental às artes corporais chinesas, promovendo o fortalecimento harmonioso do corpo, o seu pleno funcionamento e a utilização dos músculos, tendões, ossos e órgãos internos. *Lian* significa “treinar, exercitar” e *Gong* “trabalho persistente”. O conceito de *Lian Gong* é “o trabalho persistente e prolongado de treinar e exercitar o corpo físico com o objetivo de transformá-lo de fraco para forte e de doente para saudável”. Essa prática corporal apresenta a inter-relação dos opostos *Yin/Yang* a partir dos movimentos e o *Qi* ou energia vital que circula pelos meridianos da acupuntura e pelo sangue.³²

Vários artigos publicados no Brasil mostram contribuição do *Lian Gong* na saúde integrada da mulher em situações de violência. Grupos de *Lian Gong* têm contribuído na interrupção do isolamento e fortalecimento de vínculos;³³⁻³⁵ na redução no uso de medicação e melhora do humor;³⁶ na melhoria da qualidade de sono e do tônus muscular, diminuição de dores musculares e aumento da flexibilidade;³⁷ na sensação de bem-estar físico, mental e emocional, como também no aumento da motivação e disposição para as atividades acadêmicas, controle do estresse e melhoria da autoestima.³⁵

Yoga

Com origens na Índia antiga, *Yoga* é um termo genérico que se refere a disciplinas físicas, mentais e espirituais específicas que são praticadas com a finalidade de estabelecer um estado de paz interior permanente. Os ensinamentos da *Yoga* são comparados a uma árvore com oito membros ou aspectos: *yama* (ética universal), *niyama* (ética individual), *asana* (posições físicas), *pranayana* (controle da respiração), *pratyhara* (controle dos sentidos), *dharana* (estabilidade da mente), *dhyana* (meditação) e *samadhi* (quietude da mente/contemplação). No ocidente, a *Yoga* inclui as *asanas*, *pranayama* e *dhyana*, ou seja, as posições físicas para balancear as posturas e melhorar a flexibilidade, o controle da respiração para manter o pensamento focado e melhorar a consciência corporal e a meditação para concentração voluntária de pensamentos. Os vários estilos de *Yoga* abordam essas três facetas de *Yoga* de formas diferentes.³⁸⁻⁴⁰

Muitos estudos demonstraram empiricamente a eficácia da *Yoga* na saúde mental. Entre os principais benefícios relatados está a redução da ansiedade, da depressão e de outros sintomas relacionados ao estresse pós-traumático.³⁹ Conforme a literatura, o auxílio da *Yoga* na redução do ciclo de estresse e depressão deve-se ao fato de essa prática envolver componentes como a atividade física associada à meditação, as práticas de relaxamento e de respiração que acalmam a mente, corpo e emoções, além da promoção de interações sociais.⁴⁰ Experiências já desenvolvidas com os sobreviventes de violência por parceiro íntimo evidenciaram que a respiração *yóguica* por si ou em combinação com a terapia de fala em grupo foram mais eficazes na redução dos sintomas depressivos do que o tratamento exclusivo das terapias de fala convencionais.⁴¹

Em situações de desastres, combates de guerra e violência interpessoal, a *Yoga* tem sido utilizada imediatamente após a ocorrência da violência. Durante esses períodos, os sobreviventes têm elevada ansiedade e alto risco de desenvolver estresse pós-traumático. Estudos mostram que a *Yoga* pode ajudar os indivíduos a gerenciar a sua ansiedade e reafirmar o sentimento de autocontrole apesar do ambiente caótico. Os sobreviventes de terremotos, inundações e tsunamis, bem como os sobreviventes de guerra, que receberam alguma forma de *Yoga* durante o período pós-catástrofe mostraram diminuições consideráveis de estresse, ansiedade, agitação e insônia. Sensação de melhoria de bem-estar e aumento no interesse pela psicoterapia também são relatados.³ A inclusão da *Yoga* entre encarcerados também evidencia a redução da hostilidade, do uso de álcool e entorpecentes, além do aumento da autoestima das detentas.³⁸

Meditação

As pesquisas sobre meditação e *Yoga* em periódicos de peso como a *Nature* apoiam amplamente a prática dessa técnica para a redução do estresse e promoção da saúde. De acordo com os cientistas, os estudos recentes de neuroimagem começaram a revelar as áreas cerebrais que intermedeiam esses efeitos positivos.⁴²

Advinda das culturas orientais com fortes bases no hinduísmo e taoísmo, a meditação é descrita no Ocidente como uma técnica que consiste em trazer a consciência ao momento presente, concentrando a atenção da pessoa na respiração. Quando surgem pensamentos, o praticante é instruído a reconhecer, sem qualquer tipo de julgamento, como eles vêm e vão, mas sempre trazer a atenção de volta para o processo da respiração de forma natural e descontraída. Esse processo de retornar repetidamente a atenção de volta para o processo da respiração treina gradualmente o cérebro a permanecer no presente e então controlar a resposta automática do estresse nos pensamentos, como a ruminância, emoções negativas e as memórias de indivíduos em situações pós-traumáticas.⁴³ Segundo alguns autores, o redirecionamento de conscientização ajuda também as pessoas com disforia crônica a diminuir a autoavaliação

negativa automática, aumentar a tolerância para com o efeito negativo da dor e se envolver em autocuidado.⁴⁴

As revisões sobre os efeitos terapêuticos da meditação em pacientes com a síndrome do estresse pós-traumático encontraram resultados semelhantes como a redução da ansiedade, da depressão e da raiva; o aumento da tolerância à dor, da autoconfiança e dos níveis de energia; e o desenvolvimento das habilidades de relaxar e lidar com situações de estresse. Tanto a meditação quanto o *Yoga* obtiveram melhora nos sintomas de síndrome de estresse pós-traumático, como memórias intrusivas, evasão e excitação sexual incontrolável.⁴⁵

