

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Faculdade de Medicina

**MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA
SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

RENATA MASCARENHAS BERNARDES

**O CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE
PROFISSIONAIS E GESTORES DAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS**

BELO HORIZONTE-MG

2015

Renata Mascarenhas Bernardes

**O CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DAS
MACRORREGIÕES BRASILEIRAS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

BELO HORIZONTE-MG

2015

Bernardes, Renata Mascarenhas.
B522c O cuidado a mulher em situação de violência na percepção de profissionais e gestores das macrorregiões Brasileiras [manuscrito]. / Renata Mascarenhas Bernardes. - - Belo Horizonte: 2016. 114f.: il.
Orientador (a): Victor Hugo de Melo.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência contra a Mulher. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Serviços de Saúde da Mulher. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Victor Hugo de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WA 309

Renata Mascarenhas Bernardes

**O CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DAS
MACRORREGIOES BRASILEIRAS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

Banca Examinadora:

Professor Doutor: Victor Hugo de Melo

Professora. Doutora: Jandira Maciel da Silva

Professor Doutor: Francisco José Machado Vianna

Aprovada em Belo Horizonte 29/09/2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof.^a Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof.^a Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Social

Prof.^a Ana Cristina Cortês

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora

Prof.^a Dra. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora

Prof.^a Ana Cristina Cortês

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Prof.^a Elza Machado de Melo

Prof.^a Andréa Maria Silveira

Prof.^a Elizabeth Costa Dias

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.^a Eliane Dias Gontijo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha

Prof.^a Izabel Christina Friche Passos

Prof.^a Eugênia Ribeiro Valadares

Prof. Fernando Madalena Volpe

Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos

A meu Pequeno Príncipe Davi Emanuel, que ainda uma sementinha me acompanhou em todas as aulas e após nascido ficava esperando o intervalo para amamentar. O mestrado cresceu e Davi com ele, 1 ano e 8 meses (os mais felizes da minha vida). Obrigada filho por me passar tranquilidade, força e fazer com que eu acredite em sonhos novamente. Te amo muito, mais do que possas imaginar.

Dedico.

AGRADECIMENTO

A Deus, por tudo que acontece em minha vida, Ele conhece e sonda nossos corações, nossos medos e sabe das nossas necessidades. “ Porque o Senhor dá a sabedoria; da sua boca procedem o conhecimento e o entendimento” (Provérbios 2.6)

Ao meu companheiro, Dudu Andrade, que sempre esteve ao meu lado, dando-me força nas horas de desânimo e nas vezes que pensei em desistir, me apoiou a continuar e chegar até aqui.

A mamãe e vovó pelo amor, carinho e por sempre acreditar em mim, incentivando a voos mais altos.

Ao meu querido Duduzinho pelo apoio e carinho.

A Daniela A.S. Corrêa, pela disponibilidade, incentivo e apoio com suas revisões e contribuições.

À Prof.^a Elza, exemplo de mulher na luta pela promoção da saúde, prevenção da violência e pela paz.

Ao orientador Victor Hugo pela forma com que orienta e compartilha conhecimento e sabedoria.

Aos professores (as) Jandira e Francisco que aceitaram participar da banca e assim, contribuir para o aprimoramento de meu trabalho.

Ao professor Ricardo Tavares pela disponibilidade e orientações.

Júlia, exemplo de compromisso com o projeto Para Elas, companheira da digitação e construção do banco de dados.

À Lauriza e Amanda, pela disponibilidade, atenção e suporte.

A Macilene pela força e Marilha, pela amizade.

Aos colegas de trabalho do Distrito Sanitário Barreiro, pelo incentivo e apoio. É muito bom trabalhar com profissionais competentes com vocês, que acredita na saúde pública de qualidade e universal.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousamos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

RESUMO:

Introdução: A violência é um fenômeno histórico-social presente em todas as sociedades, e requer na sua abordagem políticas públicas e ações específicas, por afetar tanto a saúde individual quanto coletiva trazendo consequências drásticas, na sua maioria a morte ou sequelas irreversíveis. Este estudo está alinhado ao projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós, executado em parceria da UFMG com a Coordenação Geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde. **Objetivo:** Conhecer como se dá o cuidado na rede de atenção a mulher em situação de violência por macrorregião brasileira na percepção dos profissionais participantes dos Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas. Especificamente pretende traçar o perfil dos profissionais, descrever o perfil de violência cometido às mulheres, identificar se o setor saúde articula e encaminha para os outros serviços da rede de enfrentamento e se os municípios/estados estão desenvolvendo estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher. **Metodologia:** estudo transversal exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa em âmbito nacional, com a utilização de entrevistas semi-estruturadas dos participantes dos 5 Seminários Macrorregionais, no período de fevereiro de 2013 a março de 2014. Foram no total 301 participantes do estudo, sendo composto de profissionais e gestores dos diversos níveis da saúde e profissionais da rede de enfrentamento a violência contra a mulher. **Resultados e discussão:** A frequência de abordagem a mulher em situação de violência encontrada no estudo foi bastante satisfatória ao se comparar com outros estudos. Não foram observadas discrepâncias importantes entre as regiões brasileiras, embora tenha-se uma abordagem maior quando há um caso confirmado do que quando ocorre uma suspeita. O estudo apresentou uma frequência baixa de notificação e os encaminhamentos realizados foi para o próprio setor saúde na sua maioria. A maior prevalência de atendimento pelos participantes dos seminários de casos de violência foi a física e a residência não é o local mais seguro para a mulher. Do ponto de vista da força de articulação da saúde com outros setores, verifica-se que o setor saúde é bem articulado com outros serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência e em relação as estratégias de gestão foi avaliada positivamente. **Conclusão:** O presente estudo explora um tema relevante e atual para a área da saúde pública. 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 a mulher em situação de violência. Qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania. O papel do gestor do sistema para a abordagem da mulher em situação de violência é decisiva para o avanço da implementação da rede e de políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher.

PALAVRAS-CHAVE: violência contra a mulher; assistência integral a saúde; serviços de saúde da mulher

ABSTRACT:

Introduction: Violence is a socio-historical phenomenon present in all societies, and require in their public policy approach and specific actions to affect both the individual and collective health bringing drastic consequences, mostly death and irreversible consequences. This study is in line with the Comprehensive Care project to Women's Health: To Them, For They, For Them, For Us! run in partnership UFMG with the Health General Coordination of Women of the Ministry of Health . **Objective:** To know how to give care in the network of care the woman by Brazilian macro- violence situation in the perception of professional participants of the Project macro-regional Seminars To them. Specifically aims to trace the professional profile, describe the profile of violence affected to women, identify whether the health sector articulates and forwards it to the other face of network services and the counties / states are developing coping strategies to violence against women. **Methodology:** exploratory and descriptive cross-sectional study with a quantitative approach at the national level, with the use of semi -structured interviews of the participants of the five macro-regional seminars, from February 2013 to March 2014. There were in total 301 participants in the study, composed of professionals and managers of different levels of health and professionals coping network violence against women. **Results and discussion:** The approach often women in situations of violence found in this study was quite satisfactory when compared with other studies. Significant differences were observed between the Brazilian regions, although it has a higher - approach when there is a confirmed case than when a suspect. The study showed a low frequency of notification and referrals made was for the health sector itself mostly. The highest prevalence of attendance by participants of the seminars of violence was physical and residence is not the safest place for women. From the point of view of health joint force with other sectors , the health sector if there is well articulated with other services of the network of care for women in situations of violence and relationship management strategies was assessed positively. **Conclusion:** This study explores a relevant and current topic in the area of public health. Care in Care Network of Women in Situations of Violence by Brazilian region needs to advance and strengthen, to ensure that indeed the comprehensive care to women victims of violence. Any action to overcome violence goes through an inter-agency coordination, interdisciplinary, multidisciplinary and with civil society and community who campaign for rights and citizenship. The role of the system manager to address women in situations of violence is crucial to the advancement of network implementation and policy for addressing violence against women.

KEYWORDS: violence against women; comprehensive care health; women's health services

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Número e taxas de homicídio feminino (em 100 mil mulheres) por UF. Brasil. 2010 | 32 |
| Tabela 2: Número de atendimentos por violência física segundo local de ocorrência da agressão e faixa etária. Sexo Feminino Brasil, 2011. | 34 |
| Tabela 3: Porcentagem de atendimentos por violência física segundo local de ocorrência da agressão e faixa etária. Sexo Feminino Brasil, 2011..... | 34 |
| Tabela 4: Dados dos Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas. Por Elas, por Eles...Por Nós..... | 47 |
| Tabela 5: Subdivisões dos questionários..... | 49 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------|---------------------------------|----|
| Figura 1: | Classificação da violência..... | 29 |
|-----------|---------------------------------|----|

GRÁFICOS

Gráfico 1: Articulação do setor saúde com outros serviços da rede de enfrentamento da violência contra a mulher.....61

Gráficos 2: Distribuição do indicador de enfrentamento da violência segundo os níveis de atenção.....64

Gráfico 3 - Distribuição do indicador de enfrentamento da violência segundo os níveis de atenção.....65

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| CEDAW | Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women |
| CNPM | Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres |
| CNDM | Conselho Nacional dos Direitos da Mulher |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CONVIDA | Centro de Convivência para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica |
| CPMIVCM | Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a violência contra a mulher |
| CEAV | Centro de Atendimento às Vítimas de Violência |
| CRAS | Centro de Referência e Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado e Assistência Social |
| COEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| DEAM | Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| FM | Faculdade de Medicina |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| VIVA | Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes |
| ONGs | Organizações não Governamentais |
| MS | Ministério de Saúde |

| | |
|--------|---|
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PNM | Política Nacional para as Mulheres |
| PNPM | Plano Nacional de Políticas para Mulheres |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| SPS | Secretaria de Políticas para as Mulheres |
| SEDM | Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher |
| SEPM | Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SINAM | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SEMAS | Secretaria Municipal de Assistência Social |
| SPSS | Statistical Package for the social Science for Windows |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 18 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 2.1. Contextualização do enfrentamento da violência contra a mulher..... | 23 |
| 2.2. Tipos, âmbitos e prevalência da violência contra a mulher nas macrorregiões brasileiras | 28 |
| 2.3. O cuidado à mulher em situação de violência e a articulação da rede. | 33 |
| 2.4. A rede de enfrentamento à violência contra a mulher | 37 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 43 |
| 4. OBJETIVOS | 44 |
| 4.1. Objetivo Geral | 44 |
| 4.2. Objetivos Específicos | 44 |
| 5. MATERIAIS E MÉTODOS..... | 45 |
| 5.1. Tipo de Estudo..... | 45 |
| 5.2. Local de Estudo | 45 |
| 5.3. Participantes do Estudo | 46 |
| 5.4. Instrumento de Coleta de Dados..... | 47 |
| 5.5. Análise dos Dados | 48 |
| 5.6. Aspectos Éticos | 48 |
| 5.7. Variáveis do Estudo..... | 49 |
| 5.7.1. Variáveis Independentes..... | 49 |
| 5.7.1.2.. Identificação | 49 |
| 5.7.1.3. Formação | 50 |
| 5.7.1.4. Trabalho..... | 50 |
| 5.7.2. Variáveis dependentes | 50 |
| 5.7.2.1. Tipos de violência e âmbito de ocorrência. | 50 |

| | |
|--|-----|
| 5.7.2.2. Atendimento, abordagem, seguimento e encaminhamento dos casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher..... | 51 |
| 5.7.2.3. Articulação e identificação dos serviços da rede..... | 52 |
| 5.7.2.4. Aspectos relacionados a gestão Municipal/Estadual..... | 52 |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 55 |
| 7. COMENTÁRIOS FINAIS..... | 75 |
| 8. CONCLUSÕES:..... | 76 |
| 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA..... | 77 |
| 10. APÊNDICE A..... | 90 |
| 11. APÊNDICE B..... | 91 |
| 12. APÊNDICE C..... | 91 |
| 13 ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO..... | 91 |
| 14 ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 105 |
| 15 ANEXO 3: APROVAÇÃO DO PROJETO (COEP)..... | 107 |
| 16 ANEXO 4:FOLHA DE APROVAÇÃO..... | 108 |
| 17 ANEXO 5:ATA DE DEFESA..... | 109 |

1. 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 dentre 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 (BRASIL, 2001).

A violência é um fenômeno histórico-social presente em todas as sociedades. Para ser compreendida, deve ser analisada sob os aspectos sociais, políticos e econômicos e priorizada como um problema de saúde. Para o seu enfrentamento é necessário a disponibilidade de informações qualificadas e acessíveis sobre a ocorrência, magnitude, distribuição na população, o perfil das mulheres em situação de violência e dos agressores (CONASS, 2008).

O Relatório de 2002 da Organização Mundial de Saúde (OMS), categoriza o fenômeno da violência a partir de suas manifestações empíricas, tais como:

- **Violência auto infligida:** caracteriza por comportamento suicida e/ou de auto abuso.
- **Violência interpessoal:** são classificadas no âmbito intrafamiliar e o no âmbito comunitário. A violência intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos.
- **Violência coletiva:** violência cometida por grandes grupos ou por países, crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas (tribos).
- **Violência estrutural:** refere-se aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia dentre outras.

Ainda segundo a OMS (2002), a natureza da violência pode ser classificada em quatro modalidades de expressão: abusos ou maus-tratos, física, psicológica, sexual e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados.

“O termo abuso físico significa o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. A categoria abuso psicológico nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda, isolá-la do convívio social. A classificação abuso sexual diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexual e visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Por negligência ou abandono se entende a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados” (MINAYO 2006, p.82).

