

Atenção à mulher em situação de violência: visão e conhecimento dos profissionais de saúde

Attention to women in situation of violence: vision and knowledge of health professionals

Mirian Conceição Moreira de Alcântara¹, Patrícia Chaves¹, Kênya Costa Rodrigues da Silva¹, Renata Mascarenhas Bernardes¹, Ângela Moreira¹, Elza Machado de Melo¹, Victor Hugo Melo¹

RESUMO

O artigo descreve os tipos e âmbitos de violência da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência por meio da visão dos 438 profissionais de saúde que participaram dos Seminários do Projeto “Para Elas”, realizados em 10 municípios “do campo, da floresta e das águas”, selecionados pelo Ministério da Saúde. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas. Realizou-se análise descritiva com distribuição de frequências simples. Os resultados foram expressos como média, mediana e porcentagens. A agressão física é um dos tipos de violência predominantemente mais identificada pelos profissionais de saúde e 77% afirmaram que a violência doméstica é a que mais demanda os serviços onde atuam. Concluiu-se que a violência física usualmente é a mais percebida pelos profissionais e que o contexto domiciliar é o principal local de ocorrência, o que está de acordo com a literatura. Isso reforça a necessidade de se intensificar políticas e intervenções, considerando-se as vulnerabilidades peculiares das populações do campo, da floresta e das águas.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência Doméstica; Saúde da Mulher.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Saúde Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

The article describes the types and scopes of violence into the network services of attention to women in violence situation by the view of 438 professionals that took part in Seminars of Project “Para Elas”, conducted in ten municipalities of “Field, Forest and Waters”, selected by Ministry of Health. Data were obtained from semi-structured interviews. It was conducted descriptive analysis with simple frequency distribution. The results were expressed as mean, median and percentages. There is a predominance of physical aggression, identified by health professionals, and 77% of them asserted that domestic aggression is the one that most demands the services where they work. We conclude that physical violence is usually more perceived by professionals and the domicile context is the main place of violence occurrence which is according to the literature. This reinforces the need for policies and interventions, regarding the peculiar vulnerabilities of populations from the field, forest and water.

Key words: Violence Against Women; Domestic Violence; Women Health.

INTRODUÇÃO

Segundo Minayo^{1,117}, a violência não se resume às delinquências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais, abusos e de dominação ou contra grupos específicos – como homosse-

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Mirian Conceição Moreira Alcântara
E-mail: mirianalcantara@gmail.com

xuais, crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos – subsistem em um ambiente sociocultural adverso em que as pessoas são, frequentemente, vítimas de exclusão e de lesões físicas e emocionais. Todas essas formas são potencializadoras da violência social difusa e ampla e se alimentam dela. Em momentos diferentes podemos ser aqueles que sofrem ou aqueles que praticam a violência em suas muitas formas.

Na contemporaneidade da mobilização social, um conjunto de políticas foi implantado no Brasil como parte do esforço de conter as diversas formas de violência que, nas últimas décadas, colocaram esse grupo de problemas de saúde entre os que mais afligem a população brasileira.²

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo, atingindo-as nos âmbitos intrafamiliar e extrafamiliar, podendo causar distúrbios psíquicos, danos e incapacidades físicas graves e até mesmo óbito. Estima-se que a violência doméstica provoque mais mortes em mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras.³

A violência contra a mulher foi identificada como diretriz prioritária de saúde em publicação de 2002 da OMS e na resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre o reforço do papel do sistema de saúde no combate à violência, especialmente contra mulheres e meninas.⁴

De acordo com vários autores, a violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos, apesar da grande maioria dos estudos citarem as dificuldades dos profissionais de saúde para identificá-la como tal, bem como para abordá-la.⁵⁻¹² Dessa forma, por meio de uma reflexão sobre esta temática e com o intuito de dar mais visibilidade a tudo que pode ser nomeado e reconhecido como violência, a saúde passa a ver esse fenômeno como problema de saúde pública, diante do impacto social sobre a saúde do indivíduo e da sociedade. Esse entendimento visa garantir e promover os estudos e discussões sobre o tema.¹³