Estudos que avaliaram a eficácia da meditação em minorias de baixa renda em centros de saúde comunitários urbanos, incluindo mulheres afro-americanas com transtorno de estresse pós-traumático e história de violência por parceiro íntimo, também apresentaram resultados significativos. Após as intervenções de meditação, ocorreram melhorias significativas na saúde geral, atenção, autoaceitação, autocuidado, funcionamento social, vitalidade física e emocional em conjunto com a redução dos medicamentos para combater a dor, o estresse e a ansiedade. As participantes também relataram que foram capazes de mudar positivamente as suas perspectivas relacionadas às experiências de vida e relacionamentos interpessoais.⁴³

Reiki

O NCCIH define o *Reiki* como uma prática não invasiva que estimula a própria resposta de cura de uma pessoa por meio de imposição de mãos levemente ou ligeiramente acima do corpo do paciente.⁴⁶ É uma prática de cura antiga, os primeiros relatos se remetem há 2.500 anos, porém foi redescoberta, padronizada e adaptada para situações clínicas pelo Dr. Mikao Usui, no início de 1900, no Japão. Em japonês, o sufixo *rei* significa universal e *ki* significa energia vital. O terapeuta de *Reiki* não direciona o fluxo de energia, mas sim permite que a inteligência inata do corpo e da energia canalizada guie a energia vital para as necessidades individuais do paciente. Uma sessão de terapia típica de *Reiki* pode durar 30 a 90 minutos. Idealmente, o paciente encontra-se confortavelmente em uma maca completamente vestido.⁴⁷

Apesar da falta de conhecimento sobre seu mecanismo de ação, o *Reiki* tem sido utilizado como uma terapia coadjuvante para o tratamento dos sintomas associados às situações pós-traumáticas, incluindo pressão sanguínea elevada, ansiedade, estresse, depressão, raiva, desespero e depressão.^{2,3} Revisões de ensaios clínicos randomizados concluíram que a implementação da intervenção do *Reiki* em centros de saúde resultou em benefícios à saúde mental, incluindo redução na tensão, confusão mental, ansiedade e dor, como também melhora na qualidade de vida dos indivíduos.⁴⁸

A grande maioria dos ensaios clínicos descreve a eficácia do *Reiki* sobre os sintomas associados ao câncer, como, por exemplo, a redução da fadiga, da ansiedade, do estresse, da depressão, da dor e melhoria de qualidade de vida.^{49,50} Considerando o câncer uma situação de agressão e violência à vida, um trauma em si e muitos de seus sintomas serem similares aos das mulheres em situações de violência, a abordagem do *Reiki* nessas mulheres têm propostas de pesquisas interessantes.

Estudos sobre o uso do *Reiki* em situações pós-traumáticas indicam a eficácia dessa prática e corroboram a hipótese dos benefícios de sua utilização pelas mulheres em situações de vulnerabilidade. Ensaio clínico controlado randomizado com militares em retorno de combate com transtorno do estresse pós-traumático utilizou a intervenção do *Reiki* em oposição ao tratamento tradicional. Os resultados revelaram redução significativa nos sintomas traumáticos, incluindo depressão e hostilidade.⁵¹

Conclusão

A literatura tem construído um corpo significativo de evidências sobre a eficácia das práticas complementares para muitos sintomas de saúde física e mental. Algumas metanálises, por exemplo, constataram que a eficácia da meditação foi semelhante à do exercício físico, terapia cognitivo-comportamental ou antidepressivos, quando comparada com grupos-controle.^{52,53}

Embora a proposta das TCs não seja substituir, mas complementar os tratamentos convencionais existentes para os sintomas de saúde física e mental, elas podem ser uma alternativa para as mulheres vítimas de violência que preferem ser tratadas sem medicação ou que apresentam dificuldades em se submeterem às terapias de fala. Elas oferecem meios para que essas mulheres possam adquirir habilidades que as auxiliem a autoadministrar seus sintomas dentro do sistema de saúde tradicional e assim serem coordenadas pelo profissional da saúde.

Algumas limitações dos estudos revisados devem ser observadas, tais como as amostragens reduzidas e a ausência de grupos de controle. No entanto, os resultados dos estudos são promissores em termos de viabilidade, aceitabilidade e eficácia das práticas complementares e sugerem a importância do desenvolvimento de estudos maiores entre as populações em situações de vulnerabilidade. Projetos futuros deverão incluir grupos de controle ativos, amostras maiores, com coletas de dados e análises longitudinais.

Contudo, deve-se ressaltar que, apesar das limitações metodológicas citadas, as TCs e seu princípio de ação guiado pela atenção integral ao ser humano são instrumentos importantes que auxiliam a abordagem terapêutica às pessoas em sofrimento extremo, tais como as mulheres em situação de violência, e, preferencialmente, devem estar presentes no plano de cuidados da saúde dos indivíduos.

Referências

1. Mckenna Longacre MM, Silver-Highfield E, Lama P, Grodin MA. Complementary and alternative medicine in the treatment of refugees and survivors of torture: a review and proposal for action. *Torture*. 2012;22(1):38-57.
2. Collinge W, Wentworth R, Sabo S. Integrating complementary therapies into community mental health practice: an exploration. *J Altern Complement Med*. 2005;11(3):569-74.
3. Wynn GH. Complementary and alternative medicine approaches in the treatment of PTSD. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(8):600.
4. MacDuff S, Grodin MA, Gardiner P. The use of complementary and alternative medicine among refugees: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2011;13(3):585-99.
5. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2014–2023. 2013. Geneva: World Health Organization. 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015
7. National Center for Complementary and Integrative Health [homepage na Internet]. NCCIH 2016 strategic plan [acesso em dez 2016]. Disponível em: <https://nccih.nih.gov/about/strategic-plans/2016>
8. Berthold SM, Wong EC, Schell TL, Marshall GN, Elliott MN, Takeuchi D, et al. U.S. Cambodian refugees' use of complementary and alternative medicine for mental health problems. *Psychiatr Serv*. 2007;58(9):1212-8.
9. Singer J, Adams J. Integrating complementary and alternative medicine into mainstream healthcare services: the perspectives of health service managers. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:167.
10. Singer J, Adams J. The Place of Complementary Therapies in an Integrated Model of Refugee Health Care: Counsellors' and Refugee Clients' Perspectives. *J Refug Stud*. 2011;24(2): 351-75.
11. Teixeira M. Scientific evidence of the homeopathic epistemological model. *Int J High Dilution Res* 2011; 10(34):46-64
12. Rogers J. Homeopathy and the treatment of alcohol-related problems. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 1997;3(1):21-8.
13. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Fisher P, Richardson J. Homeopathy for depression: a systematic review of the research evidence. *Homeopathy*. 2005;94(3):153-63.
14. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Fisher P, Richardson J. Homeopathy for anxiety and anxiety disorders: a systematic review of the research. *Homeopathy*. 2006;95(3):151-62.
15. Naudé DF, Couchman IM, Maharaj A. Chronic primary insomnia: efficacy of homeopathic simillimum. *Homeopathy*. 2010;99(1):63-8.
16. Tapakis L, Lilas T. Statistical analysis of cases with depression treated with classical homeopathy. *Homeopathy*. 2016;1(105):39-40.
17. Katz T. Adult survivors of sexual abuse. *Br Homoeopath J*. 1996;85(4):214-20.
18. Coll L. Homeopathy in survivors of childhood sexual abuse. *Homeopathy*. 2002; 91(1):3-9.
19. Morrison R. Materia medica of post-traumatic stress disorder. *J Am Inst Hom*. 1993;86:110-8.
20. Oberbaum M, Schreiber R, Rosenthal C, Itzchaki M. Homeopathic treatment in emergency medicine: a case series. *Homeopathy*. 2003;92(1):44-7.
21. Marino, FV. Projeto "Omeopatia per L'Aquila". *Rev Homeopatia*. 2010;73(1/2):77-79.