A OMS classifica como causas externas as mortes por violências, juntamente com as mortes por acidentes. Dados do Mapa da Violência 2013 demonstram que, de 1980 a 2011, as mortes por causas externas no Brasil tiveram um aumento de 28,5% sendo que, ao levantar os dados por tipo de causa, constata-se que os homicídios tiveram um aumento de 132,1%, seguido dos suicídios com 56,4% de aumento nos últimos 32 anos. (WAISELFISZ, 2013).

Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) de 2009-2011 apontam as mortes por causas externas como a terceira causa na população geral e a primeira na população de um a trinta e nove anos. 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, levando a sequelas que geram impacto direto na família e no sistema de saúde. Como as causas externas são atualmente no Brasil, a primeira causa de morte na população infantil (maior de um ano), adolescente e jovem, logo, pode-se prever a repercussão da violência, para toda a sociedade. (BRASIL, 2013).

Segundo Minayo (2005) 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.

“Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais.” (MINAYO, 2005, p.10).

Vieira *et al.* (2008), relata que a demanda de casos pelos serviços de saúde de violência contra a mulher é alarmante. O número de denúncias vem aumentando consideravelmente. Diante do cenário atual, profissionais e gestores precisam cada vez mais buscar conhecimento e preparo para abordar as mulheres em situação de violência, encaminhando-as para uma rede de atenção de forma responsável e humana.

Estudos mostram que mulheres em situação de violência, muitas vezes por desconhecimento por parte dos profissionais, não recebem uma assistência integral como deveriam, diante da complexidade que exige esta problemática. Muitas vezes há dificuldade de identificar os casos de violência e, quando se consegue comprovar, há um despreparo para realizar a conduta adequada e fazer os encaminhamentos necessários. A capacitação técnica e emocional para lidar com a violência ajuda na realização de uma escuta sensível e um acolhimento resolutivo e adequado. (PORTO, 2004; FREITAS, 2007).

De acordo com Moraes (2013), o enfrentamento da violência não é uma tarefa fácil, tornando-se um grande desafio no território nacional. Profissionais da saúde e profissionais de outras políticas públicas, que atendem casos de violência, ainda trabalham de forma desarticulada.

Na intervenção junto à mulher em situação de violência é essencial que se estabeleça uma abordagem intersetorial e coordenada, principalmente com o poder judiciário e policial. O setor saúde deve acolher as mulheres em situação de violência, buscando minimizar o trauma e evitar sequelas. É necessário o conhecimento das referências existentes, tanto no âmbito jurídico, policial, social e psicológico, como também das redes de apoio informal e organizações não governamentais (ONGs), para que o profissional possa dar continuidade ao cuidado e assim fortalecer a busca de alternativas para solucionar o problema (LETTIERE, 2008).

A identificação de mulheres em situação de violência é de extrema importância e o serviço de saúde é um dos principais locais de abordagem deste problema. Entretanto, o setor saúde nem sempre oferece uma resposta eficaz e acolhedora, limitando-se a cuidar dos sinais e sintomas, centrado no modelo biomédico ou realizando encaminhamentos sem acompanhar o percurso desta mulher que se encontra em grande sofrimento. Deve-se ressaltar que, muitas vezes, os profissionais não identificam os casos de violência contra a mulher, contribuindo para perpetuar o ciclo da violência. Por outro lado, gestores não investem em capacitação para melhorar este cenário, ocorrendo assim a diminuição da eficácia e efetividade dos serviços de saúde. (PORTO, 2004; SCHRAIBER, D OLIVEIRA, 1999).

O presente estudo surge aninhado ao projeto de âmbito nacional intitulado “Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência/Para elas. Por elas, por eles... Por nós”, que vem sendo executado pelo 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), em parceria com o Ministério da Saúde.

O Projeto “Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência/Para elas. Por elas, por eles...Por nós”, foi aprovado em dezembro de 2011, pelo Fundo Nacional de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, tendo como metas:

1. Realização de cinco seminários macrorregionais;
2. Realização de cursos de curta duração para 1350 profissionais em todo o país;
3. Realização de cursos de aperfeiçoamento para cerca de 60 profissionais multiplicadores;
4. Treinamento em serviço de 10 equipes para atenção à mulher do campo e da floresta;
5. Mapeamento das instituições;
6. Produção de material científico.

O lançamento do Projeto ocorreu no Seminário Macrorregional Sudeste, em Belo Horizonte, nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2013, no Campus da UFMG, com representatividade de todos os Estados. O Seminário teve um papel essencial de apresentar o projeto à sociedade. Foi um espaço de articulação e integração de profissionais e gestores, conseguindo a agregação e produção de conhecimento sobre o tema. Neste seminário, em reunião com os gestores e representantes de cada Estado, definiu-se o local dos próximos

Seminários Macrorregionais. Foi acordado naquele momento, a criação de comissões específicas para cada cidade sede, que auxiliariam na organização dos eventos.

Os Seminários Macrorregionais tiveram como objetivos:

1. Discutir o contexto da violência, as soluções propostas e as redes de atenção;
2. Realizar o mapeamento parcial da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência;
3. Apresentar e discutir os dados obtidos;
4. Compreender a percepção dos profissionais participantes sobre a violência e sobre o perfil das mulheres que se encontram nesta situação;
5. Propor ajustes no conteúdo dos cursos de acordo com as necessidades de cada macrorregião;
6. Propor critérios de seleção e perfil dos profissionais que irão participar do curso de multiplicadores;
7. Sensibilizar os gestores e gerentes para o desenvolvimento do projeto;
8. Constituir e divulgar o Fórum de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (BH);
9. Produzir conhecimento científico e publicações a partir dos seminários.

A metodologia utilizada nos Seminários foi: credenciamento de todos os participantes; mesas redondas; grupos focais; oficinas; plenárias para apresentação de propostas/produto; preenchimento dos questionários, reunião com a representação de cada Estado; montagem da colcha de retalhos (proposta de construção de rede).

Este estudo pretende 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. Pretende-se, também, identificar se os profissionais e gestores articulam com outros setores, e se o acesso aos diversos níveis de assistência à saúde está sendo oferecido, o que poderá contribuir para dar mais visibilidade ao tema, de modo a permitir a implementação de estratégias mais efetivas e o fortalecimento da rede de enfrentamento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Contextualização do enfrentamento da violência contra a mulher

A violência contra a mulher não escolhe raça, classes sociais, origens, escolaridade, sendo um fenômeno histórico que se apresenta de variadas formas: doméstica, psicológica, física, moral, sexual, patrimonial, institucional e tráfico de mulheres. (BRASIL, 2011).

A violência contra a mulher é considerada pela OMS como um problema de saúde pública, e disseminada em todo o mundo, sendo considerada uma violação fundamental dos direitos humanos. A violência contra a mulher passa a ser abordada como questão de saúde, com mais solidez no Brasil, a partir dos anos 90, época em que também toma força, internacionalmente, como questão de direitos humanos (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A conquista de políticas para o enfrentamento da violência contra a mulher vem ao longo de sua história marcada por movimentos sociais, conferências e convenções, que culminam em políticas públicas de governo (CONASS,2009). Ao longo da história, ocorreram convenções que propuseram ações de concessão dos direitos civis, humanos e políticos; convenções sobre a aquisição dos direitos trabalhistas para a mulher e convenções sobre as formas de discriminação e violência contra a mulher.

A primeira Conferência Mundial sobre a Mulher ocorreu na Cidade do México, em 1975, para que coincidisse com o Ano Internacional da Mulher. A Conferência reconheceu o direito da mulher à integridade física, à autonomia de decisão sobre seu corpo e o direito à maternidade opcional, algumas das principais reivindicações feministas. O ano de 1975 marcou um ponto de inflexão na história do movimento feminista internacional, passando a ser prioridade o envolvimento e a participação das mulheres nos processos de desenvolvimento. Cinco anos após em Copenhague, na Dinamarca foi realizado a Segunda Conferência Mundial que começa 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 (ESCOLA ABERTA DO FEMINISMO, 2013)

Em decorrência das discussões sobre as diversas formas de discriminação e violência contra as mulheres, foi organizada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women - CEDAW). A CEDAW, entrou em vigor em 1981 e 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 das mulheres. É um instrumento que trata dos direitos civis e políticos como também dos direitos econômicos, sociais e culturais. Destaca também por englobar mulheres de todas as idades e de todas as condições sociais e de saúde. (ONU, 2014a; ONU 2014b) A convenção pretendeu eliminar discriminação e assegurar a igualdade entre mulheres e homens e define a discriminação contra a mulher em seu artigo 1º:

“(…) 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” (ONU, 2014c; BRASIL, 2010 a, p.45).

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado pela Lei N° 7.353, de 29 de agosto de 1985, com o objetivo de promover políticas para eliminar a discriminação contra a mulher e ampliar a sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. 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 maior envolvimento de representantes da sociedade civil e do governo. (CNDM, 2004)

Ainda no ano de 1985 foi criada, em São Paulo, a primeira Delegacia da Mulher no Brasil. As delegacias da mulher são consideradas a principal política pública de combate e prevenção à violência contra a mulher no Brasil. Em 1986, foi fundada a primeira Casa-Abrigo no país, pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, denominada inicialmente de 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 elas pudessem continuar suas vidas. (CNDM, 2004)

Um marco histórico internacional a se destacar foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência que ocorreu em 1994, em Belém do Pará, a qual definiu violência contra as mulheres como sendo “ *todo ato ou conduta baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada*” (BRASIL 2004, p.9). Esta definição de violência contra a mulher rompeu com a separação equivocada entre o espaço público e o privado, no que se refere à proteção dos direitos humanos, pois reconhece que a violação dos direitos não se limita à esfera pública, mas também ao domínio privado, o que pela primeira vez traz à tona o problema da violência doméstica, que interessa a sociedade e ao poder público. (SOUZA *et al*, 2013; OBSERVE, 2013)

Em 2003 foi criada a Lei 10.683, que transformou a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, do Ministério da Justiça, em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 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. De acordo com a SPM, a partir de sua criação:

“...as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram fortalecidas por meio da elaboração de conceitos, diretrizes e normas, e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática. Até então, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíam, em geral, ações isoladas e referiam-se basicamente a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casa-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher” (BRASIL 2011c, p.7).

No ano seguinte, 2004, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM apresenta como objetivos gerais a preocupação com o enfrentamento da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, sobretudo por causas evitáveis e a:

“melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro” (BRASIL, 2004^a, p.67).

Neste mesmo ano ocorreu a 1.^a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM) em Brasília, tendo como resultado a aprovação de 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. Demanda, ainda, que a redução das desigualdades sociais por meio da ação pública considere a desigualdade de gênero, raça, etnia, geração, orientação sexual e das pessoas com deficiência. Reconhece, também, a importância do aporte do movimento feminista e de mulheres para a visualização desta desigualdade e propõe a necessidade de que o Estado desenvolva políticas que visem à igualdade e equidade, considerando as mulheres como sujeitas de direitos. (BRASIL, 2004a)

Em 2006, o governo brasileiro cumpriu o que determinaram a Recomendação Geral nº 19 do Comitê da CEDAW, a Convenção de Belém do Pará e a Constituição Federal de 1988, sendo então promulgada a Lei Maria da Penha. (SOUZA *et al*, 2013; OBSERVE, 2013)

A Lei nº 11.340, Lei Maria da Penha, foi sancionada em 2006, com o intuito de criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Ela prevê, ainda, medidas de assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, assim como medidas protetoras de urgência, aplicadas ao agressor. (BRASIL, 2006)

Tendo como direcionamento as resoluções da Convenção de Belém do Pará, a Lei Maria da Penha, define em seu artigo 5º a violência doméstica: “configura violência doméstica e familiar qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. Prosseguindo, ainda no art. 5º, é determinada a abrangência da violência doméstica:

“I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa” (BRASIL, 2006, p.)

A 2.^a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (II CNPM) foi realizada em Brasília, em 2007 com o objetivo de 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, numa perspectiva de ampliação

do acesso delas ao poder como questão central para construção de uma sociedade democrática e igualitária.

Neste mesmo ano, foi instituído o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher é um acordo federativo entre as três esferas do governo brasileiro (federal, estadual e municipal) para a construção de ações que possam consolidar a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, através de um conjunto de ações desenvolvidas entre 2008 e 2011. O Pacto Nacional apresentou, como objetivos específicos:

“Reduzir os índices de violência contra as mulheres; promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência, considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional” (BRASIL 2007, BRASIL 2011b, p.26).

Foi nesse contexto de grande mobilização das mulheres que a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) foi criada a partir do Decreto nº 7.393 de 2010. Ela consiste na disponibilização de número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. O Ligue 180 começou seu funcionamento em caráter experimental, em novembro de 2005, a partir de um acordo de cooperação técnica entre a SPM e o Ministério de Saúde e, em abril de 2006, o serviço passou a ser prestado integralmente pela SPM. (DECRETO Nº 7.393, 2010)

Em 2011 podemos destacar a 3.^a Conferência, que posicionou-se pelo fortalecimento da PNPM, a favor da manutenção, em nível federal, do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, que tem sido o principal instrumento de implementação da promoção da igualdade para mulheres em âmbito federal e destaca a relevância do Eixo 9 do PNPM, por compreender a insuficiência da estratégia para o enfrentamento do racismo, do sexismo e da lesbofobia nas políticas públicas e na sociedade brasileira. (BRASIL, 2007)

Embora as denúncias de violência contra as mulheres, no Brasil, tenham se iniciado na metade do século passado, estas se tornaram mais evidente 20 anos mais tarde, através de denúncias dos movimentos feministas, após o assassinato de mulheres de classe média por seus companheiros ou ex-companheiros, e por meio de ações que visavam evitar a absolvição dos assassinos com base no argumento da “legítima defesa da honra” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

Para investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil, o Congresso Nacional instalou, em 2012, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a violência contra a mulher. (CPMIVCM), “*com a finalidade de, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, 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*” (BRASIL, 2013, p.10).