Acabar com a violência ou combatê-la é uma tarefa de todos que somente poderá ser realizada pela intervenção envolvendo a implantação de políticas e pela mobilização de uma rede não só de proteção, mas também de atendimento integral às pessoas em situação de violência. Nesse contexto, a área da saúde se destaca como corresponsável das políticas que visam à promoção de “mudanças estruturais, socioculturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno”.¹⁴

Objetiva-se analisar e compreender o conhecimento e visão dos profissionais de saúde sobre os tipos e âmbitos de violência da rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros do campo, da floresta e das águas, na busca de produção de informações para o estabelecimento de metas direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres nesses locais.

POLÍTICAS PÚBLICAS

A Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres começou a ser construída a partir de 2004, com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), favorecendo a criação dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (PNPM I e II), que tem como um de seus objetivos implementar uma Política Nacional de Enfrentamento da Violência que garanta o atendimento integral, humanizado e de qualidade. Em 2007 foram incorporados os avanços obtidos nos anos anteriores e foram eleitas as prioridades dessa área para os quatro anos seguintes, de 2008 a 2011.¹⁵

Os municípios denominados como sendo “do campo, da floresta e das águas” apresentam demandas prioritárias para a ampliação do acesso à Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), existência de Organismos de Políticas para as Mulheres, equipe multidisciplinar especializada, tempo de implantação, além do tamanho e da densidade populacional destes.¹⁶

Nessas perspectivas, o Projeto Para Elas. Por Elas, por Eles, por Nós, de âmbito nacional, que contempla a proposta de atuar na Atenção à Saúde Integral da Mulher, foi elaborado em 2012 pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde. O projeto propõe, entre outras metas, o enfrentamento da violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas nos 10 municípios-polo e em suas microrregiões – territórios de cidadania, selecionados no Fórum Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulher.¹³

O Ministério da Saúde^{17,8} caracteriza esses municípios por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente à terra. Nesse contexto estão “os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalaria-

dos e temporários que residam ou não no campo, além das comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras [...]”.

No Brasil, conforme o último Censo Demográfico, a população rural representa o total de 29.830.007, sendo quase metade composta por mulheres.¹⁸ Quanto à territorialidade, o item II da Portaria nº 85, de 10 de agosto de 2010, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, faz algumas considerações, estabelecendo que, no tocante à desigualdade de sexo e à vivência da violência doméstica, as mulheres do campo e da floresta têm sua vida fortemente marcada pelas características dos lugares em que vivem. Locais isolados, afastados e sem acesso rápido aos serviços nos quais as mulheres deveriam receber a atenção adequada.¹⁹

As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades.²⁰

Com tamanhas especificidades, a violência contra a mulher do campo, florestas e das águas impõe a necessidade de mais estudo e propostas específicas, porém a literatura disponível apresenta poucos estudos sobre o fenômeno. Alguns deles revelam os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, referindo-se a discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, entre outras.¹⁷

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando como base metodológica questionários semiestruturados, aplicados entre maio de 2013 e junho de 2014, tendo como eixo temático a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência em 10 municípios brasileiros do campo e floresta e das águas, previamente selecionados. Esses municípios/territórios fazem parte da macrorregião de cada estado, conforme Tabela 1.¹⁵

A coleta de dados foi realizada em seminários locorregionais coordenados pelo Projeto Para Elas. Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário

utilizado é composto de 47 questões subdivididas em três seções. Esse instrumento foi validado e aplicado anteriormente nos Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas.¹⁴ Os questionários foram revisados e digitados duplamente, por pessoas diferentes, para minimizar os erros. Em seguida, realizaram-se os procedimentos habituais para a limpeza e consistência do banco de dados. Para o presente estudo foram consideradas diversas variáveis, considerando-se: local de realização do seminário: nome da cidade ou estado e diferentes tipos e âmbito de violência. Optou-se pela inclusão do universo total de profissionais que participaram dos seminários locorregionais (n=438).