22. Bazzan AJ, Zabrecky G, Monti DA, Newberg AB. Current evidence regarding the management of mood and anxiety disorders using complementary and alternative medicine. *Expert Rev Neurother.* 2014;14(4):411-23.
23. Goldman N, Chen M, Fujita T, Xu Q, Peng W, Liu W, Jensen TK, Pei Y, Wang F, Han X, Chen JF. Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. *Nat Neurosci.* 2010;13(7):883-8.
24. Zylka MJ. Needling adenosine receptors for pain relief. *Nat Neurosci.* 2010;13(7):783-4.
25. Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(6):504-7.
26. Pease M, Sollom R, Wayne P. Acupuncture for refugees with posttraumatic stress disorder: initial experiences establishing a community clinic. *Explore.* 2009;5(1):51-4.
27. Conboy L, St John M, Schnyer R. The effectiveness of acupuncture in the treatment of Gulf War Illness. *Contemp Clin Trials.* 2012;33(3):557-62.
28. Highfield ES, Lama P, Grodin MA, Kaptchuk TJ, Crosby SS. Acupuncture and traditional Chinese medicine for survivors of torture and refugee trauma: a descriptive report. *J Immigr Minor Health.* 2012;14(3):433-40.
29. Kim YD, Heo I, Shin BC, Crawford C, Kang HW, Lim JH. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a systematic review of randomized controlled trials and prospective clinical trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:615857.
30. Engel CC, Cordova EH, Benedek DM, Liu X, Gore KL, Goertz C, et al. Randomized effectiveness trial of a brief course of acupuncture for posttraumatic stress disorder. *Med Care.* 2014;52(12 Suppl 5):S57-64.
31. Jiang Y, Zou J. Analysis of the TCM theory of traditional Chinese health exercise. *J Sport Health Sci.* 2013;2(4):204-8.
32. Ming ZY. Lian Gong Shi Ba Fa (Lian Gong em 18 Terapias): Ginástica Terapêutica e Preventiva. 2ª ed. São Paulo: Pensamento; 2001.
33. Agresta MÂ, de Azevedo CSC, Januário EdO, Kuroiwa HA, Palombo SR, de Silva RRF. Uma experiência de promoção de saúde baseada no Lian Gong na supervisão técnica de saúde Ipiranga – Lian Gong como ação promotora de saúde, definida pela Carta de Ottawa. In: Caderno Técnico CAEPS - DANT: capacitação em avaliação da efetividade das ações de promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis. Prefeitura de São Paulo: São Paulo; 2009. p. 56-8.
34. Yamakawa A, Bugulin E, Campos L, Tavares D. A interface das doenças crônicas e a prática do Lian Gong: aspectos de interação social, convivência e empoderamento. In: Caderno Técnico CAEPS - DANT: capacitação em avaliação da efetividade das ações de promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis. Prefeitura de São Paulo: São Paulo; 2009. p. 59-61.
35. Moreira MR, Dias FL, da Silva AM, de Souza AS, Beserra LR, de Abreu JG, de Azevedo PL, Silva MGdS. Lian Gong em 18 terapias: uma proposta para prevenir os transtornos traumáticos cumulativos. *Enfermagem em Foco.* 2013;4(1):33-36.
36. dos Santos C. Promoção da saúde através da prática de atividade física Lian Gong. *Saúde e Soc.* 2009;18(supl.1):85-.
37. Aguiar AC, da Silva FC, de SantiEstácio MM. Liangong: uma experiência exitosa em Natal/RN. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2012;7(1):57.
38. Louie L. The effectiveness of yoga for depression: a critical literature review. *Issues Ment Health Nurs.* 2014;35(4):265-76.