A primeira parte do Relatório apresenta alguns antecedentes do legislativo em relação à situação da violência contra as mulheres, os marcos normativos nacionais e internacionais, dados sobre a situação da violência contra as mulheres, a Política de Enfrentamento e o Pacto Nacional. O relatório também faz uma análise da rede de serviços, violência no parto, discriminações múltiplas, dentre outros aspectos relacionados ao tema. Há um detalhamento da situação da violência contra as mulheres em cada estado brasileiro. Por último, são apresentadas conclusões e recomendações para o Executivo, o Judiciário e o Legislativo. (BRASIL, 2013)

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. Kiss e Schraiber (2011), mostram em seu trabalho que, 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.

2.2. Tipos, âmbitos e prevalência da violência contra a mulher nas macrorregiões brasileiras

Pesquisas de abrangência Nacional demonstram que a violência contra mulheres no Brasil é endêmica. No Sistema Único de Saúde (SUS) a violência física é preponderante e corresponde a 44,2% dos casos a partir de 15 anos de idade. A violência psicológica ou moral aparece em mais de 20% dos casos informados e 12,2% é de violência sexual (WAISELFISZ, 2012).

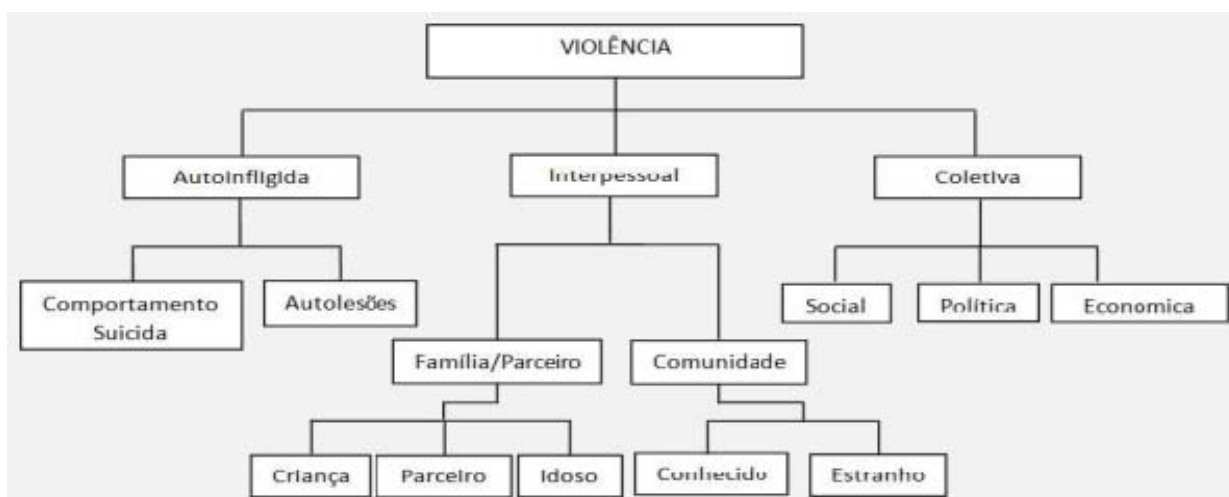
Mais de 92 mil mulheres foram assassinadas no Brasil nos últimos trinta anos, 43 mil delas só na última década. Dentre os 84 países do mundo, o Brasil ocupa a sétima posição com uma taxa de 4,4 homicídios, em 100 mil mulheres, atrás apenas de El Salvador, Trinidad e Tobago, Guatemala, Rússia e Colômbia (WAISELFISZ, 2012).

O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAM) em 2011, registrou 70.270 atendimentos de mulheres em situação de violência, sendo a residência o principal local nas situações de violência. Destaca que o evento morte vem crescendo entre as mulheres com distribuição diferente por Região do Brasil (WAISELFISZ, 2012).

Conforme o Mapa da Violência, 41% das mortes de mulheres ocorreram dentro de casa e em 68,8% dos atendimentos a mulheres em situação de violência, a agressão aconteceu na residência da mulher. O âmbito da violência nestes estudos reforça que o domicílio não é um lugar seguro para as mulheres em 80% dos casos. (WAISELFISZ, 2012)

A figura 1 mostra a classificação da violência de acordo com a OMS 2002

Figura 1: Classificação da violência



Fonte: OMS, 2002.

Esse modelo de classificação considera ainda em sua tipificação da violência o local de ocorrência do ato violento, a relação entre os envolvidos, autor e a mulher em situação de violência, os motivos que levaram ao ato, no caso da violência coletiva. Importante destacar que não existe um só fator que explique o que leva uma pessoa a ter comportamento violento e outra não (OMS, 2002).

Na tabela 1 observam-se as taxas de homicídio por unidade federada e por capital. O estado do Espírito Santo apresenta a maior taxa (9,6%) de homicídios em cada 100 mil mulheres, representando quase que o dobro da média nacional e quase quadruplica a taxa de Piauí, estado que apresenta o menor índice do país. (WAISELFISZ, 2012).

Tabela 1. Número e taxas de homicídio feminino (em 100 mil mulheres) por unidade federativa brasileira em 2010.

| Unidade Federativa | Nº | Taxa | Posição. |
|---------------------------|--------------|-------------|-----------------|
| Espírito Santo | 175 | 9,8 | 1º |
| Alagoas | 134 | 8,3 | 2º |
| Paraná | 338 | 6,4 | 3º |
| Pará | 230 | 6,1 | 4º |
| Mato Grosso do Sul | 75 | 6,1 | 5º |
| Bahia | 433 | 6,1 | 6º |
| Paraíba | 117 | 6 | 7º |
| Distrito Federal | 78 | 5,8 | 8º |
| Goiás | 172 | 5,7 | 9º |
| Pernambuco | 251 | 5,5 | 10º |
| Mato Grosso | 80 | 5,4 | 11º |
| Tocantins | 34 | 5 | 12º |
| Roraima | 11 | 5 | 13º |
| Acre | 18 | 4,9 | 14º |
| Rondônia | 37 | 4,8 | 15º |
| Amapá | 16 | 4,8 | 16º |
| Rio Grande do Norte | 71 | 4,4 | 17º |
| Sergipe | 45 | 4,2 | 18º |
| Rio Grande do Sul | 227 | 4,1 | 19º |
| Minas Gerais | 405 | 4,1 | 20º |
| Rio de Janeiro | 339 | 4,1 | 21º |
| Ceará | 174 | 4 | 22º |
| Amazonas | 66 | 3,8 | 23º |
| Maranhão | 117 | 3,5 | 24º |
| Santa Catarina | 111 | 3,5 | 25º |
| São Paulo | 671 | 3,2 | 26º |
| Piauí | 40 | 2,5 | 27º |
| Brasil | 4.465 | 4,6 | |

Fonte: SIM/SVS/MS

Estados como o Espírito Santo, Alagoas, Paraíba e Goiás, que se posicionam respectivamente na 1ª, 2ª, 7ª e 9ª colocações do ranking da taxa de homicídios femininos do Instituto Sangari. A Região Centro-Oeste, mesmo possuindo três de suas quatro Unidades da Federação na lista das 10 mais violentas (WAISELFISZ, 2013).

O Relatório da CPMI, 2013, registrou que os estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul são responsáveis por aproximadamente 22% de todos os Convênios estabelecidos com a SPM no período analisado (2003-2012). Estados como o Espírito Santo, Alagoas, Paraíba e Goiás, que se posicionam respectivamente na 1ª, 2ª, 7ª e 9ª colocações do ranking da taxa de homicídios femininos do Instituto Sangari, celebraram poucos convênios. O caso mais notável é o do Espírito Santo firmou apenas 13 Convênios em 10 anos de existência da Secretaria.

A Região Centro-Oeste, mesmo possuindo três de suas quatro Unidades da Federação na lista das 10 mais violentas contra a mulher, recebeu o menor número de convênios. O Relatório da CPMI 2013 levanta algumas hipóteses:

“se pode evidenciar o descaso com que os governos estaduais tratam a questão; a segunda pode revelar que os estados não encaminham projetos para obter recursos do governo federal porque não querem executar a política; a terceira pode demonstrar que os estados não têm condições de executar a política, isto é, baixa produtividade ou poder de execução de políticas de enfrentamento à violência contra a mulher” (BRASIL, 2013, p.67).

As tabelas 2 e 3 apresentam a distribuição dos 70.270 atendimentos do sexo feminino por violências registrados pelo SINAN no ano de 2011. Conforme já descrito por diversos artigos, podemos observar que em todas as faixas etárias, o local de residência da mulher é o que decididamente prepondera nas situações de violência, especialmente até os 10 anos de idade e a partir dos 30 anos da mulher. Esse dado, 71,8% dos incidentes acontecendo na própria residência da mulher em situação de violência, permite entender que é no âmbito doméstico onde se gera a maior parte das situações de violência vividas pelas mulheres.

Tabela 2 - Número de atendimentos por violência física segundo local de ocorrência da agressão e faixa etária. Sexo Feminino Brasil, 2011.

| Local de ocorrência | Faixa etária (em anos) | | | | | | | | | | Total |
|-----------------------|------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | <1 | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 e + | |
| Residência | 1.06 | 2.355 | 2.49 | 4.582 | 5.100 | 10.091 | 8.647 | 4.937 | 2.296 | 2.185 | 43.747 |
| Habitação Coletiva | 9 | 13 | 19 | 53 | 59 | 76 | 60 | 27 | 13 | 23 | 352 |
| Escola | 13 | 83 | 126 | 366 | 212 | 62 | 51 | 32 | 18 | 3 | 966 |
| Local esportivo | 3 | 6 | 6 | 43 | 45 | 48 | 18 | 12 | 5 | 2 | 188 |
| Bar ou Similar | 9 | 5 | 14 | 97 | 234 | 441 | 323 | 156 | 56 | 16 | 1.351 |
| Via pública | 114 | 129 | 190 | 942 | 1.949 | 2.946 | 1.865 | 858 | 328 | 192 | 9.513 |
| Comércio/Serviços | 43 | 20 | 24 | 58 | 116 | 279 | 174 | 105 | 60 | 23 | 902 |
| Indústrias/construção | 1 | 4 | 4 | 28 | 24 | 32 | 25 | 12 | 5 | 0 | 135 |
| Outros | 308 | 360 | 260 | 591 | 633 | 758 | 452 | 224 | 111 | 104 | 3.801 |
| Ignorado/em branco | 294 | 493 | 341 | 880 | 1430 | 2540 | 1785 | 918 | 374 | 260 | 9315 |
| Total | 1.85 | 3.468 | 3.47 | 7.640 | 9.802 | 17.273 | 13.400 | 7.281 | 3.266 | 2.808 | 70.270 |

Fonte: SINAN/SVS/MS

Tabela 3 – Porcentagem de atendimentos por violência física segundo local de ocorrência da agressão e faixa etária. Sexo Feminino Brasil, 2011.

| Local de ocorrência | Faixa etária (em anos) | | | | | | | | | | Total |
|-----------------------|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | <1 | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 e + | |
| Residência | 68 | 79 | 80 | 68 | 61 | 69 | 74 | 78 | 79 | 86 | 72 |
| Habitação Coletiva | 0,6 | 0,4 | 0,6 | 0,8 | 0,7 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,9 | 0,6 |
| Escola | 0,8 | 2,8 | 4 | 5,4 | 2,5 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,1 | 1,6 |
| Local esportivo | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,6 | 0,5 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,3 |
| Bar ou Similar | 0,6 | 0,2 | 0,4 | 1,4 | 2,8 | 3 | 2,8 | 2,5 | 1,9 | 0,6 | 2 |
| Via pública | 7,3 | 4,3 | 6,1 | 13,9 | 23 | 20 | 16 | 13,5 | 11,3 | 7,5 | 16 |
| Comércio/Serviços | 2,7 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 1,4 | 1,9 | 1,5 | 1,7 | 2,1 | 0,9 | 1,5 |
| Indústrias/construção | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0 | 0,2 |
| Outros | 19,7 | 12,1 | 8,3 | 8,7 | 7,6 | 5,1 | 3,9 | 3,5 | 3,8 | 4,1 | 6 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: SINAN/SVS/MS *Excluído os casos em branco/ignorados

2.3. O cuidado à mulher em situação de violência e a articulação da rede.

D'Oliveira *et al.* (2009), pontua em seu artigo que, embora os serviços de saúde sejam mais demandados pelas mulheres em situação de violência a resolutividade destes serviços é baixa. Os profissionais de saúde sentem-se impotentes para abordagem do problema e o

Sistema, cujo custo com as demandas geradas pelas situações de violência é elevado, tem resultados pouco efetivos (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

“A redução dos problemas apresentados pela mulher em situação de violência, ou seja, a abordagem, pelos serviços de saúde, somente do ponto de vista biomédico, tratando questões que são também sociais como patologias que se manifestam no organismo, é vista como uma das dificuldades para a abordagem do problema pelos serviços de saúde” (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Em outro estudo, profissionais reiteraram a invisibilidade da violência nos serviços, sugerindo que não investigam casos no cotidiano assistencial. Alegaram muitas dificuldades, entre elas, o silêncio da própria mulher. Mas o silêncio é visto como um problema não só da mulher, mas também do profissional, que muitas vezes não aborda este tema. Em seus relatos, a tentativa de obter uma espécie de “confissão” seria tão trabalhosa que se tornaria um grande problema, ou seria, de vez, inviável no seu contexto de trabalho. Ademais, a natureza doméstica e privada da violência contra mulheres contribui para recusá-la como alvo assistencial (KISS, SCHRAIBER 2011; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 1999).

