

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Mirian Conceição Moreira de Alcântara

**O CONHECIMENTO E VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA
REDE DE ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NOS
TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS**

Agosto/ 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Mirian Conceição Moreira de Alcântara

**O CONHECIMENTO E VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA REDE DE ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E
DAS ÁGUAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação 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

Coordenadora:

Prof.^a Dr.^a Elza Machado de Melo

Belo Horizonte

Escola de Medicina da UFMG

2015

A347c Alcântara, Mirian Conceição Moreira de.
O conhecimento e visão dos profissionais de saúde acerca da rede de atendimento da mulher em situação de violência nos territórios do campo, da floresta e das águas [manuscrito]. / Mirian Conceição Moreira de Alcântara. -- Belo Horizonte: 2015.
102f.: il.
Orientador: 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. Serviços de Saúde da Mulher. 2. Violência contra a Mulher. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Estudos Transversais. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Victor Hugo. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 309

MIRIAN CONCEIÇÃO MOREIRA DE ALCÂNTARA

**O CONHECIMENTO E VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA REDE DE ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E
DAS ÁGUAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação 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

Coordenadora:

Prof.^a Dr.^a Elza Machado de Melo

Banca examinadora:

Prof. Geraldo Cunha Cury (UFMG)

Prof. Antônio Leite Alves (UFMG)

Prof. Dr. Victor Hugo de Melo (orientador-UFMG)

Prof.^a Dr.^a Elza Machado de Melo (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte 28/09/2015



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

Ao meu amado Agnaldo, meu esteio, que me fortalece para que eu tenha a certeza, a cada dia, de que vale apenas acreditar nos sonhos.

Aos meus filhos Guilherme e Gustavo, pela compreensão e resiliência durante o tempo que deixamos de estar juntos.

Aos meus pais, Fábio e Teresinha, a eles todos os créditos...

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, especialmente, ao meu orientador Professor Dr. Victor Hugo de Melo pelo respeito, carinho e compromisso com que me acompanhou nestes dois anos do curso de Mestrado, com sua doce gentileza e sabedoria, orientando-me sobre as questões essenciais à condução desta pesquisa.

À professora Dra. Elza Machado de Melo, Coordenadora do Programa de Mestrado profissional da Faculdade de Medicina, que não mediu esforços para garantir todas as condições necessárias para que pudéssemos concluir o mestrado, e por compartilhar conhecimento e sabedoria.

Aos professores Francisco, Vanessa, Geraldo e Antônio por aceitarem participar das minhas bancas, pelas críticas e sugestões feitas no momento do Exame de Qualificação e pelas contribuições fundamentais para o desenvolvimento da versão final deste trabalho.

Ao professor Ricardo Tavares pela disponibilidade e por favorecer descobertas dos dados, das informações e para a pesquisa por meio do mundo da estatística.

Aos colegas de mestrado e, em especial a toda equipe do grupo da saúde da mulher pelo companheirismo, amizade e troca de experiências.

À Júlia pelo grande apoio e aprendizado compartilhado.

À Lauriza e Amanda, pela disponibilidade, atenção, apoio e carinho.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde pela compreensão e força.

Às amigas Gláucia e Elizângela pela correção ortográfica deste trabalho.

Aos trabalhadores e gestores da rede de atenção à mulher em situação de violência dos polos pesquisados, por compartilharem comigo suas experiências.

Às minha amigas Renatas, Rosalinas e Ana pela torcida e compreensão da distância.

Aos meus amigos terapeutas comunitários que muitas vezes souberam se silenciar, e ouvir para que eu encontrasse saída dentro de mim mesma.

Ao meu amigo Ésio Mota pela dedicação e cuidado à minha família e por registrar momentos bons de nossas vidas.

À minha irmã Mary pela força, pelas orações, palavras de conforto para o meu fortalecimento, trazidas pelo vento.

Aos meus pais Terezinha e Fábio, agradeço pelo estímulo, lições de amor e apoio nos momentos difíceis.

Faço, também, especial agradecimento ao meu companheiro, Agnaldo Alcântara, a quem Meu Deus me presenteou e que desde sempre me apoiou e me compreendeu, a ele meu amor e gratidão.

“Não aceitem o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar”.

Bertold Brecht

RESUMO

Introdução: Violência contra a mulher foi identificada como diretrizes prioritárias de saúde publicadas em 2002 pela OMS e na resolução da Assembléia Mundial da Saúde sobre o reforço do papel do sistema de saúde no combate à violência, especialmente contra mulheres e meninas. Este estudo está alinhado ao projeto de Saúde Integral da Mulher “Para Elas” do Núcleo de Promoção de Saúde e da FM/UFMG junto ao Ministério da Saúde (MS) que propõe, além de outras metas, o enfrentamento da violência contra mulheres com a implementação de ações em dez municípios prioritários, como respostas ao Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (2007). **Objetivo:** identificar na visão e conhecimento de profissionais da rede de serviços de atenção à mulher do campo e da floresta e das águas, elementos que possam contribuir para a construção e operacionalização da rede de atendimento nestes municípios. **Metodologia:** Estudo transversal censitário quantitativo, de âmbito nacional, com a utilização de questionários semi-estruturados. Realizou-se análise descritiva, identificação e categorização dos profissionais, distribuição de frequência simples das variáveis independentes e comparou-se essas variáveis para verificar a existência da associação entre outras variáveis qualitativas, por meio de medidas de dispersão. Foi criado o indicador do grau de percepção dos profissionais sobre a articulação do setor saúde com os outros setores da rede de atenção, que foi comparado às variáveis independentes analisadas no estudo. **Resultados:** foram expressos como média, mediana e porcentagens. Há um predomínio de participantes do sexo feminino (82,4%), com idade média de 36,74 anos e mediana de 34,0 anos. A maioria (36,7%) possuía graduação ou pós-graduação (41,4%). Existem diferenças entre o atendimento de casos confirmados 46,1% e casos suspeitos 69,8% de violência, dificuldades no cuidado de ambos casos (identificação, acolhimento e procedimentos adequados). Na visão dos participantes há freqüentemente previsão de acesso à mulher em situação de violência na atenção primária (66,2%), em serviços especializados (61,9%) e aos cuidados hospitalares (70,81%). **Conclusão:** A falta ou insuficiência de informações sobre a rede foram identificados em todas as categorias estudadas. Isso reforça a desarticulação e falta de planejamento de ações nestes serviços de rede e anula qualquer possibilidade de serviços de cooperação e de integração destinada a atenção integral às mulheres em situação de violência