39. Rhodes AM. Claiming peaceful embodiment through yoga in the aftermath of trauma. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21(4):247-56.
40. Nolan CR. Bending without breaking: A narrative review of trauma-sensitive yoga for women with PTSD. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;24:32-40.
41. Clark CJ, Lewis-Dmello A, Anders D, Parsons A, Nguyen-Feng V, Henn L, et al. Trauma-sensitive yoga as an adjunct mental health treatment in group therapy for survivors of domestic violence: a feasibility study. *Complement Ther Clin Pract*. 2014;20(3):152-8.
42. Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(4):213-25.
43. Burnett-Zeigler I, Schuette S, Victorson D, Wisner KL. Mind-Body Approaches to Treating Mental Health Symptoms Among Disadvantaged Populations: A Comprehensive Review. *J Altern Complement Med*. 2016;22(2):115-24.
44. Khusid M. Self-Care mindfulness approaches for refractory posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Ann*. 2013;43(7):340-4.
45. Kim SH, Schneider SM, Kravitz L, Mermier C, Burge MR. Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *J Investig Med*. 2013;61(5):827-34.
46. National Center for Complementary and Integrative Health [homepage na Internet]. Reiki: in depth [acesso em dez 2016]. Disponível em: <https://nccih.nih.gov/health/reiki/introduction.htm>
47. Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(4):897-908.
48. Astin JA, Harkness E, Ernst E. The efficacy of "distant healing": a systematic review of randomized trials. *Ann Intern Med*. 2000;132(11):903-10.
49. Anderson JG, Taylor AG. Biofield therapies and cancer pain. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(1):43-8.
50. Potter PJ. Energy therapies in advanced practice oncology: an evidence-informed practice approach. *J Adv Pract Oncol*. 2013;4(3):139-51.
51. Jain S, McMahon GF, Hasen P, Kozub MP, Porter V, King R, et al. Healing Touch with Guided Imagery for PTSD in returning active duty military: a randomized controlled trial. *Mil Med*. 2012;177(9):1015-21.
52. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, Berger Z, Sleicher D, Maron DD, Shihab HM, Ranasinghe PD. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174(3):357-68.
53. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau MA, Paquin K, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(6):763-71.

SEÇÃO V

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Capítulo 21

REDE DE ATENÇÃO E AMBULATÓRIO PARA ELAS. PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Elza Machado de Melo

Myrian de Fátima Siqueira Celani

Natália Cristina de Andrade Dias

Andréa Maria Silveira

Tammy Angelina Mendonça Claret

Elisane Adriana Rodrigues dos Santos

Paulo César Machado Pereira

Victor Hugo de Melo

Resumo

Este capítulo apresenta o Projeto de Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidades, desenvolvido a partir de parceria entre o Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (Mestrado Profissional); o Programa Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós; o ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas (HC); e as Secretarias Municipais de Belo Horizonte, de Saúde e de Assistência Social. Tem por base estruturante a promoção de saúde, entendida como o mais potente recurso de prevenção da violência disponível ao setor de saúde e representa, por outro lado, estratégia de superação de um dos pontos mais desafiadores da promoção de saúde que é a sua efetivação prática. Orienta-se em três grandes princípios: a práxis de autonomia dos envolvidos; a integralidade; e a sustentabilidade ou durabilidade da atuação. E estrutura-se em dois pilares: o primeiro, entendido como ponto de partida, constituído por atuação que mobiliza, organiza e integra recursos – o ambulatório no HC –, que, dessa forma, torna-se capaz de irradiar influxos para o território onde vivem as mulheres, promovendo, então, o segundo pilar, constituído por ações coletivas participativas, realizadas no território, a primeira delas sendo responsável pelo planejamento das demais. Em outras palavras, este segundo pilar tem por núcleo

central o encontro entre mulheres que retomam ao território, os profissionais de saúde, da Academia da Cidade, dos CRAS e do Programa Para Elas. O movimento completo do projeto envolve, então, o fluxo de vinda das mulheres ao ambulatório no HC e seu retorno ao território, propagando ações coletivas e práticas de promoção de saúde. O ambulatório e rede são, portanto, uma e mesma coisa, razão pela qual se fala em ambulatório/rede Para Elas, que vem funcionando desde setembro de 2016, como piloto, e teve seu lançamento oficial em dezembro de 2016.

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social. Vulnerabilidade em Saúde. Violência Contra a Mulher.

Introdução

Vários países vêm desenvolvendo e/ou adotando iniciativas para a abordagem da violência contra a mulher, no entanto, os resultados são ainda insuficientes.¹ Dados recentes não deixam dúvidas sobre isso: trabalho de revisão sistemática e de síntese de dados científicos realizado pela OMS, envolvendo 155 estudos de 81 países mostrou que, no conjunto, 35% das mulheres do mundo já sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro ou violência sexual por outro agressor que não o parceiro, confirmando o caráter global da violência contra a mulher.² O mesmo pode ser dito para o Brasil, que dispõe de robusto arcabouço político-institucional voltado para a atenção à mulher em situação de violência. No capítulo 3 deste livro apresentam-se as principais leis e políticas públicas correspondentes³ e, no entanto, ainda se convive com altos níveis de agressão contra a mulher, como mostra estudo multicêntrico realizado em 15 localidades de 10 países, nos anos de 2002 e 2003, envolvendo 24.097 mulheres entre 15 e 49 anos. O Brasil fez parte desse estudo, que foi realizado em uma cidade na Zona da Mata de Pernambuco e em São Paulo, onde foram encontradas prevalências de 36,9 e 28,9%, respectivamente, de violência doméstica contra mulheres.⁴

No estudo realizado em 2002 e 2003, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com mulheres de 15 a 69 anos, observou-se que, no conjunto, mais de 75% das mulheres relataram algum tipo de agressão psicológica nos 12 meses anteriores à entrevista, 21,5% relataram agressão física leve e 12,9%, agressão física grave.⁵ A situação de Belo Horizonte e região metropolitana (RMBH), onde se situa o ambulatório/rede Para Elas, não é muito diferente. Segundo o DataSUS⁶, em 2011, a taxa de mortalidade feminina por homicídios, em Belo Horizonte, foi de 7,2/100.000 habitantes, menor apenas do que Maceió (10,8) João Pessoa (10,0) Porto Velho (8,9) Salvador (8,8), bastante próxima de Goiânia (7,4) e Vitória (7,4) e muito acima da média nacional das capitais (4,8) e da média do estado (4,6). Para a RMBH, a taxa de mortalidade feminina por homicídios é de 4,6/100.000, igual à média nacional, igual à do Rio de Janeiro e quase o dobro da taxa de São Paulo. Em 2012, Belo Horizonte e RMBH tiveram altas taxas de internação de mulheres por agressões, 1,46 e 3,02 internações/100.000 habitantes, respectivamente, sendo a da RMBH a segunda maior entre as demais do país.