“Observa-se dificuldade no acolhimento a mulher em situação de violência tanto por profissionais que trabalham nas Unidade de Saúde da Família e em Unidade de Pronto Socorro. Em ambos os serviços os profissionais reconhecem e identificam o problema, principalmente na APS não abordam. Na APS falta melhorar a escuta, a realização de encaminhamentos necessários e o acompanhamento dos casos. Já na unidade de urgência a forma rápida de atendimento impede muitas vezes o estabelecimento de diálogo e encaminhamentos mais efetivos” (SANTOS *et al.*, 2014 e VIEIRA 2009).

A abordagem da mulher em situação de violência, além de provocar constrangimento, faz os profissionais se sentirem impotentes diante da complexidade dos casos. Os mesmos relatam a necessidade de receber uma capacitação que os habilite a realizar uma intervenção de forma integral para valorizar tanto os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nesta abordagem, existe também uma barreira pessoal, que os impede de agir adequadamente, sentindo-se temerosos frente às atitudes que as mulheres em situação de violência podem vir a tomar, ou por medo da reação do agressor. Apontam ainda que outros fatores como falta de tempo, falta de estrutura do sistema e a falta de capacitação dos outros órgãos envolvidos na rede de apoio reforçam esta barreira (MOREIRA *et al.*, 2008; FERRANTE, SANTOS, VIEIRA, 2009).

As mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, porém os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento. Entretanto, parece existir uma diferenciação no encaminhamento dos casos: as situações de violência doméstica ou sexual têm indicação para serviços de saúde mental, enquanto os outros tipos de violência não têm a mesma indicação, o que o autor chama de “psicologização” do problema da violência (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA, 1999).

Como estratégias para o enfrentamento do problema pelo setor saúde são apontadas a necessidade de informações sobre a questão, chamando a atenção para a importância da notificação, o estímulo ao trabalho em equipe, garantia do sigilo e privacidade e adoção de condutas respeitadas, sem julgamentos prévios, frente ao acionamento da rede intersetorial (D’OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Quadros *et al.* (2013) destacam que a notificação dos casos de violência é de grande importância, pois é por meio da notificação que a violência ganha visibilidade, permitindo assim o real dimensionamento epidemiológico do problema e a criação/implementação de políticas públicas voltadas à sua prevenção e enfrentamento. Mas mesmo diante desta importância D’Oliveira *et al.*(2009) relatam que a notificação e monitoramento dos casos e ações de promoção e prevenção ainda são relativamente incipientes

Estudo realizado no Paraná, em uma instituição de ensino que possui atendimento de referência para situações de violência sexual doméstica e intrafamiliar contra crianças, adolescentes e mulheres que necessitam de atendimento médico-hospitalar, mostrou que este serviço consegue realizar de forma adequada o manejo clínico e laboratorial conforme recomendação do Ministério da Saúde. Porém, há uma grande lacuna em relação a notificação e acompanhamento dos casos. (BELENTANI *et al.*,2012)

Reichenheim (2006) relata que os serviços de saúde não desenvolvem ações articuladas com os serviços de atendimento psicossocial da rede de atendimento à mulher, resultando em ações independentes e ineficazes. Conhecer esses serviços e fazer os necessários encaminhamentos é um passo importante para identificação do problema e de seu enfrentamento. Outra dificuldade indicada foi a grande demanda dos serviços de saúde, o que impõe atendimento rápido e que esteja focalizado nos sintomas apresentados, não havendo um

aprofundamento das causas. Além disso, existe um limitado número de profissionais para atender a população usuária dos serviços de saúde, comprometendo o atendimento eficaz.

Há uma dificuldade por parte dos profissionais em realizar encaminhamentos, muitas vezes por desconhecimento de serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência. Para o atendimento da demanda da violência sexual feminina, ainda não se encontra um fluxo claro a ser percorrido, sendo confundida pelos diversos profissionais dos setores envolvidos, sejam os da área jurídica, policial ou da saúde, surgindo entre eles uma grande dúvida a respeito de qual o melhor lugar para acolher as demandas e necessidades relacionadas com a violência sexual contra a mulher (KISS, SCHRAIBER, 2011; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 1999).

É fundamental assinalar que o enfrentamento da violência de gênero não pode prescindir, no setor Saúde, da prevenção primária que costuma ser obscurecida pela importância de diversos programas que, compreensivelmente, procuram lidar com as consequências imediatas e inúmeras da violência (KRUG *et al.*, 2002, p. 112). Hoje, a inflexão do modelo assistencial para o paradigma da Saúde da Família, torna os programas desse tipo de crucial importância para a democratização das relações de gênero e para a prevenção da violência contra a mulher (CAVALCANTI, MINAYO, 2004).

A presidente da CPMI destacou uma preocupação quanto a falta de compreensão dos gestores públicos, municipais e estaduais, sobre o papel da comissão, sua importância para o amadurecimento da aplicação da Lei Maria da Penha e como ela poderia contribuir para melhoria dos serviços prestados para a atenção à mulher em situação de violência (MORAES, 2013).

A mulher em situação de violência busca o sistema de saúde de diferentes formas. A violência acometida a ela se manifesta de forma aguda e crônica e para que sejam assistidas de forma integral e com qualidade os gestores tem um papel importante neste processo. Os gestores precisam compreender as características e necessidades da mulher em situação de violência para que possam planejar e executar políticas de saúde adequadas a realidade. A violência eleva o custo do sistema por diversos âmbitos, mas também por muitas vezes não ser resolutivo e a mulher volta a demandar sistematicamente os mesmos serviços de saúde. Por isso, reorganizar os serviços e investir em capacitação profissional potencializa e melhora

a efetividade do atendimento (KISS, SCHRAIBER 2011; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 1999)

2.4. A rede de enfrentamento à violência contra a mulher

Segundo Mendes (2010), “*as redes de atenção são formadas por um conjunto de serviços articulados, que realizam desde a atenção primária à saúde até os serviços mais especializados, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado*”. A Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é a articulação de ações organizadas entre o Governo Federal, Governos Estaduais, Distrito Federal e Municípios, Organizações da Sociedade Civil, Entidades de Classes, Instituições de Ensino Superior e Comunidades para o desenvolvimento de estratégias globais no enfrentamento das diversas faces da violência.

Para analisar uma rede é necessário conhecer todos os espaços e junções da rede identificando as lideranças, pessoas com características de mediação, os atores mais envolvidos e os menos interessados e que muitas vezes se sentem excluídos. Também é importante entender como ocorre as interações e de que natureza são compostas. Sendo a rede composta por pessoas, recursos, percepções e regras, que devem ser analisadas segundo esses elementos (TEIXEIRA, 2007).

Segundo o documento Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (2011):

“O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas 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”. (BRASIL, 2011d, p.13).

A Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher envolve setores governamentais e não governamentais responsáveis pela formulação, fiscalização e execução de políticas que garantam direitos das mulheres, bem como ações de prevenção, garantia dos

direitos das mulheres envolvendo atores governamentais e da sociedade civil organizada. Compõem esta rede os organismos governamentais de Políticas para Mulheres e os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Direitos das Mulheres. Inserida na rede de enfrentamento está a rede de atendimento, conceituada como:

“Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento. Assim, é possível afirmar que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência é parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.” (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011d, p. 14).

Compõem a Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência as áreas da Saúde, Justiça, Segurança Pública e Assistência Social divididas em duas principais categorias de serviços:

- 1) Serviços não-especializados de atendimento à mulher - compostos pelos hospitais gerais, unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde, estratégia saúde da família, delegacias comuns, polícias militar e federal, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Defensorias Públicas. Estes serviços, na maioria das vezes, são as portas de entrada da mulher na rede;
- 2) Serviços especializados de atendimento à mulher - voltados para o atendimento exclusivo de mulheres em situação de violência. São os serviços de abrigo [Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagens)]; Centros de Atendimento à Mulher em situação de Violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher, serviços de saúde de referência para o atendimento à mulher em situação de violência sexual e doméstica); DEAM, Postos ou Seções da Polícia de Atendimento à Mulher, Núcleos/Defensorias Públicas Especializados de Atendimento à Mulher, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (ligue 180 e similares em alguns Estados), Ouvidoria da

Mulher, Postos de Atendimento Humanizado aos Migrantes, Núcleos de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.

Lettiere (2008) reforça que é necessário o conhecimento das referências existentes, tanto no âmbito jurídico, policial, social e psicológico, como também das redes de apoio informal e ONGs, para que o profissional possa dar continuidade ao cuidado e assim fortalecer a busca de alternativas para solucionar o problema.

Para que a rede seja de fato acessada de forma articulada e intersetorial, em todos os serviços de saúde é necessário que exista um repertório ou um mapeamento da rede existente, seja localmente, no território regionalizado, seja no município a que pertence como um todo. Este mapeamento se dá em forma de guias de serviços e recursos locais. É importante que, para além da operação do objeto parcelar de cada serviço, esteja presente em todos os serviços a consciência das outras ações acopladas e dos outros profissionais com quem haverá a interação, garantindo que a escuta interessada e a reflexão crítica estejam sempre presentes (D'Oliveira *et al.*, 2009)

Os profissionais da saúde e de outras políticas públicas que atendem casos de violência ainda trabalham de forma desarticulada (Moraes, 2013), mas segundo o Relatório sobre o Progresso das Mulheres no Brasil observa que de 2003 a 2010 avanços significativos podem ser observados no enfrentamento à violência contra mulheres, que se traduzem na mudança da legislação, produção crescente de estudos e dados estatísticos sobre a incidência da violência contra as mulheres, na criação de serviços públicos especializados de atendimento, além da adoção de planos nacionais para enfrentar o problema. (BARSTED, 2011)

Santos *et al.* (2014) em seu artigo concepções e práticas de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher ao entrevistar profissionais da Equipe de saúde da família eles destacam a necessidade da criação de serviços de apoio às mulheres em situação de violência: “*Deveria existir um local de apoio, onde acolhesse essas mulheres, como outras cidades já existem.*” A pesquisa mostra o desconhecimento por parte dos profissionais dos serviços existentes na cidade, como o Centro de Atendimento às Vítimas de Violência (CEAV); o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS); o Centro de Referência Especializado e Assistência Social (CREAS); a Secretaria Municipal de Assistência Social

(SEMAS); e os serviços especializados: a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e a Casa da Mulher. (SANTOS *et al*, 2014)

A pesquisa de Santos *et al.*(2014), destaca que apesar dos profissionais considerarem um problema relevante, o enfrentamento da violência contra a mulher não compõe de forma efetiva as intervenções profissionais. Depreende-se dos depoimentos que os profissionais de saúde têm conhecimento incipiente sobre os serviços que compõem a rede de atendimento, inclusive quando não se reconhecem como integrantes dessa rede corroborando com estudos de Moreira *et al.* (2008), que aponta em seu estudo sobre o precário conhecimento sobre a rede de apoio local constitui-se em uma fragilidade do serviço e demonstra que a equipe de saúde não está preparada para acolher e encaminhar as usuárias de modo adequado. Isso impede que as mulheres recebam apoio multiprofissional que contribua para reflexão sobre sua condição, levando-as a reconhecer seus direitos, além de resgatar sua auto-estima, o que limita a possibilidade do rompimento do ciclo da violência. (MOREIRA *et al.*,2008)

No Relatório que sintetizou os trabalhos da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (2013), é apontada como uma das primeiras dificuldades encontradas para a realização dos trabalhos da Comissão a falta de informações unificadas sobre como estão sendo realizadas as ações de prevenção, proteção e punição, no que diz respeito à violência contra a mulher. Destaca-se:

“Não há uma estrutura em “rede” entre os órgãos especializados que possa garantir a articulação e sintonia para dar efetividade às ações. Não há órgão que centralize as informações referentes ao trabalho realizado pelas diferentes unidades da cadeia de atendimento, proteção e punição. Não se sabe, por exemplo, se as Medidas Protetivas solicitadas foram concedidas e sequer se foram efetivadas” (MORAES, 2013).

O relatório da CPMI realizou um 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 destes equipamentos que se concentram nas capitais e regiões metropolitanas. Os serviços de abortamento e de atendimento à violência sexual, são reduzidos em todo o país dificultando o acesso e restringindo o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2013).

A CPMI constatou ainda que além de existir poucos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência de violência sexual, estes não são do conhecimento dos demais serviços da rede de atendimento, da maioria dos profissionais da área de segurança, e, tão pouco, das mulheres (BRASIL, 2013).

A existência de uma rede não pode significar a transformação de cada ponto dela em apenas um centro de triagem ou encaminhamento para os demais. É necessário estabelecer fluxos e formas de referência e contra referência estabelecida não enquanto acordos das relações pessoais, mas sim de algo pactuado entre os níveis de gestão. Quando houver a necessidade de encaminhar a mulher em situação de violência, algo importante a se considerar é o processo de comunicação, onde os profissionais da saúde tendem avaliar a violência contra a mulher como sofrimento e patologias, e advogados e delegados como crime e lei. Para que a comunicação seja estabelecida de forma efetiva, “é importante operar traduções com a mulher usuária e entre os profissionais dos serviços envolvidos” (D’Oliveira *et al.*, 2009).

Várias são os desafios de se trabalhar em rede e uma das maiores dificuldades é a sua fragilidade, instabilidade e dimensionamento em alguns casos inferior a necessidade. De um lado, sua fragilidade está dada no intenso movimento de fechamentos e aberturas de serviços, em boa parte devido ao fato de que as políticas públicas acabam sendo transformadas a cada novo governo, comprometendo a estabilidade e adensamento da rede. De outro, as propostas de abertura não necessariamente levam em conta os dimensionamentos dos casos, como estudos de prevalência, perfis de uso dos serviços pela possível clientela, dentre outros fatores. (D’Oliveira *et al.*, 2009)

Do ponto de vista da gestão:

“[...] as redes têm sido vistas como a solução adequada para administrar políticas e projetos onde os recursos são escassos e os problemas complexos; onde existem múltiplos atores envolvidos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, bem como uma crescente demanda por benefícios e participação cidadã” (TEIXEIRA, OUVENEY, 2007, p. 10).