Tabela 1 - Cidades-Polo de campo, floresta e das águas

Região	Cidade	Estado
Norte	Augustinópolis	Tocantins
	Cruzeiro do Sul	Acre
	Igarapé Miri	Pará
Nordeste	Santana do Matos	Rio Grande do Norte
	Quixadá	Ceará
	Irecê	Bahia
Centro-Oeste	Posse	Goiás
Sudeste	Registro	São Paulo
	São Mateus	Espírito Santo
Sul	São Lourenço do Sul	Rio Grande do Sul

Os resultados foram expressos como média e porcentagens. Todos os resultados obtidos foram analisados com técnicas quantitativas por meio do programa *Statistical Package for Social Science for Windows* – SPSS (versão 16.0).

RESULTADOS

A agressão física foi um dos tipos de violência mais identificados. As distribuições de frequências mostraram que essa forma foi identificada por 59,2% dos participantes dos seminários, enquanto agressão verbal foi a segunda mais identificada, sendo relatada por 52,2% dos participantes. Esses tipos de violência foram identificados com mais frequência entre participantes das regiões Nordeste e Norte, com percentuais de 32,8 e 22,6%, respectivamente. O terceiro tipo de violência foi a agressão moral ou psicológica, identificada por 48,7% dos participantes. Os outros tipos foram a agressão sexual (34,5%) e negligência/abandono (34,2%), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Diferentes âmbitos e tipos de violência classificados quanto à natureza dos atos, nos municípios do campo, da floresta e das águas estudados, de cada região brasileira

Descrição	Regiões Brasileiras											
	Sul		Sudeste		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	30	6,8	81	18,5	125	28,5	132	30,1	70	16	438	100
<i>Tipos de violência</i>												
Agressão Física												
Sim	14	7,0	46	22,9	51	25,4	57	28,4	34	16,4	201	59,2
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,3	10	37,0	27	7,96
Agressão verbal												
Sim	14	7,9	39	22,0	40	22,6	58	32,8	26	14,7	177	52,2
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,2	10	37,0	27	7,96
Agressão moral ou psicológica												
Sim	11	6,7	40	24,2	42	25,5	54	32,7	18	10,9	165	48,67
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,2	10	37,0	27	7,96
Agressão sexual												
Sim	4,0	3,4	33	28,2	35	29,9	29	24,8	16	13,7	117	34,51
Não sei	20	5,9	70	20,6	92	27,1	104	30,7	53	15,6	27	7,96
Negligência ou abandono												
Sim	13	11,2	33	28,4	27	23,3	37	31,9	6,0	5,2	116	34,21
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,2	10	37,0	27	7,96
Total											339	100
<i>Âmbito da violência</i>												
Violência Comunitária												
Sim	4	9,5	11	26,2	12	28,6	11	26,2	4,0	9,5	42	11,73
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Violência Doméstica												
Sim	23	8,3	56	20,3	80	29,0	80	29,0	37	13,4	276	77,09
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Violência Institucional												
Sim	1	6,2	6,0	37,5	3,0	18,8	4,0	25,0	2,0	12,5	16	4,46
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Violência estrutural												
Sim	5	16,7	13	43,3	4,0	13,3	5,0	16,7	3,0	10,0	30	8,37
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Total											358	100

Nota: dados compilados pela autora.

DISCUSSÃO

Nossos resultados se aproximam dos apresentados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) de 2010.²¹ Em relação ao tipo de violência, observou-se predomínio de atendimentos decorrentes de agressão física (64,5%). Entre as mulheres ela também foi a mais descrita (61,7%) seguida por violência psicológica/moral (31,6%) e sexual (24,2%).