No que se refere à atenção prestada, a situação é análoga: o Brasil dispõe de Sistema Único de Saúde, concebido como direito de todo cidadão, segundo conceito ampliado de saúde, que deve incorporar, entre suas obrigações, a abordagem da violência contra mulher, o que ademais é contemplado por leis e políticas específicas. Apesar disso, são inúmeros e de toda ordem os problemas que marcam a atenção à mulher em situação de violência dentro do sistema: a avaliação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito mostrou que é precário o cumprimento das leis e seu impacto ainda é pequeno. O mesmo acontece em relação à atenção à mulher pelos setores públicos, que apresentam deficiências de identificação, notificação e oferta do cuidado, sendo especialmente falhas a comunicação e a articulação da rede, necessárias para o encaminhamento e garantia de cuidado de qualidade.⁷

Tais incongruências mostram que há ainda muitos desafios a serem enfrentados no que se refere à abordagem da mulher em situação de violência, explicam por que essa questão é hoje foco de atenção nas agendas nacionais e internacionais e impõem a contínua busca de soluções inovadoras com capacidade de produzir respostas mais eficazes.⁸ A criação do ambulatório/rede Para Elas de Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência se situa no cerne dessas incongruências: a existência de direitos reconhecidos e recursos legais e organizativos disponíveis, em franco contraste com a realidade vivida por mulheres, ainda marcada pelas múltiplas formas de violência, cujo significado não pode ser outro se não o baixo nível de efetividade das iniciativas institucionalizadas.

As Bases Conceituais da Proposta

O ambulatório/rede Para Elas surge da articulação de estruturas e atividades já existentes em andamento: as redes de atenção que garantem, em sua rotina, cobertura de bens e serviços à população; os movimentos sociais que lutam pela conquista dos direitos e prosseguirão nessa missão; o Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e, dentro dele, o “Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós,” pontos de partida da presente proposta, que atuam no ensino e na pesquisa. O que se agrega, portanto, resulta da melhor integração e aproveitamento do que existe: é o novo que surge, dialeticamente, do “velho,” não por mágica e sim pela lógica da construção compartilhada e cooperativa.

Práticas, recursos e cuidados fragmentados, que se diluem e se perdem na dura e complexa realidade, podem ser complementados e potencializados. Torná-los efetivos e consequentes implica mais resolubilidade e menos custo. O intercâmbio de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos, desenvolvido segundo a perspectiva cooperativa, em que os participantes aprendem e ensinam, propicia o desenvolvimento sólido e equânime de serviços e pessoas - profissionais e usuários. A integração com movimentos sociais, cidadãos e usuários propicia atuação justa e adequada às necessidades. Por fim, esses

aspectos juntos mantêm a mobilização dos participantes, geram o gosto pelo trabalho e, sobretudo, recuperam, para cada um, o *status* de sujeitos que transformam o mundo.

Adotou-se, como base conceitual do projeto, a Teoria de Direito e Democracia formulada por Habermas – cujos marcos podem ser encontrados em outras publicações⁹⁻¹⁵ – e dela se extraiu a inspiração para formular a estratégia central desta proposta, a saber, a construção de redes em que se articulam os mais diferentes cuidados, em que se integram diferentes setores e em que atuam diferentes atores – gestores, profissionais, mulheres, cidadãos em geral – por meio de oficinas interativas e acordos horizontais, fundados no diálogo, explorando, ao máximo, as energias vinculantes da fala, não só para reproduzir/ renovar saberes, mas também para constituir sujeitos que se criam/recriam no encontro com o outro e na atuação cooperativa; sujeitos individuais que constroem saberes e práticas coletivos e se *constroem* em sujeitos coletivos com muito mais alcance, mais potentes para construir a prática e também transformá-la em direito. Se tais premissas são desejáveis, são também necessárias, como mostra a literatura. O trabalho em rede, a intersectorialidade, a participação da comunidade, a integração dos cuidados, das práticas, dos saberes e dos atores, compondo abordagem ampla em vários níveis de atuação - individual, comunitário, institucional, cultural, social e político - são exaustivamente descritos como essenciais para abordagem da violência contra a mulher.^{2,8,16,17}

O estudo de Feder¹⁸ mostra resultados positivos para a capacitação dos profissionais, *desde que vinculada a um sistema de referência definido e à garantia de apoio para a mulher*, o que confirma a estratégia da proposta de investir na capacitação dos profissionais vinculada ao fortalecimento da rede de atenção. A WHO¹⁹ ressalta bons resultados tanto para abordagens nas escolas - que propiciem o aprendizado, desde cedo, de novos valores e comportamentos sobre relações de gênero pautadas na igualdade e justiça – como para abordagens comunitárias que propiciem o empoderamento das mulheres, ambas estratégias fortemente presentes na nossa proposta.

Por fim, estudos brasileiros enfatizam a construção da intersectorialidade para o enfrentamento da violência contra mulher, reiterando mais uma vez o acerto dos investimentos na construção de redes.^{20,21} Não por acaso, a promoção de saúde é considerada entre nós como pilar de sustentação para o enfrentamento da violência, sem o qual as medidas convencionais de segurança tendem ao fracasso.²² Segundo o *Global Evidence Reviews commissioned by the UK-funded*²³, existem evidências de que as medidas protetivas e o abrigo são eficazes no enfrentamento da violência contra a mulher e devem ser recomendadas. Porém, tendo em vista a existência, no nosso contexto, de vulnerabilidades sociais reconhecidamente vinculadas à produção das violências,¹⁴ é imprescindível que a adoção de tais medidas venha articulada e respaldada por redes sólidas de apoio à mulher ou não terão efeito algum, como bem demonstrou o trabalho da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra mulher.⁷

Nenhuma outra atuação pode resultar em impacto duradouro, senão aquela que se assenta, desde o início, sobre o protagonismo dos participantes. No exato momento em que mulheres vulneráveis conquistam voz e inserção em grupos, elas começam a mudar a sua vida. Por isso, todas as ações previstas - ocorram na rede existente ou nos espaços criados pelo projeto e, ainda, utilizem ou não graus variados de especialização - deverão estar intimamente vinculadas às práticas interativas com as mulheres, nas suas inúmeras formas de organização. O mesmo deve ser dito *para todos* os profissionais. O aprendizado coletivo começa no exato momento em que se iniciam os encontros: como diz Habermas, o mundo da vida se abre sempre que pelo menos dois sujeitos se encontram e se dispõem a agir cooperativamente²⁴. Contrariamente, o mundo da vida é colonizado – aqui está a nossa explicação para a violência – sempre que os processos comunicativos mediadores da ação comunicativa são substituídos por meios sistêmicos, como poder e dinheiro, com suas correspondentes formas de dominação e controle, gerando individualismo possessivo, apatia, empobrecimento cultural, anomia e psicopatologia.²⁵