Assim, a proposta das estruturas em redes interorganizacionais demonstra ser a que melhor atende à demanda de maior eficiência e eficácia da gestão do Estado para a

implantação de políticas públicas que atendam às necessidades da sociedade. Estudos de estruturação em redes de atenção à saúde em vários países (Estados Unidos, Canadá, Europa) apresentam evidências de que essa estruturação em redes “melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2010, p. 125).

3. JUSTIFICATIVA

Compreender o fenômeno da violência é um grande desafio. O interesse em estudar este tema veio após a participação ativa do Projeto **PARA ELAS – Por Elas, por Eles, por nós**, onde fiz parte da equipe de organização dos Seminários Macrorregionais e estive presente em quatro dos cinco Seminários.

Foi a partir da observação e vivência de todas as etapas dos seminários que me propus a aprofundar o conhecimento de como os profissionais realizam o cuidado a mulher em situação de violência por macrorregião brasileira, a fim de trazer subsídios para a melhoria da assistência.

Outra importante questão é destacar o perfil de violência contra as mulheres, por macrorregião brasileira na percepção dos participantes destes Seminários para subsidiar na criação de estratégias de enfrentamento deste grave problema de saúde pública.

Sabemos que diante da grande complexidade do tema a saúde não consegue enfrentar este problema sozinha e por isso, verificar se este setor articula com outros serviços da rede é de grande relevância tão quanto identificar se os municípios/estados estão desenvolvendo estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher para que os gestores se comprometam com a sociedade na construção e garantia da cultura de paz.

Esse estudo apresenta-se como uma possibilidade de repensarmos nossas práticas cotidianas enquanto profissionais da saúde e cidadãos, de repensarmos os paradigmas no atendimento à mulher em situação de violência nos comprometendo a aperfeiçoar nossa assistência, nossas condutas, visando e contribuindo para uma sociedade mais humana e solidária

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

- Conhecer como se dá o cuidado na Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência por macrorregião brasileira na percepção dos profissionais participantes dos Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles...Por Nós.

4.2. Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos profissionais participantes destes Seminários Macrorregionais, a partir das categorias sócio demográficas, formação e local de atuação.
- Identificar se o setor saúde articula e encaminha para os outros serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência por macrorregião brasileira.
- Identificar se os municípios/estados estão desenvolvendo estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher, na percepção dos profissionais e gestores participantes destes Seminários por região brasileira.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Tipo de Estudo

Trata-se de estudo transversal exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa em âmbito Nacional. Propõe o desenvolvimento de procedimentos de pesquisa com a utilização de entrevistas semi-estruturadas com os participantes dos cinco Seminários Macrorregionais, tendo como eixo temático o cuidado na Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência.

O estudo foi realizado vinculado ao do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles...Por Nós do departamento de Medicina e Preventiva Social/Faculdade de Medicina da UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde.

5.2. Local de Estudo

Os Seminários Macrorregionais, descritos na tabela 4, ocorreu no período de fevereiro de 2013 a abril de 2014. A escolha pela realização da coleta de dados nos seminários se deu pela possibilidade de maior concentração de pessoas estratégicas e atuantes na rede de enfrentamento a mulher em situação de violência.

Tabela 4: Dados dos Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles... Por Nós

| Seminários | Local | Data da Ocorrência | Número de Participantes |
|---------------------|--------------|------------------------------|--------------------------------|
| Sudeste | BH | 21 e 22 de fevereiro de 2013 | 342 |
| Nordeste | Salvador | 09 a 10 de maio de 2013 | 88 |
| Norte | Palmas | 27 e 28 de junho de 2013 | 140 |
| Sul | Curitiba | 17 e 18 de setembro de 2013 | 95 |
| Centro Oeste | Goiânia | 10 e 11 de abril de 2014 | 101 |
| Total | | | 766 |

Fonte: Programação dos Eventos no Site do Projeto Para Ela (<http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>)

5.3. Participantes do Estudo

Os participantes foram 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 2 ou 3 profissionais da área técnica da saúde da mulher, que tem a responsabilidade de propor, organizar e implementar cuidados de saúde à mulher, dentre eles, o enfrentamento da violência. O convite foi encaminhado às coordenações de cada estado e capital, a partir da relação que constava na Coordenação Geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde como referência para a área, e estas repassaram o convite para a referência para a abordagem da violência contra a mulher. As passagens e a estadia dos participantes do estudo foram custeadas pelo Ministério da Saúde/OPAS.

Também participaram desses Seminários gestores de Municípios de Territórios da Cidadania, do Campo e da Floresta, ao todo 10, espalhados nas macrorregiões brasileiras. Ainda participaram profissionais de setores que lidam com o enfrentamento da violência contra mulher das Capitais e do Estado que sediaram o evento e 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 cinco Seminários Macrorregionais, e 396 responderam ao questionário. Podemos inferir que a perda no número de respondentes em relação ao total de participantes pode ter ocorrido em decorrência da metodologia utilizada que foi aplicar o questionário logo após a abertura do seminário. Pessoas que chegaram atrasadas ou participaram somente no segundo dia do evento não responderam ao questionário. O Seminário Sudeste foi a abertura oficial do Projeto que contou com representantes de todos os outros macrorregionais e as pessoas que responderam em 2 seminários foi considerado o questionário respondido primeiro.

Dos respondentes, 301 foram validados para a pesquisa, respeitando o critério de inclusão: assinatura do 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 entregue fora da data determinada (3); participantes não profissionais de saúde e também sem atuação na rede de enfrentamento da violência (22); respondentes que não assinaram o TCLE e sem identificação (17); estudantes (13); questionários duplicados (36); questionários em branco e/ou taxa de resposta menor que 70%. O universo do estudo foram os participantes dos Seminários que responderam ao questionário dentro dos critérios de inclusão.

5.4. Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi construído e adaptado para atender ao Projeto Para Elas, composto por 47 questões (41 questões fechadas e 05 questões abertas) com tempo médio de aplicação de 45 minutos sendo subdividido em três seções (Apêndice 1). A tabela 5 mostra a subdivisões dos questionários.

Tabela 5 – Subdivisões dos questionários

| | |
|----------------|--|
| Seção A | Informações gerais dos participantes |
| | Formação |
| | Trabalho |
| Seção B | A Rede de atenção e enfrentamento da violência |
| Seção C | Opinião do participante sobre as questões de gênero. |

Os questionários foram revisados e digitados duplamente por pessoas diferentes para reduzir erros e otimizar as informações. Realizaram-se procedimentos para a limpeza e consistência do banco de dados.

5.5. Análise dos Dados

Os resultados obtidos foram transcritos e analisados identificando as ideias centrais e os aspectos relevantes sobre o tema estudado com técnicas quantitativas por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences-SPSS (versão 20.0).

Foi calculada a distribuição de frequência simples das variáveis independentes. Os resultados do estudo foram expressos por meio de distribuição de frequência, medidas de tendência central, mediana e média, medidas de dispersão e análise de correspondência.

5.6. Aspectos Éticos

O Projeto Para Elas, do qual o estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG (projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149) em dezembro de

2011, pelo Fundo Nacional de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. (Anexo 1)

Aos profissionais participantes foram fornecidas orientações a respeito do estudo, incluindo a confidencialidade e aspectos voluntário de participação em seguida foram assinados os termos de consentimento livres e esclarecidos (anexo 2)

5.7. Variáveis do Estudo

As variáveis do estudo buscam informações que permitiam conhecer como se dá o cuidado na rede de atenção a mulher em situação de violência por macrorregião brasileira, o perfil dos participantes dos seminários, tipos e âmbito da violência contra a mulher, descrevendo sobre a articulação e encaminhamento dos diversos setores e formações.

5.7.1. Variáveis Independentes

5.7.1.2.. Identificação

- **Idade:** no momento da entrevista, em anos completos
- **Sexo:** masculino ou feminino
- **Estado civil:** Foi realizado recodificação unindo os dados de divorciado/separado/viúvo
- **Cor/Raça:** autodeclarada, considerando a classificação do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE).
- **Local do Seminário de realização do estudo:** nome da cidade ou Estado

5.7.1.3. Formação

- **Formação do entrevistado:** Foi realizado recodificação permanecendo curso superior e pós-graduação

5.7.1.4. Trabalho

- **Instituição:** instituição onde o entrevistado trabalha.

5.7.2. Variáveis dependentes

5.7.2.1. Tipos de violência e âmbito de ocorrência.

As variáveis tipos de violência e âmbito de ocorrência, apresentou-se no questionário com múltipla resposta, ou seja, permitia ao respondente que marcasse mais de uma opção. No banco de dados cada alternativa foi transformada em uma pergunta, com resposta sim, não e não sei. As opções de respostas dadas para o tipo de violência foram: agressão física; agressão verbal; agressão moral ou psicológica; agressão sexual; negligência e ou abandono; não sei. Em relação ao âmbito dos casos de violência as opções foram: violência comunitária; violência doméstica; violência institucional; violência estrutural; não sei. Foi aplicada a análise de correspondência para as duas variáveis.

A análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada utilizada para análise descritiva exploratória de dados avaliando associação entre variáveis qualitativas ou contínuas categorizadas. Esta técnica é adequada para análise de tabelas de contingência com duas ou mais entradas considerando algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. As categorias de cada variável terão seus resultados não negativos apresentados em forma de gráfico em que podem ser observadas as relações entre as variáveis por meio da distância entre os pontos desenhados. Nas linhas estão as variáveis independentes e nas colunas as variáveis dependentes (CARVALHO; STRUCHINER, 1992).

Esta metodologia possibilita o estudo das relações e semelhanças existentes entre as categorias de linhas e categorias de colunas de uma tabela de contingência e entre o conjunto de categorias de linhas e o conjunto de categorias de colunas. A AC mostra se existe relação entre as variáveis colocadas em linhas e colunas e como estas variáveis estão relacionadas, sem necessidade de “[...] designar uma estrutura causal nem assumir a priori uma distribuição de probabilidades, sendo apropriada no estudo de dados populacionais no sentido de uma técnica não inferencial” (MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007).

5.7.2.2. Atendimento, abordagem, seguimento e encaminhamento dos casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher

- Durante o atendimento à mulher você já teve algum caso em que tenha suspeitado de violência cometida contra ela?
 - Para esta questão as opções dadas foram: Sim, não, em branco e não se aplica.
- Você já atendeu alguma mulher em situação de violência?
 - Para esta questão as opções dadas foram: Sim, não, em branco e não se aplica.
- Qual foi sua atitude frente à suspeita?
- Qual foi sua atitude frente a mulher em situação de violência?
 - Para ambas as perguntas foi utilizado as seguintes variáveis, com as seguintes opções: Sim, não, em branco e não se aplica.
- Utilizou se apenas as respostas dos profissionais se já haviam atendido algum caso em que suspeitassem ou algum caso confirmado de violência cometida contra a mulher.
 - Abordou a situação da violência?
 - Notificou?
 - Discutiu o caso com a equipe?

- Agendou retorno?
- Fez seguimento da mulher?
- Como?
 - Foi recodificada para serviço do setor saúde, judiciário, segurança, assistência social, mais de um serviço de diferentes setores afins. Em branco e não se aplica.
- Encaminhou? Para onde?
 - Foi recodificada para serviço do setor saúde, judiciário, segurança, assistência social, mais de um serviço de diferentes setores afins. Em branco e não se aplica para dados ausentes.

5.7.2.3. Articulação e identificação dos serviços da rede

- Para a atenção a mulher em situação de violência o setor saúde se articula com:
 - Delegacias de mulheres, Secretaria de Defesa Social, Secretaria de Justiça, Secretaria de Assistência Social, Entidades de proteção a mulher, Secretaria de Direitos Humanos, Movimentos feminista e outros.
 - Utilizou se apenas as respostas dos profissionais se já haviam atendido algum caso em que suspeitassem ou algum caso confirmado de violência cometida contra mulher e para qual serviço encaminharam esta mulher.

5.7.2.4. Aspectos relacionados a gestão Municipal/Estadual

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas quantitativas referentes as políticas de enfrentamento da violência pela gestão municipal e estadual, construiu-se um indicador de enfrentamento da violência com as seguintes variáveis:

- V1: O Município prevê acesso na atenção primária a mulher em situação de violência?
- V2: O Município prevê acesso em serviço especializado a mulher em situação de violência?
- V3: O Município prevê acesso ao cuidado hospitalar a mulher em situação de violência?
- V4: A Gestão Municipal/Estadual de Saúde estabelece estratégias de referência e contra - referência para a atenção a 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?

A expressão para o cálculo do indicador de enfrentamento da violência (IEV) ficou definida assim:

$$IEV = \sum_{i=1}^8 V_i$$

Esse indicador foi padronizado para que assumissem valores na escala 0-1. A padronização adotada está apresentada na equação abaixo:

$$IEVpad_t = \frac{IEV_t - \min(IEV)}{\max(IEV) - \min(IEV)}$$

É importante notar que quanto mais próximo de 1 for o IEVpad significa a existência de mais políticas de enfrentamento da violência segundo a opinião do entrevistado.

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis quantitativas. Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski et al. (2004).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados na forma de artigo a ser publicado em revista científica, intitulado: **O cuidado da mulher em situação de violência na percepção de profissionais e gestores de saúde das macrorregiões brasileiras**

COLABORADORES

Renata Mascarenhas Bernardes e Victor H. Melo trabalharam na concepção e no delineamento do estudo; na análise do estudo e interpretação dos dados; redação e revisão crítica geral da pesquisa e dos resultados apresentados além da análise e interpretação estatística.