A PNAD – características da vitimização e acesso à justiça, feita em 2009, salienta que 2,5 milhões de pessoas de 10 anos ou mais de idade foram vítimas de agressão física, ou seja, 1,6% dessa população no país.²² Os relatos de agressão contra a mulher foram maiores nas regiões Norte (1,5%), Nordeste (1,4%) e Centro-Oeste (1,4%), reforçando os dados do nosso estudo.²⁰

Em nosso estudo a violência doméstica (VD) foi a mais identificada por 77% dos participantes. O relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de

2013 relata o crescimento da violência doméstica entre os anos de 2007 e 2012, como um dos mais expressivos documentados pela Secretaria de Políticas para Mulheres. Segundo as notificações dos casos de violência do sistema VIVA dos anos de 2009 a 2010, o domicílio (50,4%) foi o local mais frequente para a ocorrência de agressões envolvendo as mulheres.

O Brasil registrou, nos 10 primeiros meses de 2015, 63.090 denúncias de violência contra a mulher. Entre esses registros, quase metade (n=31.432 ou 49,8%) corresponde a denúncias de violência física segundo a Secretaria de Política para Mulheres, 2015.

Acredita-se que o entendimento da visão dos profissionais entrevistados é o primeiro passo para mudar a compreensão da realidade. Destaca-se a importância da produção de informações e da troca de experiência na busca da qualificação da rede de enfrentamento da violência contra as mulheres e na efetivação de uma atenção integral e de qualidade.

CONCLUSÃO

Para melhor compreensão da visão dos profissionais entrevistados, inicialmente destaca-se a importância de se aproveitar esse momento para produzir informações, a partir de troca de experiência e conhecimentos de todos que participaram deste estudo. Deve ser enfatizada a importância da integração da Faculdade de Medicina da UFMG, por meio do “Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós”, em parceria com o Ministério da Saúde, indicando avanço entre as políticas e gestores na busca da qualificação da rede de enfrentamento da violência para a construção da atenção integral.

Os dados apresentados vêm confirmar os conceitos atualmente utilizados como referencial teórico sobre o tema e que destacam que a violência é um importante problema de saúde pública, com prioridades, respectivamente, destacadas para violência física, verbal, moral, sexual, negligência e abandono e sua relação com o território e suas vulnerabilidades. Em relação ao âmbito da violência, merece destaque a violência doméstica (VD) como a mais identificada entre os participantes.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(supl.): 1259-67.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Washington: OMS; 2009. 112p.
4. Baraldi AC, Almeida AM, Perdoná, GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012; 12(3):307-18.
5. Buckley N, Henk AJ, Mulder E, McKenna F. Final report 'Domestic Violence PER Action Plan'. Science Shops and Community Knowledge Exchange. Cambridge: University of Cambridge; 2013.
6. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BT. Family health strategy professionals facing medical social needs: difficulties and coping strategies. *Saude Soc*. 2012; 21(4): 884-94.
7. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 [citado em 2014 Sep. 10]; 28(9): 1749-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000900013&lng=en.
8. Lima MLLT, 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.
9. Kiss LB, Schraiber LB. Themes medico-social and health intervention: violence against women in professional discourse. *Ciênc Saude Coletiva*. 2011; 16(3): 1943-52.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p. [citado em 2016 out. 19]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
11. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012, 62: e647-e655.
12. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde; 2010. 278p.
13. Melo EM. O projeto para elas, por elas, por eles e por nós. 2012. [citado em 2016 jan. 15]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>
14. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008. 236 p. [citado em 2016 jan. 16]. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/pnpm/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf>
15. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2011. 44 p. [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: MS; 2013. [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD; 2010. [citado em 2016 ago. 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40
18. Ministério de Saúde (BR). Portaria Nº 85 de 10 de agosto 2010. Institui o Fórum Nacional das Diretrizes e Ações de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta. Brasília: MS; 2010.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios. PNAD; 2007. [citado em 2016 ago. 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default>.
20. Ministério da Saúde (BR). 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.
21. Câmara do Deputados (BR). Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Relatório Final. Brasília, Junho de 2013. Brasília: CPMI-VCM; 2013. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. LIGUE 180: uma década de conquistas. Balanço. Brasília: SPM/PR, MMIRDH; 2015.