Essa abordagem torna-se mais necessária quando se sabe que a violência contra as mulheres está fortemente vinculada aos valores, normas e papéis socialmente atribuídos ao homem e à mulher, a dominação para eles, a submissão para elas. Logo, toda e qualquer abordagem da violência contra mulher passa obrigatoriamente pela discussão e transformação das relações de gênero, especialmente sobre a desigualdade de poder socioculturalmente reproduzida e que ainda hoje as constitui.^{8,26}

Aprende-se com Habermas que o mundo da vida, contexto sociocultural que nos modela e constitui só se reproduz por meio da ação comunicativa – ação coletiva linguisticamente mediada entre sujeitos que se reconhecem reciprocamente, portanto, genuinamente participativa – e isso significa dizer que saberes, padrões, normas, valores e práticas vigentes nesse âmbito se reproduzem apenas quando utilizados pelos participantes da ação comunicativa (reprodução cultural); nesse processo, esses elementos são arrastados pelo “torvelinho” de problematização e questionamento inerente a esse tipo de interação e, por isso, no movimento mesmo de sua reprodução, são sempre passíveis de contestação (renovação da cultura) – processo circular em que a reprodução do modo de pensar e agir vigente acontece de modo necessariamente inseparável da possibilidade da sua transformação. Somos sempre homens e mulheres produtos e produtores do mundo da vida.^{25,27}

Obviamente, a realização e manutenção desses encontros não ocorrerão espontaneamente pelo fluxo natural dos fatos, ao contrário, demandarão a participação ativa e consciente dos envolvidos. A existência formal e regular de políticas, programas e projetos voltados para o mesmo fim facilita a tarefa. A sempre desejável relação entre universidade, serviços e sociedade que se põem, recíproca e permanentemente, novos desafios representa sempre um estímulo. O Mestrado Profissional em Promoção de

Saúde e Prevenção da Violência, com suas linhas de pesquisa, disciplinas, projetos e produção de dissertações, todas diretamente orientadas pelas demandas e necessidades dos serviços e da sociedade, recebendo mestrandos e multiplicando seu alcance para grande número de profissionais da rede, desempenha importante pilar de sustentação da proposta. Isso, ademais, é recíproco, pois o mestrado não pode prescindir da integração assim construída, uma vez que sua vocação precípua é subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas.

Levando em consideração que todos os pontos até aqui discutidos são os mesmos que, do nosso ponto de vista, constituem os alicerces da promoção de saúde, pode-se dizer que o objetivo da proposta é efetivar ações de promoção de saúde como estratégia prioritária para o enfrentamento da violência contra a mulher.

Estrutura Geral da Proposta

A estratégia central do ambulatório/rede Para Elas é promover a articulação, em rede, horizontal e participativa, de serviços, universidade, movimentos sociais, mulheres e homens, que contemple a utilização/disponibilização de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos de várias tradições e áreas, convencionais e alternativos, individuais e coletivos, colocando-os a serviço da mulher e em parceria com a mulher. Essa estratégia será estruturada de modo a combinar estruturas e práticas já existentes com novas estruturas e práticas (Figura 21.1).

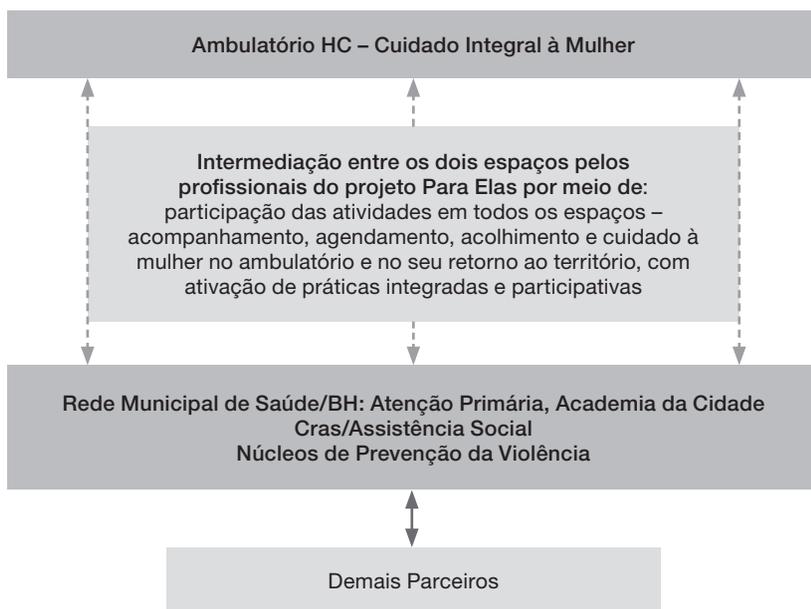


Figura 21.1. Estrutura geral da proposta com os três blocos: ambulatório HC, Projeto Para Elas, Rede Municipal de Saúde.

Como se vê na Figura 21.1, o ambulatório/rede se organiza em três pilares de sustentação:

- a. criação do ambulatório de Práticas de Promoção de Saúde para Mulheres em Situação de Violências e Vulnerabilidades/HC;
- b. desenvolvimento, no território, de práticas interativas pautadas na práxis de autonomia voltadas para o empoderamento das mulheres; abordagem do agressor; capacitação prática dos profissionais e organização intersetorial dos serviços;
- c. integração permanente dos dois espaços – ambulatório e território – por meio de atuação robusta do Projeto para Elas, no esforço contínuo e cotidiano de comunicação, intercâmbio e cooperação entre serviços, profissionais, cidadãos e usuárias.