Victor H. Melo e Elza M. Melo trabalharam na revisão crítica geral da pesquisa e dos resultados apresentados.

Ricardo Tavares e Júlia Guimarães trabalharam no banco de dados e na concepção e delineamento da análise estatística do estudo respectivamente.

O cuidado da mulher em situação de violência na percepção de profissionais e gestores de saúde das macrorregiões brasileiras

Care of women in violence situation among professionals and health manager's perception in
Brazilian macro regions

Renata Mascarenhas Bernardes¹

Elza Machado de Melo²

Ricardo Tavares³

Júlia Guimarães⁴

Victor Hugo Melo⁵

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 destes profissionais; 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, com a utilização de entrevistas semiestruturadas. Este estudo advém das informações coletadas em 301 questionários aplicados em cinco seminários macrorregionais. O público alvo foram trabalhadores e gestores da saúde e profissionais da rede de enfrentamento a violência contra a mulher, que participaram em cinco seminários macrorregionais. **Resultados:** A maior prevalência de atendimentos de casos de violência foi a física e o âmbito doméstico é o local de maior 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% realizou encaminhamento para outros setores. Aproximadamente 50% dos respondentes avaliaram que Estados e Municípios realizam estratégias de enfrentamento através de: previsão de acesso aos serviços de saúde, estratégias de referência e contra referência, 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 através 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 a 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 a 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 dentre 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, 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 uma tarefa fácil, tornando-se um grande desafio no território nacional. Profissionais da saúde e profissionais 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 Neste 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 Preventiva e 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 maior 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 2 ou 3 profissionais da área técnica da saúde da mulher. Também participaram gestores de 10 (dez) 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.

De um 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 do 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 (3); 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 menor que 70%.

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 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, maior a presença de políticas de enfrentamento da violência. Detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis podem ser encontrados.⁶

$$IEV = \sum_{i=1}^S V_i$$

$$IEVpad_i = \frac{IEV_i - \min(IEV)}{\max(IEV) - \min(IEV)}$$

$$IEV = \sum_{i=1}^S V_i$$

$$IEVpad_i = \frac{IEV_i - \min(IEV)}{\max(IEV) - \min(IEV)}$$

(1)

(2)

Quadro 1 – Composição do Indicador de enfrentamento da violência

| | |
|---|---|
| V1: O Município prevê acesso na atenção primária a mulher em situação de violência? | V6: O Plano Municipal define diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde. |
| V2: O Município prevê acesso em serviço especializado à mulher em situação de violência? | V7: O Município desenvolve ações de vigilância de saúde referente à violência contra a mulher. |
| V3: O Município prevê acesso ao cuidado hospitalar a mulher em situação de violência? | V8: O município notifica os casos de violência contra a mulher. |
| V4: A Gestão Municipal/Estadual de Saúde estabelece estratégias de referência e contra referência para a atenção a mulher em situação de Violência? | V9: A gestão Municipal/Estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da 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? | 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 396, dentre os quais, 301 foram validados. A tabela 1 mostra o perfil dos participantes da pesquisa.

| Tabela 1 - Descrição da amostra por regiões brasileiras | | | | | | | | |
|---|-----------------|---------------------|-------|----------|-----|---------|------------|------|
| Variáveis | | 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 | | | | | | | | |
| | 20-39 anos | 28 | 31 | 17 | 23 | 47 | 146 | 48,5 |
| | 40-59 anos | 21 | 18 | 21 | 27 | 40 | 127 | 42,2 |
| | 60 anos 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 |
| | 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 rede enfrentamento ^c | 18 | 9 | 6 | 2 | 6 | 41 | 15 |
| | Não informaram | 7 | 4 | 0 | 2 | 34 | 47 | 17,7 |
| Nível de atenção | | | | | | | | |
| | 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. ^a Ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior incompleto, e graduação incompleta; ^b Fisioterapia, Odontologia, Terapia ocupacional, Educação física, Nutrição; ^c Educação, Segurança, Judiciário; ^d Judiciário, Segurança, Assistência Social.

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 apontada neste processo de articulação, ao se comparar as regiões, conforme descrito na tabela 2.

| Tabela 2 - Articulação do setor saúde com a rede de enfrentamento a violência contra a mulher | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|------|-------|------|----------|------|-----|----|---------|------|-----|-------|---|
| Articulação com: | Regiões brasileiras | | | | | | | | | | | TOTAL | |
| | Centro-Oeste | | Norte | | Nordeste | | Sul | | Sudeste | | 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 | | | | | | | | | | | | | |

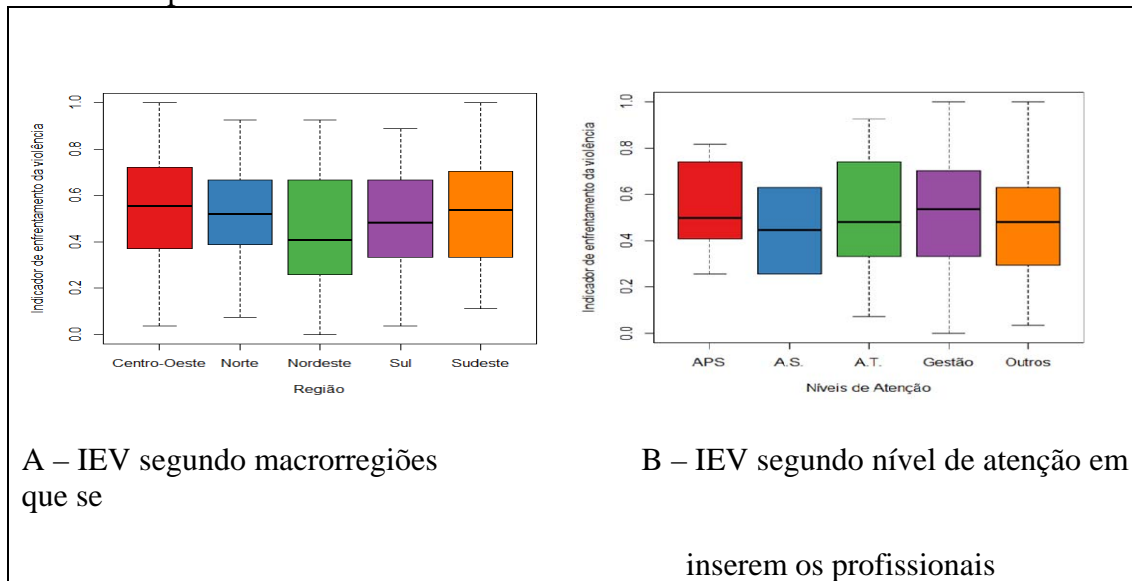
| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|------|----|------|----|------|----|----|----|------|----|------|
| Sim | 9 | 17 | 12 | 24,5 | 13 | 34,2 | 13 | 26 | 21 | 22,8 | 68 | 24,1 |
| Movimento Feminista | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 6 | 11,3 | 11 | 22,4 | 9 | 23,7 | 12 | 24 | 22 | 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.

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 01 (um) setor. A articulação com 01 a 03 setores apareceu em 65,1% das respostas e 33,7% de quatro ou mais serviços da rede.

A figura 1 mostra o IEV de acordo com as regiões brasileiras e com os níveis de atenção onde trabalham os entrevistados, respectivamente. Podemos 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. Podemos afirmar que existem estratégias de gestão que atendem de 40 a 60% das necessidades para enfrentar a violência contra a mulher. (Figura 1- A). Em relação 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 1 – B).

Figura 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 3 mostra as atitudes dos profissionais frente à mulher em situação de violência, segundo a macrorregião a que pertencem.

| 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 mulher, o que facilitaria 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 frente a mulher em situação de violência

destacam que o serviço de saúde é um dos principais locais de abordagem deste 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 apresenta-se como 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 uma frequência baixa de notificação, o que corrobora a literatura atual que, mesmo após a instituição da Lei nº 10.778/2003 – que regulamenta a obrigatoriedade de todos os serviços de atenção à saúde, públicos ou privados, a notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência, – a violência contra a mulher ainda é um fenômeno invisível na rotina dos profissionais de saúde.¹² Vários estudos demonstraram 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.¹³⁻¹⁵ Estudos realizados 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.^{16,17}

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.¹⁸ Estudo realizado 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.¹⁹

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.²⁰ 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.²¹

Muitas vezes a mulher procura um determinado serviço que não consegue atender a 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 os casos de violência.¹⁸

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.²¹ 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.²¹

Há uma 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 com a violência sexual contra a mulher.⁵

Em relação aos outros serviços, o Setor Saúde é a porta de entrada para os casos de violência contra a mulher e tem um importante papel articulador. Estudos revelam uma 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.²² 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.^{3,23} Esta 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 que prevalecem depoimentos vinculando à articulação em Rede, principalmente aos encaminhamentos policiais, para realização de Boletim de Ocorrência Policial (BO), colocando-os como prioritários no contexto da atenção.²⁴

Podemos verificar que ao analisarmos 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 contra referência; 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 ao enfrentamento da violência contra a mulher apresentou divergência de percepções entre os participantes. Alguns discursos apontavam 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.²⁵

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.^{26,27}

CONCLUSÕES

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 frente a 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 podemos 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 BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737 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 4]. 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 República. 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 [Internet]. Cienc saúde coletiva. 2011 [acesso em 2016 abr 23]; 16(3): 1943-1952. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300028
6. Wittkowski, et al. Combining several ordinal measures in clinical studies. Statistics in medicine, 23:1579-1592. New York, NY, U.S.A. 2004.
7. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violência contra a mulher: interfaces com a saúde [Internet]. Interface – Comunic, Saúde, Educ.1999 [acesso em 2016 jul 2]; 3(5):11-26. 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 enferm [Internet]. 2004 [acesso em 2016 abr 24]; 25 (2): 207-18. 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 [Internet]. Rev Saúde Pública. 2006 [acesso em 2016 mai 31]; 40(4):595-603. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/ao-5342>

10. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2013 [acesso em 2016 out 10]; 47(2):304-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n2/05.pdf>

11. Gomes NP, Yasminie MS, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Texto contexto – enferm. 2013 [acesso em 2016 set 9]; 22(3):789-796. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300027

12. Gabin JIA, Dias IA, Rovida TAS. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciênc saúde coletiva [online]. 2015; 20(6). [acesso em 2016 out 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601879&script=sci_abstract&tlng=pt

13. 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 [online]. 2013 [acesso em 2016 set 21]; 29(9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000900020&script=sci_abstract&tlng=pt

14. 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 [online]. 2012 [acesso em 2016 set 21]; 15(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100015

15. Quadros MEF, Oliveira MM, Ferreira RZ, Alves PF. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática [Internet]. Rev enferm UFSM, 2013 [acesso em 2016 set 9]; 3(1):164-174. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/835959>

16. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil [Internet]. Cienc saúde coletiva. 2012 [acesso em 2016 set 9]; 17(9):2305-2317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900012
17. Conceição JC, Gusmão MEN, Souza SS, Gomes NP. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde [Internet]. Rev baiana enferm. 2012 [acesso em 2016 set 21]; 26:468-77. Disponível em: http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgi-bin/catrevistas/catrevistas.xis|database_name= TITLES|list_type=title|cat_name=ALL|from=1|count=50&lang=pt&comefrom=home&home=false&task=show_magazines&request_made_adv_search=false&lang=pt&show_adv_search=false&help_file=/help_pt.htm&connector=ET&search_exp=Rev.%20baiana%20enferm
18. Lettiere A, Nakano AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado [Internet]. Rev Eletr Enferm. 2015 [acesso em 2016 set 9]; 17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>
19. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica [Internet]. Cienc saúde coletiva. 2013 [acesso em 2016 set 9]; 18(5):1293-1304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500014
20. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços a rede intersetorial [Internet]. Athenea, Digital. 2012 [acesso em 2016 abr 4]; 12(3):237-254. Disponível em: https://ddd.uab.cat/pub/athdig/athdig_a2012m11v12n3/athdig_a2012m11v12n3p237.pdf
21. Silva EB, Padoin SMMP, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência [Internet]. Cienc Saúde Coletiva. 2015 [acesso em 2016 abr 4]; 20(1):249-248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015_000100249&script=sci_arttext&tlng=pt
22. 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%20modulo_5/linha_gui_a_vcm_ultima__setembro.pdf

23. 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 [internet]. Ciênc saúde coletiva. 2004 [acesso em 2016 ago 15]; 9(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400029

24. 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]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. [acesso em 2016 out 23] 103 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=688818&indexSearch=ID>

25. Souza TMC, Sousa YLR. Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano [Internet]. Rev SPAGESP. 2015 [acesso em 2016 jul 29]; 16(2): 59-74. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200006

26. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell’Aglia DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. [Internet]. Estud psicol. (Campinas). [acesso em 2016 ago 15]; 28(2): 219-227. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200009

27. Vieira LB, Padoin SM, Landerdahl MC. A Percepção de Profissionais da Saúde de um Hospital sobre a Violência contra as Mulheres. Rev Gaúcha Enferm. [online]. 2009 [acesso em 2016 ago 15]; 30(4): 609-616. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400005

7. COMENTÁRIOS FINAIS

A violência contra 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.

Dessa maneira deve-se prever também medidas que visem a articulação intersetorial para que ela possa ser reconhecida pelos profissionais como estratégia essencial de enfrentamento da violência, uma vez que dada a complexidade da problemática da violência contra a mulher, se busque assegurar o envolvimento de diversos campos da sociedade visando praticas resolutivas e sustentáveis.

Vale salientar que, para se vincularem em rede, é preciso que os profissionais tenham condições de trabalho e principalmente que conheçam a rede de serviços. A dinâmica de trabalho em rede também se mostrou elemento que contribui para o enfrentamento da violência contra a mulher, sendo indispensáveis que os profissionais conheçam os serviços, suas competências e o papel da rede. Mesmo diante das fragilidades a articulação deve ser tida como uma ferramenta potente e eficaz, o que foi reconhecido pela maioria dos profissionais entrevistados neste estudo.

Também é por meio da articulação que se pode buscar estratégias de se minimizar os efeitos de um grave problema: a subnotificação pelos profissionais da saúde. O entendimento e a aceitação pelos profissionais da importância da notificação compulsória é de extrema relevância uma vez que é forte instrumento de gestão para mapear as ocorrências e características da violência contra a mulher a fim de possibilitar estratégias de intervenções efetivas.

Dessa maneira, destaca-se a importância do papel da gestão para que as instituições se vinculem em rede. Para tanto é essencial que estas tenham um suporte adequado de recursos humanos e uma dinâmica de trabalho favorável que lhes permitam espaços de comunicação com outros serviços. Mesmo diante das fragilidades a articulação deve ser tida como uma ferramenta potente e eficaz, o que foi reconhecido pela maioria dos profissionais entrevistados neste estudo.

8. CONCLUSÕES:

1. 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. Frente aos resultados obtidos, podemos 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.

2. O estudo mostrou que a frequência da atitude frente a violência é maior em relação a suspeita, mas ainda muito aquém do que se espera. Os profissionais precisam saber identificar a mulher em situação de violência e abordá-la, realizando os encaminhamentos necessários, de forma resolutiva e integral.
3. O perfil dos participantes se mostrou eminentemente feminino, com idade predominante de 20 a 39 anos. O maior número de profissionais presentes foi da área da saúde e, entre esses, metade representavam a gestão. O público presente possuía alto grau de formação e especialização, muitos na área da saúde da mulher. Houve participação de profissionais e gestores dos três níveis de atenção do setor saúde (primário, secundário e terciário) com valores mais expressivos da atenção terciária.
4. Qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania. Os resultados sugerem que o setor saúde articula e encaminha para os outros serviços da rede, mas não de forma homogênea e que este se faz de forma fragmentada, de acordo com os artigos estudados.
5. Na percepção dos entrevistados, a gestão dos municípios/estados buscam estratégias para efetivar as ações de enfrentamento da violência contra a mulher, de forma mediana (40-60%) e com variabilidade entre as regiões brasileiras e entre os profissionais de diferentes níveis de atenção, mostrando o quanto a gestão precisa avançar nas estratégias de enfrentamento e de atendimento às mulheres em situação de violência.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

BARALDI, A.C.P. ALMEIDA, A.M. PERDONÁ, G.C. VIEIRA: **Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife Aug./Sept. 2012.

BARSTED, L. L. PITANGUY, J. **O progresso das mulheres no enfrentamento à violência.** In O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010 Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. 436p <http://www.unifem.org.br/sites/700/710/progresso.pdf> Acesso em: agosto de 2015.

BELENTANI, L. SARTORELLI, A.C.M. MESCHIAL, W.C. LIMA, M.F. OLIVEIRA, M.L.F: **Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino.** Rev Enf UFSM. V.2 n.1. 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3944/3122>. Acesso em: 21 jun. 2014

BISPO, T.C.F. ALMEIDA, L.C.G. Diniz N.M.F. **Violência conjugal: desafios para os profissionais de saúde.** Rev bras enferm. 2007; 21:11-8.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. RELATÓRIO FINAL. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, Junho de 2013. Presidenta: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG). Vice-Presidenta: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP). Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES) Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>>. Acesso em 30 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral Para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: Matriz Pedagógica para Formação de Redes.** Brasília, 2011a.

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. 1a. Ed.2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82p.: Il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em 23 abril de 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em situação de risco e Violência. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/abrigamento>. Acesso em 14 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres: Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2011c (coleção enfrentamento da violência contra mulheres). Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional> >. Acesso em 17 de junho de 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília: SPM, 2011d. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>. Acesso em: 21 abr. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.393, de 15 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7393.htm. Acesso em 21 de abril de 2015.

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. Brasília, 2010. 52 p. Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/pacto-nacional>> Acesso 23 abr. 2014.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego: **Gêneros Diferentes, Direitos iguais**. Brasília, 2010a. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D32B088C70132D9B1FA5B4898/cart_generos_diferentes_direitos_iguais.pdf. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Textos e 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. Disponível em: file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/doc_base_iicnmp.pdf. Acesso em 14 de setembro de 2015.

BRASIL: SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES: Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília 2007. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2004/ANAIS.pdf>.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_02.pdf. Acesso em 30 de maio de 2014.

BRASIL. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

BRASIL. 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará / Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. Brasília: AGENDE, 2004, 36p. Disponível em: <http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2013/11/revista-Convencao-Belem-do-Para.pdf>. Acesso em 23 de abril de 2014.

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: Editora do Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 1998.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011b. <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/pacto-nacional>. Acesso em 30 de maio de 2014.

CARVALHO, M. S.; STRUCHINER, C. J. Análise de Correspondência: uma aplicação do método à avaliação de serviços de vacinação. **Caderno de Saúde Pública**, v. 8, n. 3, p. 287-301, jul./set. 1992.

CAVALCANTE, F. G. MINAYO, M. C. S. **Organizadores psíquicos e suicídio: retrato de uma autópsia psicossocial**. In: PRADO, M. C. C. A. (Org.). O mosaico da violência: a perversão da vida cotidiana. São Paulo: Vetor Editora, 2004. p. 371-431. Disponível em: <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iii/comunicacao-pesquisa/1-motivos-associados-ao-suicidio-em-pessoas-idosas-em-autopsias-psicologicas.pdf>. Acesso em 23 de abril de 2014.

CONASS. **As Conferências nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf. Acesso em agosto de 2015.

CONASS. Ministério da Saúde. **O Desafio do Enfrentamento da Violência: Situação Atual, Estratégias e Propostas**. Brasília, agosto de 2008, 61p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desafio_enfrentamento_violencia.pdf. Acesso em: Acesso 23 abr. 2014.

CONCEIÇÃO J.C. GUSMÃO M.E.N. SOUZA, S.S. GOMES N.P. **Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde.** RBE. 2012; 26: 468-77. Disponível em <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/6287>. Acesso em setembro de 2015.

Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/conselho>. Acesso em setembro de 2015.

CRUZ, M.P. A saúde da mulher em situação de violência: **o que pensam os gestores e gestoras municipais do Sistema Único de Saúde?** Recife, 2002. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2002. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/documentos/DissertacaoMadgePIPASCUFPE.pdf> Acesso 23 abr. 2014.

D^oOLIVEIRA A.F.P.L. **Violência de Gênero, Necessidades de saúde e usos de serviços em Atenção Primária** [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10102006-151619/pt-br.php>. Acesso em: setembro de 2015

D^oOLIVEIRA A.F.L.P. SCHRAIBER L.B. HANADA. H. DURAND. J. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1037-1050, 2009. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011. Acesso em 17 de julho de 2015.

ESCOLA ABERTA DO FEMINISMO. **As quatro conferências mundiais: Desenvolvimento e objetivos.** Disponível em: <http://www.escueladefeminismo.org/spip.php?article383>. Acesso em: 15 nov. 2013.

FERRANTE, F.G.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E. M. **Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Interface (Botucatu) v.13 n.31. São Paulo Botucatu Oct. /Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400005> Acesso 23 abr. 2014.

FREITAS, F.C.; LUNA, M.G.; DYTZ, J.L.G. **Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta. Distrito Federal.** Comun Ciênc Saúde. 2007; 18(3):185-95.

GOMES N.P, DINIZ N.M.F., SILVA FILHO C.C., SANTOS J.N.B. **Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade.** Rev enferm UERJ. 2009; 7:14-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: janeiro de 2015

KISS L.B, SCHRAIBER L.B, D'OLIVEIRA A.F.P.L. **Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência.** Interface – Comunic, Saude, Educ. 2007; 11:485-501. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300007. Acesso em: janeiro de 2015

KISS, L.B.; SCHRAIBER L.B. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais.** Ciência e Saúde Coletiva. V.16.n.3.p 1943-1952. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/28.pdf>>. Acesso 23 abr. 2014.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; RODRIGUES D.T. **Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v 42. n.3. p. 467-473. 2008. on line Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v42n3/v42n3a07>>. Acesso em: 17 jun. 2014

MARCIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (orgs). **O Clássico e o Novo: Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.117-42. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d5t55/09>> Acesso em: 13 jun.2014.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005 Acesso em: 13 jun.2014.

MENEGHEL S.N, HIRAKATA V.N. **Femicídios: homicídios femininos no Brasil.** Rev Saúde Pública. 2011; 45(3):564-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/1931.pdf>. Acesso em: 13 jun.2014.

MINAYO, M. C. S. **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. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2013.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde** (online). Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2006. 132p.

MINAYO, M.C.S, MINAYO-GOMÉZ, C. **Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde**. In: GOLDENBERG, Paulete. Editora Fiocruz. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510.pdf>. Acesso em março de 2014.

MORAES, J. **Violência Doméstica fragmentos de uma caminhada**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. 77 p. Disponível em <http://pt.calameo.com/read/002116944a6f4303cb614>. Acesso em setembro de 2015.

MOREIRA S.N.T., GALVÃO F.L.L.L., MELO C.O.M., AZEVEDO G.D. **Physical violence against women from the perspective of health professionals**. Rev saúde pública [Internet]. 2008 Dec [cited 2013 Apr 22];42(6):1053-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/en_7122.pdf

MOREIRA, S.N.T. GALVÃO. L.L.F. MELO, C.O.M. AZEVEDO. G.D: **Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde**. Revista de Saúde Pública, v.42, n.6, p.1053-1059, São Paulo. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008005000058&script=sci_arttext
Acesso em 30 de maio de 2014.

MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. **Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, p. 799-809, 2007.

NJAINE K, ASSIS S.G, GOMES R, MINAYO M.C.S. **Redes de prevenção à violência: da utopia à ação.** Ciênc saúde coletiva. 2006; 11(2):429-38.)

OBSERVE. **A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher** (Convenção de Belém do Pará) 2013. Disponível em: http://www.observe.ufba.br/legislacao_internacional. Acesso em: 17 jan. 2014.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002. Disponível em : http://www.academia.edu/7619294/Relat%C3%B3rio_mundial_sobre_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%BAde. Acesso em julho de 2015.

ONU e as mulheres (online). Site de Entidade das Nações Unidas para igualdade de gênero e empoderamento das mulheres 2014b. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/Acesso> em 10 jan. 2014.

ONU e as MULHERES (online). Site de Entidade das Nações Unidas para igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. CEDAW, 2014a. Disponível em: http://www.unifem.org.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8466. Acesso em: 10 jan. 2014 a.

ONU WOMEN. Convention on the Elimination of all forms of discrimination against Women. 2014 c Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/> (tradução livre). Acesso em: 13 jan. 2014.

PORTO J.R.R.; LUZ A.M.H. **Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno.** Rev Gaúcha Enfer. v.25. n.2. p.207-18. 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4508>> Acesso em 24 abr.2014.

QUADROS M.E.F; OLIVEIRA M.M; FERREIRA R.Z; ALVES P.F: **Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática.** Rev Enferm UFSM 2013 jan/abril;3(1):164-174

REICHENHEIM M.E.; DIAS A.S.; MORAES C.L. **Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde.** Rev. Saúde Pública. V.40.n.4.p.595-603. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/ao-5342>> Acesso em: 31 maio.2014

REICHENHEIM, M.E. SOUZA, E.R. MORAES. C.L. JORGE, M.H.P.M; SILVA, C.M.F.P.F MINAYO, M.C.S. : **Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros.** THE LANCET. London, p.75-89, maio 2011 Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>>. Acesso em 15 jun.2014.

SALIBA O, GARBIN C.A.S, GARBIN A.J.I, DOSSI, A.P. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** Rev Saúde Pública 2007; 41:472-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300021&script=sci_arttext. Acesso em 15 jun.2014.

SANTOS, S.M.P. COLAÇO E. O. SILVA, F.L: **Concepções e práticas de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher.** Rev enferm UFPE on line, Recife, 8(1):77-82, jan, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/5273-51531-1-PB%20(2).pdf. Acesso em Agosto de 2015.

SCHRAIBER L.B, D´OLIVEIRA, A.F.L.P. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde.** Rev Interface 1999; 11-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>. Acesso em julho de 2015.

SOUZA, MC; MENDES, GFR; LIMA, SDLM; SANTANA, JMAMP; OLIVEIRA, MBB; SILVA, JS. **A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher** (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. Revista Âmbito 2013. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874. Acesso em: 17 jan. 2014

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENEY, M. A. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. p. 9-35.

VIEIRA L.B.; PADOIN S.M.M.; LANDERDAHL M.C. **A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres.** Rev Gaúcha Enferm. Vol. 30. n.4. Porto Alegre (RS) dez. 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472009000400005&script=sci_arttext> Acesso em 21 de jun.2014.

VIEIRA L.J.E.S. PORDEUS, A.M.J. FERREIRA, R.C. MOREIRA, D.P. MAIA, P.B. SAVIOLLI, K.C. **Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo.** Saúde soc. vol.17 n.3 São Paulo July/Sept. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300012>. Acesso em 21 de jun.2014.

WASELFISZ J.J.: Mapa da Violência 2012 Atualização: **Homicídio de Mulheres no Brasil.** 2012. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf. Acesso em: maio de 2014.

WASELFISZ J.J.: Mapa da Violência 2013 Atualização: **Martes matadas por armas de fogo.** Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf. Acesso em julho de 2015.

WITTKOWSKI et al. (2004). **Combining several ordinal measures in clinical studies.** Statistics in medicine, 23, 1579-1592.

10. APÊNDICE A

FIGURA DO ARTIGO

Figura 1: Distribuição do IEV segundo as regiões brasileiras e os níveis de atenção onde se inserem os profissionais.

11. APÊNDICE B

TABELA DO ARTIGO

Tabela 1: Descrição da amostra por regiões brasileiras

Tabela 2: Articulação do setor saúde com a rede de enfrentamento a violência contra a mulher

Tabela 3: Atitude dos profissionais frente aos casos confirmados de violência contra a mulher por regiões brasileiras.

12. APÊNDICE C

QUADRO DO ARTIGO

Quadro 1: Composição do Indicador de enfrentamento da violência

13 ANEXO 1- QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO

SEMINÁRIO PARA ELAS, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS!

QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO

Prezado(a),

A saúde da mulher é uma das prioridades das Políticas de Saúde do Brasil e compreende, entre outros temas, a abordagem da violência, problema ainda muito grave no nosso meio.

O Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência tendo como objetivos principais a capacitação de profissionais, a organização da Rede de Atenção e a produção de conhecimento e de material científico, estratégias importantes para prover o cuidado à mulher da cidade, do campo e da floresta, que vivenciam esse tipo de situação.

Ao responder o questionário a seguir você irá contribuir para que tenhamos um conhecimento da realidade da violência na região onde você atua. As informações geradas a partir deste instrumento poderão auxiliar na elaboração de propostas para prevenir, promover e abordar a violência contra a mulher na sua região.

Sua contribuição é fundamental para que possamos mapear a situação atual em seu território e região de saúde.

Por isto, é muito importante que você responda as questões abaixo, tendo como base sua experiência no local onde você atua, seja como gestor, trabalhador ou usuário do Sistema Único de Saúde ou de outra área que aborda a violência contra a mulher.

As informações são sigilosas e é importante que você preencha os dados de identificação para que possamos conhecer o perfil de quem está participando deste trabalho. O preenchimento do nome é opcional.

Obrigada!

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Idade:** _____

Sexo: () M () F

Cidade: _____

Estado civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () União estável

() Divorciado(a)/Separado(a) () Viúvo(a) () Outros

Cor/Raça [IBGE]

() Preta () Branca () Amarela () Parda () Indígena

II – FORMAÇÃO

Grau de instrução

() Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) incompleto

() Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Especialização

() Mestrado incompleto

() Mestrado completo

() Doutorado incompleto

() Doutorado completo ou Pós-Doutorado

Formação

acadêmica: _____

III – TRABALHO**Instituição** _____**Esfera administrativa:** Federal Estadual Municipal Filantrópica Privada

Outra:

Função atual: _____**Tempo nessa função:** _____ meses/anos**Vínculo de trabalho:** Concursado Contratado celetista Contratado autônomo (RPA) Temporário Terceirizado Outro. Especifique _____**Quantas horas/semana você trabalha nessa função:** _____**Turno de trabalho:** manhã tarde noite dois turnos três turnos**Tem outro vínculo de trabalho?** Sim. Qual (is)? _____ Não**IV – REDE DE ATENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA****1 - Durante o atendimento à mulher você já teve algum caso em que tenha suspeitado de violência cometida contra ela?** sim não não se aplica

2 - Nos casos em que você suspeitou, qual foi o seu sentimento?

- preocupado
- impotente
- angustiado
- constrangido
- desorientado
- desinteressado
- temeroso
- outros _____
- Não se aplica

3 - Qual foi sua atitude frente à suspeita?

- Abordou a situação da violência
- Notificou
- discutiu caso com a equipe
- agendou retorno
- Fez seguimento da mulher. Como? _____
- Fez seguimento da família. Como? _____
- Encaminhou – para onde? _____
- Outros _____
- Não se aplica

4 - Você já atendeu alguma mulher em situação de violência?

() sim () não () não se aplica

5 - Qual foi sua atitude frente à mulher em situação de violência?

() Abordou a situação da violência

() Notificou

() Discutiu caso com a equipe

() Agendou retorno

() Fez seguimento da mulher. Como? _____

() Fez seguimento da família. Como? _____

() Encaminhou – para onde? _____

() Outros _____

6 - Quais tipos de violência são frequentemente atendidos no serviço onde você trabalha?

() Agressão física

() Agressão verbal

() Agressão moral ou psicológica

() Agressão sexual

() Negligência ou abandono

() não sei

() não se aplica

7. Qual o âmbito dos casos de violência frequentemente atendidos no serviço/Município/Estado onde você atua?

() Violência comunitária

() Violência doméstica

() Violência institucional

() Violência estrutural

() Não sei

8 - O Plano Municipal define diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei não se aplica

9 - O Município prevê acesso na atenção primária à mulher em situação de violência.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

10 - O Município prevê acesso em serviço especializado à mulher em situação de violência.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

11 - O Município prevê acesso ao cuidado hospitalar a mulher em situação de violência.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

12 - A Gestão Municipal/Estadual de Saúde estabelece estratégias de referência e contra-referência para a atenção à mulher em situação de Violência.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca

não sei

13 - O Município desenvolve ações de vigilância de saúde referente à violência contra a mulher.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

14 - Ações de vigilância desenvolvidas no município:

notificação dos casos diagnóstico epidemiológico

ações de prevenção ações de promoção

ações de monitoramento ações de reabilitação Não sei

15 – O município notifica os casos de violência contra a mulher.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

16 - A ficha de notificação está disponível no serviço?

Sim Não não sei

17 - Existe dificuldade no preenchimento desta ficha?

Sim Qual _____

Não

18 – Você realiza a notificação quando o caso de violência é declarado pela vítima ou responsável

Sempre Quase sempre Às vezes Raramente

Nunca não se aplica

19 - 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:

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

20 - A gestão Municipal/Estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência.

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

21 – Em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência?

Sim Quais? _____

Não Porquê? _____

22 – Em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência contra a mulher?

Sim Quais? _____

Não Porquê? _____

23 – Aponte algumas das dificuldades para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência contra a mulher?

24 - Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência contra a mulher?

Sim. Quais? _____ Não

25 - Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência contra a mulher na rede de atenção em que trabalha?

Sim Não Não sei

26 - A equipe de saúde de onde você trabalha participa dessa iniciativa?

Sim Não Não sei

27 - Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção e/ou de recuperação de agressores?

Sim Quais? _____ Não

28 - Há no seu Município/Estado preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência contra a mulher?

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

29 - Quais são os serviços do município onde você trabalha que oferecem atenção à mulher em situação de violência sexual?

Cadeia de custódia

Delegacia especializada no atendimento à mulher vítima de violência

Conselho Municipal dos Direitos da Mulher

CAVIV- Centro de Atendimento às Vítimas de Violência

Casa Abrigo

Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher

Serviços de Emergência Hospitalares

_____ Atenção Terciária (hospital de referência)

Citar _____

- Unidades de Pronto Atendimento
- Atenção Secundária
- Atenção Primária
- Referência para outro município
- outros: _____
- Não sei
- Não existe oferta de atenção a mulher em situação de violência

30 - Para a atenção a mulher em situação de violência, o setor saúde se articula com:

- Delegacia de Mulheres
- Secretaria de Defesa Social
- Secretaria de justiça
- Secretaria de Assistência Social
- Entidades de proteção a mulher
- secretaria de Direitos Humanos
- Movimento Feminista
- Outros, quais _____
- Não sei

31 - Sobre a interrupção da gestação prevista em lei no SUS, você:

- concorda discorda não tem opinião formada

32 - O serviço aonde você atua ou com os quais tem parceria realizam interrupção de gestação nos casos previstos em lei.

sim não

33 – Em sua opinião, quais as dificuldades para interromper a gestação de acordo com a lei?

religiosa

familiar

cultural

cultural dos profissionais

Não têm hospital

técnica/estrutura do serviço

técnica /capacitação dos profissionais

34 - Na sua opinião os profissionais que fazem o aborto legal sofrem discriminação?

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei

35 - O serviço onde você atua segue o protocolo do Ministério da Saúde de atenção a mulher em situação de violência sexual?

sempre quase sempre as vezes raramente nunca

não sei Não se aplica

36 - O serviço onde você atua oferta anticoncepção de emergência?

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei Não se aplica

37 - O serviço onde você atua oferta tratamento profilático e imunoprofilático (antibióticos para prevenção de sífilis, Neisseria, Chlamídia, a profilaxia contra HIV e imunoprofilaxia contra a Hepatite B)

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei Não se aplica

38 - O serviço onde você atua realiza a coleta de material para identificação do agressor?

sim

encaminha para o IML

encaminha para a Delegacia de Polícia

não não sei não se aplica

39 - O serviço onde você atua informa quanto ao direito de interrupção da gestação prevista em lei?

sempre quase sempre as vezes raramente

nunca não sei Não se aplica

40- Em sua opinião, a atenção à mulher em situação de violência no seu município é:

Muito boa boa regular ruim muito ruim

41 - Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz?

V – EMITINDO OPINIÃO**42 - Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.**

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

43 - Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

44 - É importante para o homem mostrar à sua parceira quem é que manda.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

45 - Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda.

- Concordo plenamente

- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

46 - É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

47 - Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

14 ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SEMINÁRIO PARA ELAS, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Questionário – gestores, gerentes e profissionais de saúde

Você está sendo convidado a responder o questionário sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, que pretende identificar, a partir de sua percepção, o perfil da violência contra mulher nas regiões onde você atua como gestor, gerente e/ou profissional, a rede de saúde local disponível, o cuidado (curativo, preventivo, proteção e/ou de reabilitação) que essa rede presta à mulher que se encontra nessa situação de violência. É projeto da Universidade Federal de Minas Gerais, financiado e apoiado tecnicamente pelo Ministério da Saúde e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os responsáveis pelo projeto. Será também resguardado o anonimato das informações, as análises sendo sempre apresentadas para o conjunto, nunca remetendo a qualquer participante em particular. A sua participação é gratuita e voluntária e sua recusa em participar não lhe trará qualquer problema, de qualquer natureza. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos. As gravações serão destruídas após a finalização do trabalho.

Este procedimento não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre o projeto. Nós, os responsáveis, estaremos à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu,
_____, aceito participar

preencher o questionário do Projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro das condições acima expostas.

Responsáveis:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo –DMPS/Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

15 ANEXO 3: APROVAÇÃO DO PROJETO (COEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

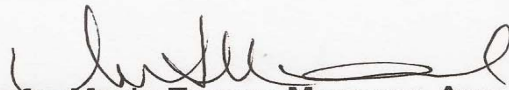
Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Simone Mendes Carvalho**
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG


DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de junho de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Acolhimento qualificado da mulher em situação de violência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

16 ANEXO 4:FOLHA DE APROVAÇÃO

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
|  | <p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</p> <p align="center">PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP</p> | <p align="center">UFMG</p> |
|---|--|-----------------------------------|

FOLHA DE APROVAÇÃO

**O CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DAS
MACRORREGIÕES BRASILEIRAS**

RENATA MASCARENHAS BERNARDES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA

Aprovada em 29 de setembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Elza Machado de Melo
Prof. Elza Machado de Melo
Coord. do PG em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência
Faculdade de Medicina / UFMG

Victor Hugo de Melo
Prof(a). Victor Hugo de Melo - Orientador
UFMG

Jandra Maciel da Silva
Prof(a). Jandra Maciel da Silva
UFMG

Francisco José Machado Viana
Prof(a). Francisco José Machado Viana
FHEMIG

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.

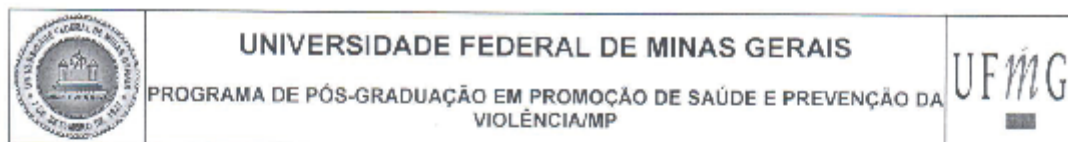
1º OFÍCIO DE NOTAS - BELO HORIZONTE (MG) - Tabelião: JOÃO MAURÍCIO VILLANO FERRAZ
Rua Goiás, 187 - Centro * Telefone: (31) 3222-7584 - CEP 30190-030

Reconheço por SEMELHANÇA a (s) firma (s) de:
[JVbadJUO]-ELZA MACHADO DE MELO.....

Dou fé. Belo Horizonte, 08/11/2016 14:13:25
Em Testemunho da Verdade.
Escrevente - GABRIEL PEREIRA BRUNO
Art 3º Lei 15.424 - Emol. R\$4,20 Recomepe R\$1,38 - T.FJ R\$0,25
Tot. R\$5,83

Selo de Fiscalização
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ADEBK 15764
FERRAZ
CARTÓRIO
RUA GOIÁS, Nº 187 - B.H.

17 ANEXO 5:ATA DE DEFESA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA RENATA MASCARENHAS BERNARDES

Realizou-se, no dia 29 de setembro de 2015, às 15:00 horas, Hospital das Clínicas - Auditório Instituto Alfa - 2º Andar, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS*, apresentada por RENATA MASCARENHAS BERNARDES, número de registro 2013712450, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Victor Hugo de Melo - Orientador (UFMG), Prof(a). Jandira Maciel da Silva (UFMG), Prof(a). Francisco José Machado Viana (FHEMIG).


A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.


 Prof(a). Victor Hugo de Melo (Doutor)


 Prof(a). Jandira Maciel da Silva (Doutora)


 Prof(a). Francisco José Machado Viana (Doutor)