Em cada um desses espaços são desenvolvidas práticas que integram diferentes saberes, profissões e áreas de conhecimento:

1. prestação de cuidados convencionais (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, etc.); de terapias complementares (homeopatia, *Reik*, *Yoga* e espiritualidade) e práticas coletivas (medicina de estresse, oficinas e rodas de conversa), no ambulatório de Práticas de Promoção de Saúde à Mulher em Situação de Violência e de Vulnerabilidades do HC;
2. cuidados convencionais de saúde (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, etc.); de terapias complementares (homeopatia, *Yoga*, acupuntura, antroposofia, *lian gong*) e práticas da saúde coletiva, educativas, jurídicas e de defesa social, oferecidas rotineiramente às mulheres pela Rede de Enfrentamento no município, inicialmente, constituída por quatro pilares: saúde (atenção primária, academias da cidade); assistência social (CRAS e CREAS); defesa social (Núcleos de Prevenção da Violência) e Projeto Para Elas; posteriormente, por mecanismos de bola de neve, outros núcleos, setores e serviços serão incorporados;
3. oficinas e rodas de conversa com profissionais e mulheres em seu retorno ao território, trazendo a *expertise* da saúde pública, Psicologia, Direito, Terapia Ocupacional, Educação, Física, Assistência Social e Fonoaudiologia, utilizando recursos lúdicos e artísticos e associando a elas as atividades físicas e os esportes; as oficinas ficarão principalmente sob a responsabilidade do Mestrado Profissional, da Residência de Medicina de Família e Comunidade e do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós;
4. atividades do Projeto Para Elas: fluxo de informações entre os vários espaços, por meio de planilhas virtuais compartilhadas; grupos de *e-mails*; grupos de *WhatsApp*; reuniões semanais; oficinas de avaliação e de planejamento e participação de grupos de integrantes em todas as atividades desenvolvidas em todos os espaços de atuação previstos na proposta.

O desenvolvimento da proposta seguiu rigorosamente suas premissas de trabalho em rede, horizontal e participativa, a partir de um processo intenso e dialógico, com todos os envolvidos, em todos os espaços, durante aproximadamente seis meses (Quadro 21.1).

Quadro 21.1. Desenvolvimento da proposta: atividades de discussão e formulação da proposta, planejamento, pactuação e tomada de decisão

Discussão e formulação da proposta	Reuniões semanais do Projeto Para Elas e da disciplina Bases Teórico-Metodológicas e Práticas de Abordagem da Mulher em Situação de Violência – de março a dezembro de 2016 Reuniões semanais da coordenação do Projeto Para Elas com a coordenação e gerência do ambulatório de Ginecologia do HC – de agosto a dezembro de 2016
Tramitação da proposta no HC	Redação da proposta e apresentação à Direção Clínica; Diretoria de Ensino e Pesquisa, Gerências de Serviços, Assessoria de Comunicação, Auditoria e referências técnicas do HC: ajustes da proposta às normas vigentes e aprovação
Início de funcionamento do ambulatório, como projeto-piloto	Pactuação com grupos específicos de atenção e pesquisa à mulher, para início do funcionamento; ajustes da proposta promovidos pela experiência do piloto
Pactuação da proposta com a Secretaria Municipal de Saúde	Encaminhamento do documento escrito à Secretaria; reuniões da coordenação do Para Elas com a Gerência de Assistência de Saúde da Secretaria; inúmeras reuniões da Comissão Técnica de Promoção de Saúde da Secretaria Municipal; reunião com o Secretário Municipal de Saúde e seus assessores: ajustes da proposta à normas da Secretaria e aprovação
Pactuação da Proposta com a Sub-Secretaria Municipal de Assistência Social	Encaminhamento do documento à Subsecretaria; reuniões da coordenação do Para Elas e gerentes da SMSABH com Subsecretário e técnicos de Assistência Social: ajustes e aprovação da proposta
Lançamento oficial da proposta	1º Fórum de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, em 1º de dezembro de 2016
Início de funcionamento regular do ambulatório	Dia 02 de dezembro de 2016
Articulação com a rede	Construção de agendas de oficinas descentralizadas nos distritos, com gestores e profissionais dos setores envolvidos; construção de agenda de oficinas de retorno da mulher ao território
Agendamento da primeira oficina no território	Dia 16 de janeiro de 2017, na regional norte de Belo Horizonte

O ambulatório/rede Para Elas começou a funcionar no dia 02 de setembro de 2016 na modalidade de projeto-piloto. Seu lançamento oficial ocorreu publicamente, no dia 1º de dezembro de 2016, no 1º Fórum de Promoção de Saúde e de Prevenção da

Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, realizados na Faculdade de Medicina, com a presença do Reitor da UFMG; diretores da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas; Secretários Municipais de Saúde e de Assistência Social; Secretário de Estado de Direitos Humanos; coordenadora, professores, mestrandos e profissionais do Mestrado Profissional; coordenadora e integrantes do Projeto Para Elas e convidados em geral (Figuras 21.2 e 21.3).



Figura 21.2. - 1º Fórum de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós – mesa de abertura.
QR Code: Acesso à imagem colorida.

A proposta se estrutura em dois pilares: o ambulatório no HC, entendido como ponto de partida, constituído por atuação que mobiliza, organiza e integra recursos e, dessa forma, torna-se capaz de irradiar influxos para o território onde vivem as mulheres. Ativa, então, e promove o segundo pilar, constituído por ações coletivas participativas, realizadas no território, voltadas para as mulheres e para os profissionais da rede. A primeira ação de retorno ao território é responsável pelo planejamento das demais – em outras palavras, esse segundo pilar tem por núcleo central o encontro entre mulheres que retornam ao território, os profissionais de saúde, da Academia da Cidade, dos CRAS e os profissionais do Programa Para Elas.



Figura 21.3. - 1º Fórum de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós - momento de lançamento do ambulatório/rede.
QR Code: Acesso à imagem colorida.

O ambulatório/rede Para Elas funciona no Serviço de Ginecologia do 4º andar do Instituto Jenny Andrade Faria/HC, todas as sextas-feiras, de oito às 12 horas e conta com a atuação de profissionais de várias áreas do conhecimento. A mulher, ao entrar no ambulatório, recebe cuidados individuais e coletivos integrados, segundo sua necessidade e preferência, de modo que nessas interações sejam construídos vínculos ente elas e entre a equipe e elas; que elas tenham espaço e tempo para refletir, analisar criticamente e vislumbrar soluções para o seu problema e para a sua vida; que elas encontrem motivos e estímulos para continuar e aderir a tais práticas, inclusive no espaço onde vivem; e, enfim, que substituam o cuidado fragmentado por outro integral, participativo e de qualidade, por elas próprias construído.

A cada sexta-feira, o ambulatório recebe mulheres encaminhadas pela rede SUS-BH, para a quase totalidade das vagas previstas, com pequena abertura para grupos específicos ou para demanda aberta. Sendo assim, a demanda é regulada pela Secretaria Municipal de Saúde e segue os procedimentos já normatizados, acrescidos, porém, de um passo, representado pela intermediação de profissionais que pertencem à rede municipal e são, ao mesmo tempo, integrantes do Projeto Para Elas. Com essa dupla filiação, esses profissionais conseguem acompanhar adequadamente a trajetória das mulheres em todo o ciclo, isto é, saída do território, chegada ao ambulatório e seu retorno à rede e à comunidade.

O segundo pilar, ativado pelo retorno ao território e representado pelas oficinas aí realizadas e por toda a agenda de atividades definidas de modo participativo, ocorrerá sem-

pre na comunidade de origem das mulheres, nos espaços disponíveis da rede pública. Além de se agregarem para a solução compartilhada dos seus problemas, as mulheres têm papel de multiplicadoras e protagonizam o processo de mobilização de outros atores da sua comunidade. A cada sexta-feira o ambulatório recebe 40 mulheres de apenas uma regional de Belo Horizonte, para que o retorno seja feito de modo concentrado, as ações não se dispersem e, dessa forma, tenham impacto. As oficinas de retorno dessas mulheres estão previstas para ocorrer 10 dias após a vinda ao ambulatório. O mesmo movimento deve acontecer em cada uma das nove regionais do município: vinda ao ambulatório, realização de oficinas e definição de agendas, realização das atividades previstas da agenda. Quando todas as regionais passarem por esse ciclo, começa de novo o movimento, em cada uma, com vindas ao ambulatório, novas oficinas e novas agendas.

O primeiro dia de atendimento com esse formato está previsto para 06 de janeiro e a primeira oficina marcada para o dia 16 de janeiro de 2017, na regional norte de Belo Horizonte. O ambulatório/rede Para Elas é, agora, uma realidade.

Referências

1. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015; 385: 1567–79.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2013. [acesso em 2017 jan]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
3. Melo VH, Melo EM. Enfrentamento da violência contra mulher: arcabouço político institucional. In: Melo, EM; Melo, VH. Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. Belo Horizonte: Folium; 2016a. p. 31-53
4. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 2006; 368: 1260–69.
5. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2):425-437.
6. DataSUS. [homepage na internet] Morbimortalidade feminina por violências, nas capitais e regiões metropolitanas brasileiras; 2011. [acesso em 2016 dez 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm#morb>
7. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. "Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência": Relatório final. [Internet]. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2017 jan 30]. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/06/relatoriofinalcpmi.pdf>
8. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*. 2015; 385: 1672–84.

9. Melo EM, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB, Machado GP. Projeto Meninos do Rio. Mundo da Vida, Adolescência e Riscos de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(1):39-48.
10. Melo, EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10: 167-178.
11. Melo MM, Paiva L, Álvares J, Flecha AD. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 suppl.1:s29-41.
12. Melo EM, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL. Promoção de saúde e prevenção da violência. In: Camargos AF, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL (Org.). *Ginecologia ambulatorial baseada em evidências científicas*. 3.ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2016b. 101-118.
13. Batista EC, Melo EM. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(1): 337-347.
14. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, Melo EM. Homicídios e vulnerabilidade social. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(3): 923-934.
15. Melo EM, Melo MAM, Pimenta SMO, Lemos SMA, Chaves AB, Pinto LMN. A violência rompendo interações. *As interações superando a violência*. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(1):89-98
16. Miller E, McCaw B, Humphreys BL, Mitchell C. Integrating Intimate Partner Violence Assessment and Intervention into Healthcare in the United States: A Systems Approach. *Journal Of Women's Health*. 2015; 24 (1): 92-99.
17. Dutton MA, James L, Langhorne A, Kelley A. Coordinated Public Health Initiatives to Address Violence Against Women and Adolescents. *Journal Of Women's Health*. 2015; 24(1):57-61.
18. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomized controlled trial. *The Lancet*. 2011; 378: 1788–95.
19. World Health Organization. *Violence prevention: the evidence*. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. [acesso em 2017 jan 30]. Disponível em:
20. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html
21. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersectorial e atenção integral. *Saúde Soc*. São Paulo. 2014; 23(3): 778-786.
22. Kiss LB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2007; 11(23): 485-501.
23. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
24. Jewkes R, Hilker LM, Khan S, Fulu E, Busiello F, Fraser E. What works to prevent violence against women and girls - Evidence Reviews. Paper 3: Response mechanisms to prevent violence against women and girls. [S.l.]: What Works to Prevent Violence; 2015.
25. Habermas J. *Between Facts and Norms: Contributions to a discourse theory of law and democracy*. Cambridge :The MIT Press; 1996.
26. Habermas J. *Teoria de la Acción Comunicativa: Complementos y Estudios Prévios*. Madrid: Editora Cátedra; 1989.
27. Corradi C, Marcuello-Servós C, Boira S, Weil S. Theories of femicide and their significance for social research. *Current Sociology*. 2016; 64(7): 975–995.
28. Habermas J. *Teoria de la Acción Comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.

Formato: 160x230mm

Composto em: Helvetica Neue LT Std

Papel couché fosco, 70g/m² (miolo)

Papel supremo, 250g/m² (capa)

Belo Horizonte – 2016

Este é o segundo Livro da Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, cuja chegada reitera a premissa básica que fundamenta a coleção - o exercício *da práxis* de autonomia dos envolvidos – e anuncia sua adoção na abordagem da mulher em situação de violência. É fruto de Programa de pesquisa, ensino e intervenção, desenvolvido em âmbito nacional, com a parceria do Ministério da Saúde.

Programa e Livro são Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós