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

ABSTRACT

Introduction: Violence against women has been identified as priority health guidelines published in 2002 by WHO and the World Health Assembly Resolution on strengthening the health system role in combating violence, especially against women and girls. This study is in line with the Integral Health Project for Women "For Them" Health Promotion Center and FM / UFMG with the Ministry of Health (MOH) which proposes, among other goals, coping with violence against women with the implementation of actions in ten priority municipalities, as responses to the National Pact of Fighting Violence Against Women (2007). **Objective:** To identify the vision and knowledge of professional network of care services for women of field and forest and water, elements that can contribute to the construction and operation of the service network in these municipalities, in addition to the submitted paper production for publication in a scientific journal. **Methodology:** This is a transversal, quantitative study with census attributes on a national level using semi-structured questionnaires. It was conducted descriptive analysis, identification and categorization of professional simple, simple frequency distribution of the independent variables and compared these variables to check the association between them through dispersion measures. It was created an indicator of the degree of professional awareness about the relationship of the health sector with other sectors of the care network, which was compared to the independent variables analyzed in the study. **Results:** The results were expressed as mean, median and percentages. There is a predominance of females participants (82.4%) with mean age of 36.74 years and median of 34.0 years. Most (36.7%) had undergraduate or graduate (41.4%). There are differences between the care of confirmed cases 46.1% and 69.8% suspected cases of violence, difficulties in caring for both cases (identification, acceptance and proper procedures). In the view of participants there are often predictive access to women in situations of violence in primary care (66.2%) in specialized services (61.9%) and hospital care (70.81%). In all regions there is a low indicator of health sector articulation of perception with the services of the care network. **Conclusion:** The lack or insufficiency of information about the network were identified in all categories studied. This reinforces the disarticulation and lack of planning actions in these network services and nullifies any possibility of cooperation and integration services aimed at comprehensive care to women in situations of violence.

Key-words: Women's Health Services, Violence against women, Comprehensive Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Rede de enfrentamento á violência contra a mulher.....	36
Figura 2: Mapa das regiões Brasileiras assinalando os Municípios pólo referidos pelo Ministério da Saúde, 2011.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Registros de violência doméstica, sexual e /ou outras violências, total de distribuição percentual, por sexo da vítima, segundo as Grandes Regiões – 2012	24
Tabela 2:	Delegacias Especializadas no Atendimento à mulher e Núcleos especializados em delegacias comuns, total e distribuição percentual, segundo as Grandes Regiões-Brasil.....	41
Tabela 3:	Violências doméstica, sexual e outras violências contra mulheres adultas, 20 a 59 anos de idade, total de distribuição percentual, segundo a situação de domicílio da vítima- 2009 e 2012.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Repasse de Recursos por ano, segundo o Tipo de Conveniente.....	39
Quadro 2:	Fatores de exclusão do estudo.....	58
Quadro 3:	Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Contra Mulheres do Campo e da Floresta/Territórios para Implementação de Ações de Enfrentamento da Violência.....	60
Quadro 4:	Composição dos indicadores a partir das variáveis.....	65
Quadro 5:	Relação das variáveis dependentes e independentes.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Distribuição percentual dos convênios por Região-2007.....	40
Gráfico 2:	Evolução dos serviços da rede de atendimento (2003 2007,2011).....	42

LISTA DE SIGLAS

AC	Análise de correspondência
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
CEDAW	<i>Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women</i> [Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres]
CNPM	CNPM),
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde -
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DEAM	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FM-UFMG	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
GLBTT	gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis
IML	Instituto Médico Legal
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MDA	Ministério de Desenvolvimento Agrário
MPS	Departamento de Medicina e Preventiva e Social
MSV	mulher em situação de violência
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAG	Posto de Apoio à Gestão
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SICONV	Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
1.1	Violência contra a mulher	23
1.2	As Redes de Serviços e de Atenção à mulher em Situação de Violência	25
1.2.1	Marcos históricos e legislação que favorecem a implementação da rede de atenção	38
1.3	As populações do campo e da floresta e das águas.....	47
1.4	O Projeto Para Elas por Elas, por Eles, por Nós.....	51
2	OBJETIVOS.....	53
2.1	Objetivo Geral.....	53
2.2	Objetivos Específicos.....	53
3	MATERIA E MÉTODO.....	54
3.1	Tipo de tudo.....	54
3.2	Local de Estudo.....	54
3.3	População de Estudo.....	58
3.4	Aplicação dos questionários.....	61
3.4.1	Instrumento de Coleta de Dados.....	61
3.5	Variáveis do estudo.....	63
3.5.1	Variáveis independentes.....	63
3.5.2	Variáveis dependentes.....	64
3.5.3	Associação entre as variáveis.....	69
3.6	Análise dos dados.....	70
3.7	Aspectos Éticos.....	71
4	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	72
5	ARTIGO.....	72
6	COMENTÁRIOS FINAIS.....	94
7	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	95

APÊNDICE

Apêndice A

Apêndice B

ANEXOS

ANEXO IV,2 e 3.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo e atinge mulheres dentro e fora da família, podendo causar danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e óbitos, além de problemas psicológicos causados indiretamente pela agressão, como transtornos mentais. Estima-se que a violência doméstica provoque mais mortes em mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras (OMS, 2009.112p).

Segundo Minayo (2006, p. 117) a violência não se resume às delinquências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos - como homossexuais, de abusos e de dominação contra crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos -, subsistem em um ambiente sociocultural adverso onde as pessoas são, freqüentemente, vítimas de exclusão e de lesões físicas e emocionais. Todas essas formas são potencializadoras da violência social difusa e ampla, e se alimentam dela.

Em anos recentes, um conjunto de políticas têm sido implementadas Brasil, como parte do esforço de conter as diversas formas de violência e lesões que, nas últimas décadas, colocaram este grupo de problemas de saúde entre os que mais afligem a população brasileira (BRASIL, 2010b).

Schraiber et al (2002 apud BRASIL, 2005) aponta que a violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos. Apesar da grande maioria dos estudos apontarem as dificuldades dos profissionais de saúde para identificá-la como tal, bem como, para abordá-la de acordo com (BARALDI, et al, 2012); (BUCKLEY, et al, 2013, p. 12, tradução nossa); (KANNO, et al, 2012); (LOBATO, et al, 2012); (LIMA, et al, 2012);(KISS. L. B.; SCHRAIBER, L. B.2011); (MENDES, 2011); (RAMSAY, et al, 2012).

Acabar com a violência ou combatê-la é uma tarefa de todos, e que somente poderá ser realizada pela mobilização de uma rede não só de proteção, mas também de atendimento integral as pessoas em situação de violência, em que a área da saúde se destaca como corresponsável e pela intervenção envolvendo implantação de políticas que visam a promoção de “mudanças estruturais, sócio-culturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno.” (MELO, 2010).

De acordo com o Relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra a Mulher –(CPMIVCM 2013, p. 8) as políticas de atendimento à violência contra as mulheres são de responsabilidade dos poderes públicos. Para esta ação propõem a criação de mecanismos políticos autônomos de empoderamento das mulheres, a exemplo de Secretarias Estaduais e Municipais de Mulheres. Aponta a necessidade de orçamento específico para o desenvolvimento de políticas públicas integradas e multisetoriais [...].

“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” (BRASIL, 2011c, p. 14).

Um avanço já pode ser percebido no que tange ao enfrentamento da violência contra a mulher. Muitas medidas resultam tanto da compreensão de que a violência representa uma violação dos direitos humanos, como também do reconhecimento de que esta é uma importante causa do sofrimento e adoecimento, sendo fator de risco para diversos problemas de saúde (D'OLIVEIRA, 2000).

Apesar desses avanços, os serviços de saúde nem sempre oferecem uma resposta satisfatória para o problema, ainda persistem a necessidade de constituir redes de atenção e de capacitar profissionais, de modo a garantir um cuidado de qualidade, elemento fundamental de apoio e proteção que pode ser decisivo para a mulher na sua iniciativa e persistência de enfrentar a violência sofrida, uma vez que tal percurso não ocorre sem acidentes e dificuldades. (D'OLIVEIRA, 2000).

Ainda Minayo (2006) aponta que entre as dificuldades de inclusão da violência na agenda da Saúde “[...] está em convencer um setor profundamente marcado pela racionalidade biomédica em aceitar nesse modelo e dinâmica complexos problemas de caráter social e não doenças” confirmando com Schraiber et al (2005) apud KISS. L. B.; SCHRAIBER, L. B 2011 considera a violência, dentre as diversas situações inespecíficas, como problema social, que demanda os serviços de saúde com quadro de profissionais alinhados com a intervenção médica tradicional.

A busca de entendimento da violência passa por uma crescente demanda para se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde, na implementação das políticas de saúde. O estudo dos 10 municípios sede/polo das cinco regiões brasileiras, proposto pelo Ministério da Saúde, se configura como um grande desafio para o enfrentamento da violência no Brasil, (BRASIL, 2013d).

O acesso da população rural, pertencentes a estes 10 municípios, aos serviços de saúde e informações como direito de cidadania ainda é um grande desafio do SUS. A dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres do Campo e da Floresta, está relacionada, entre outros fatores, “às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência, trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais” e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo (BRASIL, 2004a).

Por meio de uma reflexão sobre esta temática, e com o intuito de dar maior visibilidade a tudo aquilo que pode ser nomeado e reconhecido como violência, a saúde passa a ver este fenômeno como problema de saúde pública, diante do impacto social sobre a saúde do indivíduo e da sociedade, e se responsabilizar. Este entendimento sobre violência visa garantir e promover o acesso de cidadãos em situação de violência aos serviços de saúde, a partir da formação e ou operacionalização da rede de enfrentamento da violência no Brasil (BRASIL, 2014a).

O objeto de estudo dessa pesquisa refere-se às redes de atenção e à capacitação dos profissionais. Surge como resultados da mobilização gerada pelo Projeto de âmbito nacional de Saúde Integral da Mulher (Para Elas, por Elas, por Eles, por

Nós), do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/ UFMG) junto ao Ministério da Saúde (MS).

Para a elaboração do estudo estruturou-se o texto da seguinte maneira:

1.1 Violência contra a mulher,

1.2 Redes de Serviços e de atenção à mulher em Situação de Violência,

1.2.1 Marcos e Legalização que favorecem a implementação da rede de atenção às pessoas em situação de violência,

1.3 As populações do campo e da floresta e das águas.

1.4 O Projeto Para Elas por Elas, por Eles, por Nós, no Enfrentamento da Violência contra a Mulher

No primeiro item do estudo, apresenta-se a construção da problemática do estudo, com elementos teóricos e conceitos encontrados na literatura contextualizando a “Violência contra as mulheres.”

No segundo item abordam-se as “Redes de Serviços e de atenção às mulheres em Situação de Violência” com destaque para os aspectos históricos-políticos das agendas públicas e as interfaces com a saúde. O primeiro subitem trata-se de “Marcos e Legalização que favorecem a implementação da rede de atenção às pessoas em situação de violência”, neste trata-se das políticas públicas de saúde necessárias para construção das redes de atenção.

No terceiro e quarto itens definem-se “As populações do campo e da floresta e das águas”, traz a concepção da “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta de 2013” e apresenta os objetivos e metas do Projeto Para Elas por Elas, por Eles, por Nós, no Enfrentamento da Violência contra a Mulher.

O quinto e sexto itens constam a justificativa e os objetivos do estudo que nortearam as reflexões e as análises.

No sétimo item descreve-se a metodologia desenvolvida para atender os objetivos propostos. Está contemplados, nesse item, o tipo de estudo, o local do estudo, a população de estudo, a realização das entrevistas, os instrumentos de coletas de dados, com discriminação de todas as etapas, as variáveis do estudo bem como, a análise dos dados com a descrição das ferramentas analíticas utilizadas além, dos aspectos éticos.

No oitavo item apresenta-se análise de resultados, no nono item apresenta - se as referências do estudo, no último item o artigo de resultados com a descrição e análise do conhecimento e visão dos profissionais acerca da rede de atenção à mulher em situação de violência.

REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Violência contra as mulheres

Violência contra a mulher foi identificada como diretrizes prioritárias de saúde publicadas em 2013 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e na resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre o reforço do papel do sistema de saúde no combate à violência, especialmente contra mulheres e meninas.

“Atualmente a violência contra mulher, é uma temática que faz parte do cotidiano da sociedade civil, das políticas públicas e de algumas legislações, o que representa grande avanço se compararmos com os anos anteriores [...]” (WAISELFISZ, 2012).

Conforme mostra a pesquisa intitulada Mapa da Violência - Homicídios de Mulheres (2012, p 8), mais de 92 mil mulheres foram assassinadas no Brasil, nos últimos trinta anos, 43 mil delas só na última década.

Estudo realizado por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) implantado em 2006 com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes, observou por meio de Fichas de notificações contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas e por meio de Inquéritos em serviços de sentinelas de urgência e emergência de

municípios selecionados dados que subsidiam políticas em saúde pública direcionadas a estes agravos. A tabela 1 mostra os registros de violência doméstica, sexual e /ou outras violências, o total da distribuição percentual, por sexo da vítima, segundo as Grandes Regiões – 2012.

Tabela 1 – Registros de violência doméstica, sexual e /ou outras violências, total distribuição percentual, por sexo da vítima, segundo as Grandes Regiões – 2012.

Grandes Regiões	Total	Distribuição (%)	
		Mulheres	Homens
Total	161.274	65,8	24,2
Norte	8.662	73,2	26,8
Nordeste	22.409	62,8	37,2
Sudeste	71.478	68,2	31,7
Sul	31.792	63,7	36,2
Centro Oeste	12.574	63,8	36,2
Ignorado/ Em Branco	14.359	59,7	40,3

Fonte: Ministério da Saúde /SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, 2012.
Nota: dados de 2012 atualizados em 30 de janeiro de 2014, sujeitos á revisão. O sexo da vítima não foi informado em 66 registros.

Em todo o mundo ocidental moderno a ocorrência de violência é histórica. A violência contra a mulher, além de constituir um importante objeto de reflexão, tornou-se, antes de tudo, um dos problemas mais pungentes de ordem social que temos enfrentado também no Brasil, (BRASIL, 2009c).

O processo histórico deste fenômeno convida todos a refletir sobre a vulnerabilidade da mulher diante das relações de violência. A história nos revela a persistência de diferentes tipos de violência contra a mulher e a sua disseminação em diferentes meios da sociedade, garantidos pelos aspectos sociais, culturais, religiosos e econômicos (BRASIL, 2009c).

Segundo Melo (2012), um dos papéis do Ministério da Saúde quando vai a campo, é de aproximar as pessoas e intermediar conflitos, dentre outros. O trabalho em rede é a principal estratégia. Apesar de as várias redes existentes não conversarem entre si, devem-se alinhar estratégias que sigam um mesmo caminho. Torna-se necessário o diálogo e a negociação entre as diversas redes para enfrentar a violência, a fim de se planejar ações que permitam organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência. Isto favorecerá a mobilização de uma rede não só de proteção, mas também de atendimento integral às pessoas em situação de violência, em que a área da saúde se destaca como corresponsável.

1.2 As Redes de Serviços e de Atenção às Mulheres em Situação de Violência

Para a Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS (2011), as redes são consideradas mecanismos que permitem o intercâmbio de informação e experiências, e a valorização do processo de comunicação; também permite a constante troca de conhecimento entre seus atores.

“[...] uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.” (OMS, 2010 apud MENDES, 2011, p. 81).

Neste sentido, o trabalho em rede é um instrumento importante para apoiar as atividades e concretizar ações efetivas de saúde pública.

Uma organização integrada em rede surge quando as organizações componentes compreendem que o trabalho isolado não é suficiente para a resolução dos problemas, e se constrói com base em uma visão de complementaridade quanto aos interesses e os recursos de cada um dos atores e organizações envolvidos (BRASIL, 2012b).

Já as Redes de Atenção (RAS) são consideradas como uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado. Estas correspondem a conjuntos de serviços de saúde, de hierarquias recíprocas, com missão e objetivos comuns que se articulam de modo cooperativo e interdependente, para oferecer atenção contínua e integral a determinada população (BRASIL, 2012b).

A Rede de Atenção à Saúde é definida por CARVALHO, 2008 como:

“[...] a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária. (CARVALHO *et al.*, 2008, p. 37).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

Em revisão da literatura sobre redes, Mendes (2011) encontrou o primeiro trabalho abordado por Shortell *et al.* (1993) nos estados Unidos. Este propôs superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida.

Os sistemas de saúde nas Américas segundo Mendes (2011) são caracterizados por altos níveis de fragmentação nos seus serviços de saúde. A experiência demonstra que a excessiva fragmentação destes gera dificuldades de acesso aos serviços, à prestação de serviços de baixa qualidade técnica, o uso irracional e recursos insuficientes, um aumento dos custos de produção desnecessários, e baixa satisfação dos cidadãos com serviços recebidos.

Um dos grandes desafios estratégicos para o governo do Brasil, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) (2011), são as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária à Saúde (APS) e o fortalecimento e qualificação da mesma para o exercício do atributo de coordenação do cuidado. Também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) uma resposta adequada para o enfrentamento de questões relevantes.

O Relatório Dawson (1920 apud SILVA, 2006), elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo.

A Reforma Sanitária Brasileira a partir de 1985, reconhecida como o processo de democratização de saúde, em seu relatório final, busca trazer para o Brasil, um novo modo de pensar o trabalho coletivo e a integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2006 a).

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios –, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 estados e o Distrito Federal e 5.560 municípios divididos nestas cinco regiões marcadas pela diversidade e heterogeneidade, tornando mais complexa e necessária implementação de políticas sociais e de saúde de abrangência nacional. Para esta implementação torna – se necessário por um lado a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação.

O sistema de saúde, denominado SUS, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com cobertura das ações de saúde para a totalidade da população a fim de garantir uma assistência integral e completamente gratuita. A rede de atenção compreende a rede ambulatorial, ou atenção primária da saúde, a maior de todas em termos de cobertura populacional, a atenção secundária e a atenção terciária responsável pela oferta de consultas especializadas e pelos cuidados hospitalares respectivamente (BRASIL, 2009 b).

Muitos são os avanços do processo de descentralização, que confere aos municípios que voluntariamente se submetem ao processo de habilitação, assumindo responsabilidades e fazendo jus ao repasse de recursos a partir do cumprimento dos requisitos definidos nas Normas Operacionais. Estes assumem a Gestão Plena da Atenção Básica ou a Gestão Plena do Sistema Municipal. (BRASIL, 1990).

A municipalização da saúde foi a principal forma adotada para o desenvolvimento da descentralização da saúde, pelos órgãos de gestão colegiada e pelos atores políticos mais relevantes do SUS, ao longo da década de 1990. Isto propiciou uma maior responsabilização dos prefeitos e secretários municipais de saúde, no gerenciamento do sistema local.

Dentro desse movimento, insere-se a construção de uma nova racionalidade que identificam, por meio do trabalho coletivo, melhor qualidade dos serviços prestados no setor.

O Relatório Final da Reforma Sanitária Brasileira apresentou 27 proposições referentes ao tema "Reformulação do sistema nacional de saúde" dentre eles destacam-se a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária a equipe multiprofissional em dedicação integral. (OMS, 2009).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 já determinava a estratégia de regionalização, como estratégia complementar a municipalização, conhecida por responsabilidades sanitárias ou processo de descentralização, por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde devem conformar uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional.

O processo de construção do SUS ao longo da década de 1990 privilegiou a expansão das bases municipais de ações e serviços de saúde em consonância com a diretriz de descentralização: gestão a partir dos distritos sanitários. Este processo parte do princípio da reestruturação do sistema, que visa também à organização do processo de trabalho dos profissionais. Nos distritos segundo Campos (2010) estão centradas as responsabilidades de cobertura, a administração dos meios de forma a garantir a integralidade e a resolutividade das ações.

O debate em torno da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde adquiriu nova ênfase apenas no início da década de 2000. As Normas Operacionais da Assistência do SUS 01/02 definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir de forma cooperativa e harmônica, o processo de descentralização de responsabilidades, as novas posições na implantação do SUS (BRASIL, 1990). A NOAS foi um esforço institucional para transformar a agenda emergente em diretrizes operacionais: introduziu os Planos Regionais da Assistência (PDR), novos parâmetros para a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e novos modelos de redes integradas de serviços e planos de controle, regulação e

avaliação. Apesar da sua rigidez normativa a NOAS contribui para ampliar o diálogo inter-gestores, para fortalecer a instância estadual (SES) como protagonista na condução da política estadual, da regionalização e para propiciar a construção de novos saberes e práticas para o processo de cooperação com os municípios.

O Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) tem como objetivo reorganizar a gestão do SUS. A regulamentação estabelece novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde com destaque para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) esta compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

A PORTARIA Nº 841, DE 2 DE MAIO DE 2012 dispõe sobre a RENASES no âmbito da Assistência à Saúde; como a somatória de todas as ações e serviços de saúde que, ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta para o atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Acredita-se que o desenvolvimento de políticas e ações coordenadas entre setores relacionados e externos à saúde pode ser uma estratégia-chave para se atingir a organização da rede de atenção à saúde visando à integração regional de ações e serviços de saúde mediante planejamento regional integrado, a qual deve garantir a atenção integral da saúde, de maneira contínua, com a atenção primária à saúde sendo a ordenadora da rede (BRASIL, 2011g).

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. (BRASIL, 2009a, p. 194).

A introdução de novas tecnologias de forma estruturada permitiria a criação de um novo formato da prestação de cuidados. Tal reestruturação possibilitaria a diversidade dos pontos de acesso de interação qualificada entre o sistema e o paciente, em especial nas regiões mais remotas, proporcionaria uma prestação de

assistência de forma coordenada e articulada entre os diversos níveis de atenção (BRASIL, 2012b).

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. O acesso deve ser visto como um conjunto de dimensões que precisam estar articuladas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde (BRASIL, 2010 a).

Conforme Decreto 7.508 (2011) define que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

A RAS está organizada nos seguintes componentes: I - ações e serviços da atenção básica (primária); II - ações e serviços da urgência e emergência; III - ações e serviços da atenção psicossocial; IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V - ações e serviços da vigilância em saúde (BRASIL, 2012 a).

O acesso às ações e serviços de saúde se iniciam pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. Este acesso será ordenado pela atenção básica (primária) respeitando-se os critérios de referenciamentos na RAS. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto. (BRASIL, 2012 a).

A APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2010 a). A APS como parte integrante das RAS, cumprindo o atributo de primeiro contato, deverá ser a principal porta de entrada, ou seja, o acesso ao

usuário para o sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002 apud MENDES, 2011, p. 97).

Os pressupostos que fundamentam a APS são explicitados na Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2). A equipe de saúde, portanto, vem se diversificando e tornando mais complexa sua composição, apresentando uma peculiar divisão do trabalho.

Nos estudos de base marxista encontram-se, além da categoria trabalho, o desenvolvimento da divisão e cooperação do trabalho em geral, e em particular, no campo da saúde. Marx (1994) refere-se à cooperação como “[...] a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos. Além disto, afirma que o efeito do trabalho combinado não poderia ser produzido pelo trabalho individual, e só o seria num espaço de tempo muito mais longo ou numa escala muito reduzida.” Compreende-se aqui, a identificação de potencialidade da rede de trabalhos conexos.

A prática de saúde em rede acrescenta Campos (2010) “assemelha-se, portanto, mesmo quando realizada em equipe ou em rede, ao trabalho artesanal, um neoartesanato ainda a ser desenvolvido em sua plenitude.” O mesmo indaga: “o que é pensar sobre uma equipe como produto e produtora de uma história concreta – seres dependentes e agentes, ao mesmo tempo, moldados pela universidade, origem social, aspirações profissionais, modelo de gestão [...]”. Através desta indagação nos inspira pensar no trabalho como concepção de que o ser humano é potente para coproduzir situações e contextos.

Alguns trabalhos publicados dizem da abordagem de equipe multiprofissional de saúde, mostram como contexto a problematização do trabalho técnico fundamentado na ação técnica destes profissionais reduzido a procedimentos e condutas tomadas no âmbito estrito das áreas profissionais atuantes (KISS.L. B. ; SCHRAIBER, L. B.2011) Outros abordam o problema da integração das ações destes profissionais destacando a fragmentação da assistência, principalmente em função, da falta da comunicação como observado por (LOBATO, et al, 2012); (LIMA, et al, 2010); (DUTRA, et al, 2013); (GOMES,et al, 2012a); (OSIS, et al, 2012). Em estudos realizados na APS que apontam que na literatura existe a associação entre a formação acadêmica dos profissionais com melhores posturas e atitudes diante dos casos de violência contra a mulher (GOMES, et al, 2012a; OLIVEIRA, et al, 2012).

A lógica do agir comunicativo e das relações recíprocas entre trabalho e interação apontados pelos estudos desenvolvidos por Habermas (1989; 1994 apud CAMPOS, 2010) são reforçados quando o mesmo ressalta que a construção de diretrizes, protocolos e campos de cuidado obedeceriam a estratégias dialógicas de busca de consenso e envolvimento das equipes (agir comunicativo e cogestão). “A argumentação começa sempre que dois sujeitos se encontram e se dispõem a agir cooperativamente, geram um entendimento dentro de um contexto e realizam a ação comunicativa ou é discutida na sua forma reflexiva, o discurso.” (MELO, 2010); HABERMAS (1980 apud D’OLIVEIRA, A. F. P. 2000 p.83).

A articulação das ações profissionais por meio da conexão dos mesmos, mas mantendo a especificidade de cada categoria profissional, além da interação destes profissionais levando-se em conta a organização dos serviços e seu sistema lógico

de funcionamento, bem como, a integração entre estes serviços e suas articulações em rede representam os princípios organizadores do trabalho em saúde de uma equipe para uma assistência à saúde de maneira integral e intersetorial (BRASIL, 2012b); (D'OLIVEIRA, A. F. P 2000).

Gohn (2005/2008) aponta que deve se conhecer os atores envolvidos, como se transformam em sujeitos políticos, que forças sócio políticas expressam, qual o projeto de sociedade que estão construindo ou abraçam, qual a cultura política que fundamenta seus discursos e práticas, que redes criam e se articulam, quais suas relações com conjuntos sócio políticos maiores (p. 10).

Segundo Kern (2003/2012), os pressupostos do trabalho em rede implicam trabalhar na perspectiva da horizontalidade, realizando mediações entre o particular e o universal e lidando com correlações de forças. Compreende buscar estratégias para mobilizar potencialidades nos sujeitos a fim de confrontar as forças que o fragilizam. Em relação à rede de enfrentamento à violência contra mulheres, isto demanda a identificação das potências e estratégias de resistência por parte das mulheres que lutam contra todas as formas de opressão que subalternizam e desqualificam suas identidades.

A reorientação e ampliação dos serviços voltados para o exercício dos direitos das mulheres foi alterada pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) que acrescentou outros significados de “rede” e “transversalidade.” Neste conceito destaca-se que os serviços devem fazer parte de uma rede intersetorial e com a articulação entre eles, para assegurar o atendimento integral às mulheres (BRASIL, 2013b).

A rede e a transversalidade são consideradas eixos horizontais indicando a articulação dos serviços que devem fazer parte de uma rede intersetorial bem articulados para assegurar o atendimento integral às mulheres. Já o eixo vertical representa as políticas e serviços do município, do estado e do governo federal que também precisam estar articulados de forma a otimizar os recursos existentes e potencializar os resultados que possam ser alcançados (BRASIL, 2013b).

Segundo a SPM o conceito de Rede de atendimento refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade,

visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2010c).

A Portaria N° 85, de 10 de agosto de 2010 traz como base o seguinte conceito:

Enfrentamento: diz respeito à implementação de políticas públicas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra todas as mulheres, em todas as suas expressões. O enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), no sentido de propor ações que: desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência. (BRASIL, 2010 c)

Também no capítulo VIII a mesma portaria N° 85, de 2010 reforça a importância da assistência que a Política Nacional deverá garantir:

O atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência, por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários, da criação de serviços especializados (Casas-Abrigo, Centros de Referência, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra as mulheres, Defensorias das mulheres); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento (articulação dos governos – Federal, Estadual, Municipal, Distrital - e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento). (BRASIL, 2010c).

Destaca-se que, na estratégia de intersectorialidade é importante a articulação de gestores, com o objetivo de promover os ajustes necessários às suas práticas voltadas para a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que visa a garantir a diminuição da violência e assegurar o direito das mulheres, assim como a articulação com outros programas governamentais, em especial aqueles que objetivam o desenvolvimento social e econômico, como os programas “Brasil sem Miséria”, “Territórios da Cidadania”, “Brasil Quilombola” e a Política e o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, além daqueles programas que visam garantir a erradicação da fome, o acesso à educação (BRASIL, 2011b).

As delegacias de mulheres, criadas desde 1980, e em expansão por todo o território nacional, consolidaram-se como a principal política pública no enfrentamento à violência contra mulheres desde 2003. A Política Nacional de Prevenção, Enfrentamento e Erradicação da Violência contra a mulher estabeleceu as diretrizes

para a ampliação de uma rede de serviços, e recomenda que não se devem centralizar as ações somente nas delegacias da mulher, mas sim, promover a integração dos serviços nas áreas de saúde, segurança, educação, assistência social, cultura e justiça, para se obter melhores resultados e promover a atenção integral a estas mulheres (BRASIL, 2011f).

O PNPM (SPM, 2004b), em sua linha de atuação apresentou, entre seus objetivos: (a) definir a aplicação de normas técnicas nacionais para o funcionamento dos serviços de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência; (b) integrar os serviços em redes locais, regionais e nacionais; (c) instituir Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil redes de atendimento às mulheres em situação de violência em todos os estados brasileiros, englobando os seguintes serviços: Delegacias da Mulher, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Centro de Referência, Casas abrigo, serviço de saúde, Instituto Médico- Legal, Defensorias Públicas, Defensorias Públicas para as Mulheres, além de programas sociais de trabalho e renda, habitação e moradia, educação e cultura e justiça, conselhos e movimentos sociais; (d) ampliar em 50% o número de Delegacias da Mulher e Núcleos Especializados nas Delegacias Existentes; (e) ampliar em 15% os serviços de atenção à saúde da mulher em situação de violência. (BRASIL, 2004b).

De modo a oferecer à mulher um atendimento integral, em 2007, o lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consolida a necessidade de uma rede articulada de atendimento à mulher. E para reforçar o novo modelo de intervenção, que nos últimos anos foram estabelecidos e a fim de evidenciar a complexidade desta rede de atendimento no que diz respeito aos serviços parceiros e atores sociais ainda não contemplados no enfrentamento da violência contra a mulher, a rede passe ter um novo conceito: Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2011e) conforme figura 1.

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, 2011e).

O conceito atribuído á rede de atendimento:

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 aos encaminhamentos adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento. (BRASIL, 2011e).

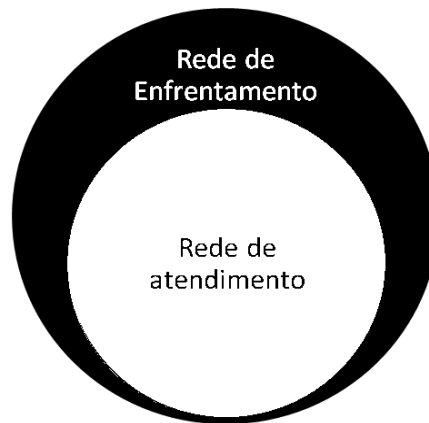


Figura nº 1. Rede de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher

A rede de atendimento está dividida em duas principais categorias de serviços para o atendimento da mulher em situação de violência:

- a) Serviços de Saúde Especializados no Atendimento às Mulheres em Situação de Violência - contam com equipes multidisciplinares (psicóloga/os, assistentes sociais, enfermeiras/os e médicas/os) capacitados para atender os casos de violência doméstica e violência sexual. Nos casos de violência sexual, realizam a contracepção de emergência, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) - incluindo o HIV; assim como o acolhimento, orientação e encaminhamento para casos de abortamento legal. Esses serviços fazem parte do SUS, que é universal e presta atendimento a toda população de forma gratuita.

Compõem estes serviços: os serviços de abrigamento [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 Atendimentos 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. São os serviços exclusivos para o atendimento de mulheres em situação de violência.

- b) Serviços não especializados - 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. Considerados serviços de “porta de entrada” para o atendimento da mulher (BRASIL, 2011e).

O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade (BRASIL, 2011c).

As Coordenadorias e Secretarias da Mulher nos Estados e Municípios cumprem função relevante enquanto órgãos elaboradores e articuladores da rede, na sua efetivação, no suporte aos serviços, monitoramento e avaliação do seu funcionamento inclusive nos territórios do campo, floresta e das águas (BRASIL, 2011c).

A Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMIVCM) constituída em 2011, para elaborar o relatório investigatório de realização de diligências e visitas aos serviços públicos que compõem a rede de atendimento à mulheres em situação de violência teve como finalidade o levantamento da situação da violência contra a mulher, demonstrar a necessidade urgente de mudanças legais e culturais de tolerância à violência contra as mulheres, além de informar a grave realidade em que se encontra a rede de enfrentamento da violência contra as mulheres em todo Brasil, como compromisso do Poder Legislativo Federal.

Considera-se que a consolidação de um novo modelo de atenção é importante, tendo em vista a articulação da promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando as características e as mudanças demográficas e epidemiológicas em

andamento. Além do fortalecimento da atenção primária e da regionalização em saúde, com conformação de redes de atenção, a fim de ampliar políticas específicas voltadas para o enfrentamento de questões relevantes como a violência (BRASIL, 2009c).

Assim é necessário que os profissionais tenham percepção acerca da complementaridade de seus trabalhos e estejam partilhando uma proposta de intervenção, um projeto assistencial em comum, e não se atenham a um isolamento ou independência de cada qual. Postula-se, ao contrário, que os profissionais, para agirem comunicativamente e em acordo quanto a determinado projeto de atenção integral, atuem de modo interdependente, o que deve ser amparado, gerencialmente e pela organização dos serviços e da rede, com a implantação de canais concretos de comunicação e circulação de informações (BRASIL, 2012b).

1.2.1 Marcos históricos e legislação que favorecem a implementação da rede de atenção às vítimas de violência

Muitos movimentos sociais e de mulheres foram importantes pela luta contra as desigualdades de gênero e deram visibilidade à violência contra a mulher, entre eles o movimento feminista, o mais importante movimento social do século XX. Estes movimentos demonstram que vem sendo percorrido um longo percurso de enfrentamentos e conquistas dos direitos das mulheres (BRASIL, 2011f).

Essas iniciativas apresentam e reforçam o compromisso assinado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher – Convenção de Belém do Pará, adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos – OEA em 1994, e constitui-se no marco histórico internacional na tentativa de coibir a violência contra a mulher, e o governo brasileiro se propôs a implementar medidas de combate à violência contra a mulher (MINAYO, 2005b).

De maneira geral, pontuam-se aqui os marcos históricos e a legislação, que hoje protegem as mulheres, datados a partir da Constituição Federal, em 1988, foi reelaborada e aprovada com as diretrizes e princípios do SUS regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, veio preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS na busca da garantia do direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2005a).

Os princípios básicos do SUS permitiram que muitos dos direitos das mulheres pudessem ser cumpridos favorecendo o acesso universal à saúde e o respeito à singularidade como direito constitucional (BRASIL, 2011f).

Destaca-se o fortalecimento da APS, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 como o principal ponto de entrada para o usuário do sistema de serviços de saúde, segundo Starfield (2002), e contribui para a reorientação do modelo de atenção proposto, em consonância com os princípios do SUS no Brasil (BRASIL, 2009c).

Inaugurou um novo momento da história do Brasil, no que se refere à formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003 por meio da Portaria nº 42 de 22 de agosto de 2007 instituiu-se o Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, como resposta às reivindicações da Marcha das Margaridas daquele ano e com o compromisso de discutir, formular e implementar políticas públicas de enfrentamento à violência relacionada à realidade dessas mulheres (BRASIL, 2007a).

A análise da CPMI (2013) ressalta que com a vigência do I e do II PNPM houve impacto positivo na consolidação da política de enfrentamento à violência contra mulheres, onde pode se observar, um crescimento dos recursos para execução orçamentária relacionados ao Enfrentamento à violência contra a Mulher de 2003 a 2011, que dobram entre 2003 e 2005 conforme o quadro 1.

Quadro 1: Repasse de Recursos por ano, segundo o Tipo de Conveniente

Tipo de Organismo Conveniente		2003	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Estado	Por ano	3,98%	6,25%	3,98%	2,27%	6,82%	13,07%	26,70%	11,93%	10,80%	14,20%
	No ano	14,00%	17,46%	11,11%	6,56%	12,37%	24,47%	33,57%	28,00%	24,36%	30,86%
Município	Por ano	4,36%	7,18%	10,00%	9,23%	14,87%	11,03%	17,95%	9,23%	6,67%	100,00%
	No ano	34,00%	44,44%	61,90%	59,02%	79%	45,74%	50,00%	48,00%	47,44%	32,10%

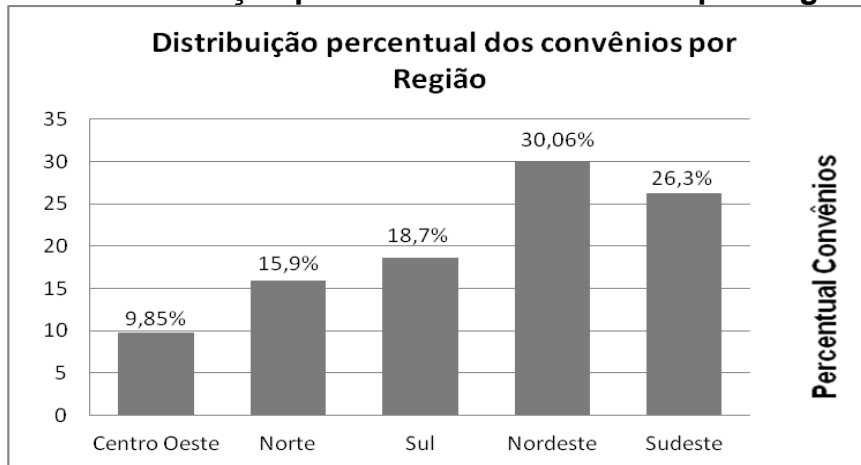
Fonte: CPMI/SPM (2013e)

Como importante marcos para o fortalecimento da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e da rede de atendimento às mulheres em situação de violência - a promulgação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) é de fundamental importância. E a criação, em 2005, da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, pela SPM, com o objetivo de orientar as mulheres em situação de violência sobre seus direitos e sobre os serviços disponíveis para o atendimento de suas demandas.

A Lei Maria da Penha prevê, como uma das estratégias de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher, que “a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso” (Art. 9º). (BRASIL.2006b).

O aumento do número de convênios a partir de 2007 representa, não só aumento dos recursos, mas também da estruturação da rede conforme gráfico 1.(BRASIL, 2013e).

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos convênios por Região-2007



Fonte: CPMI/SPM 2013e.

Já em 2008 há um crescimento substancial da celebração dos 802 convênios firmados com os Estados, note-se que a política passa a ter um viés estruturante dos poderes de Estado na efetivação da rede propriamente dita, conforme quadro 1 (BRASIL, 2013e). Porém, estes recursos foram triplicados de 2006 para 2007 e o verdadeiro divisor de águas foi a criação do Pacto Nacional de Enfrentamento à

Violência Contra as Mulheres em 2007 (BRASIL, 2013 e). A tabela 2 apresenta as Delegacias Especializadas no Atendimento a mulher e Núcleos especializados em delegacias comuns, além do total e distribuição percentual, segundo as Grandes Regiões-Brasil.

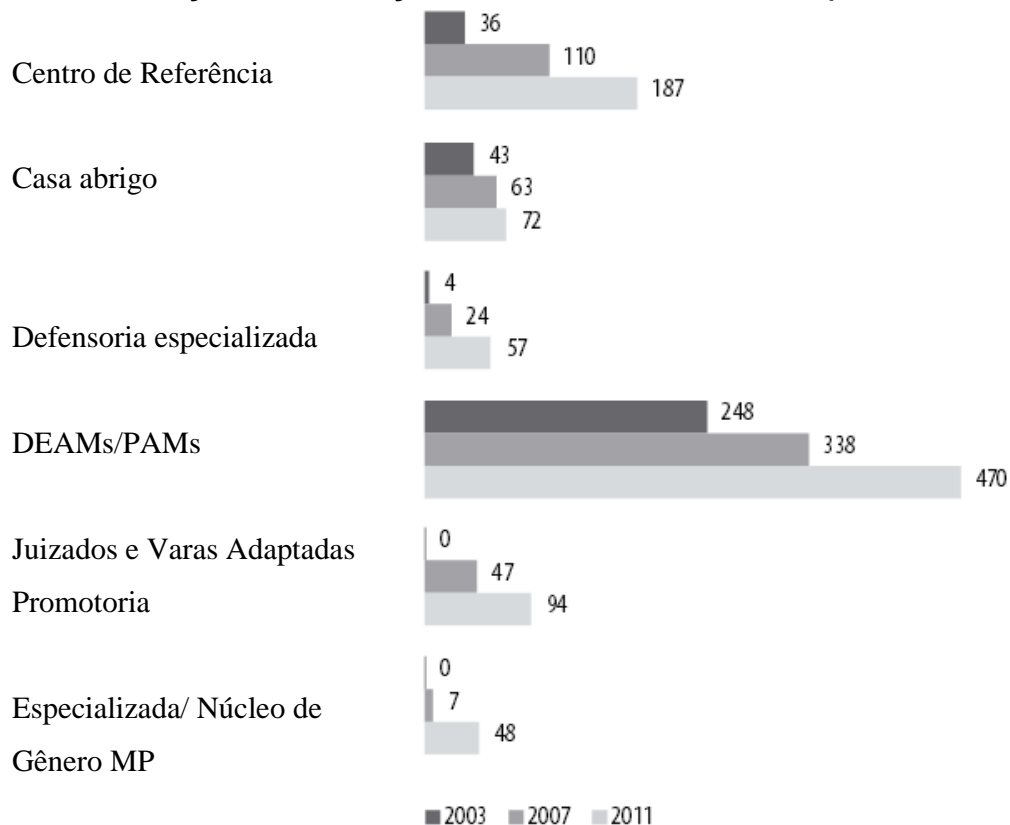
Tabela 2 - Delegacias Especializadas no Atendimento a mulher e Núcleos especializados em delegacias comuns, total e distribuição percentual, segundo as Grandes Regiões-Brasil.

Grandes Regiões	Total	Delegacias especializadas no atendimento a mulher		Núcleos especializados de atendimento a mulher nas delegacias comuns	
		Total	Distribuição (%)	Total	Distribuição (%)
Brasil	531	421	79,3	110	20,7
Norte	46	35	3	11	10,0
Nordeste	99	81	19,2	18	16,4
Sudeste	216	206	48,9	10	9,1
Sul	92	55	13,1	37	33,6
Centro Oeste	78	44	10,5	34	30,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, coordenação de população e Indicadores Sociais, Pesquisa de informações Básicas Estaduais, 2013.

A política nacional de enfrentamento à violência contra mulheres começa a ser construída a partir de 2004, com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), favorecendo a criação dos PNPM, que tem como um de seus objetivos implantar uma política nacional de enfrentamento da violência que garanta o atendimento integral, humanizado e de qualidade. Estes, por sua vez, em 2007, incorporaram os avanços obtidos nos últimos anos e aperfeiçoaram a política de enfrentamento à violência contra as mulheres, contida nos PNPM, elegendo as prioridades desta área, para os próximos quatro anos, 2008 e 2011 (BRASIL, 2011f).

O gráfico 2 apresenta a Evolução dos serviços da rede de atendimento nos anos de 2003, 2007, 2011.

Gráfico 2- Evolução dos serviços da rede de atendimento (2003, 2007, 2011)

Fonte: Sistema da Rede de Atendimento/SPM (acesso em 06 de julho 2015)

O II PNPM de (2008b), traz pela primeira vez os fundamentos de uma política para o enfrentamento da violência contra a mulher, estabelecendo como objetivos: (1) implantar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a mulher; (2) garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência.

A partir de então, vários foram os decretos, portarias e leis criados para favorecer e fortalecer o Enfrentamento à Violência contra a mulher tendo como tônica central a “integração dos serviços nas áreas de saúde, segurança, educação, assistência social, cultura e justiça” (BRASIL, 2008b).

Na Portaria N° 85, de 10 de agosto de 2010 estão definidas as diretrizes de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta. Destacam se as ações referentes rede de atendimento:

- VIII - Proporcionar às mulheres do campo e da floresta o atendimento humanizado, integral e qualificado na rede de atendimento às mulheres em situação de violência;
- IX - Garantir o acesso das mulheres do campo e floresta a todos os serviços da rede de atendimento;
- X - Ampliar a capilaridade do atendimento às mulheres do campo e da floresta, por meio da capacitação dos serviços especializados e não especializados da rede de atendimento à mulher em situação de violência (em especial, os da rede de saúde e da rede sócio-assistencial).

O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013 estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

A publicação da Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013, foi extremamente importante, pois definiu regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.

A Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, foi sancionada integralmente em respeito à inequívoca posição assumida pelo Congresso Nacional, que aprovou seu texto de forma unânime tanto na Câmara dos Deputados, como no Senado Federal. Reforça o atendimento adequado para as pessoas vítimas de violência sexual no sistema de saúde.

Dentro da concepção de rede de atenção o Decreto 7958 de 2013 dispõe, no Art. 2º, sobre o Serviço de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual, como sendo um dos pontos de atenção das redes intersetoriais de atendimento da violência contra mulheres, previstas na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, homens, crianças, adolescentes, jovens e pessoas idosas, e que tem como função precípua a preservação da vida e a continuidade do cuidado pelos componentes da rede de Atenção à Saúde nas regiões de saúde.

Aliado ao Pacto, o Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA) 2008 a, com o objetivo de gerir políticas públicas para o desenvolvimento territorial sustentável dos níveis de qualidade de vida da população rural, propôs várias ações, dentre elas, uma maior articulação entre várias políticas públicas a fim de superar os problemas relacionados à fome e ao desenvolvimento social (BRASIL, 2008a).

Como resultado desse enfoque territorial tem-se a implementação de ações que deverão modificar, em todo o país, estes territórios para a atuação do MDA como foco e ação principal de reduzir as desigualdades regionais e sociais com a observância da sustentabilidade. Dentre o enfoque propõe-se o enfrentamento da violência contra mulheres do campo e da floresta e das águas com a implementação de ações de enfrentamento da violência em dez municípios prioritários de campo e floresta, e das águas tendo como critérios de seleção os municípios com demandas prioritárias de ampliação do acesso à Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência, menor IDH, existência de Organismos de Políticas para as Mulheres, equipe multidisciplinar especializada, tempo de implantação, além do tamanho e da densidade populacional destes. Os dez Territórios da cidadania selecionados devem contemplar as cinco regiões do país, em cumprimento a mais uma das metas do Plano Nacional de Enfrentamento da violência contra mulheres do campo e da floresta e das águas (BRASIL, 2008 a).

Com a mesma tônica o Ministério da Saúde considerando as desfavoráveis condições de saúde das populações do campo e da floresta e visando diminuir as iniquidades em saúde destes instituiu, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), por meio da Portaria n 2.866, de 2 de dezembro de 2011, considerada como marco histórico na Saúde.

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto propõe mecanismos de controle mais eficazes e cria instrumentos para pactuação e monitoramento das ações realizadas nas três esferas de governo. Sendo assim, pretende-se que o acordo de colaboração firmado entre a união, estados e municípios nas regiões de saúde seja expresso por meio de um instrumento jurídico contendo a formalização das responsabilidades de cada esfera, constituído de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - (COAP).

Com o objetivo de apresentar estratégias que orientarão as gestões federal, estadual e municipal no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, foi criado o Plano Operativo da PNSIPCF (2012/2015) que tem como

princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão com foco nas populações do campo e da floresta. Esta operacionalização se norteia pela articulação intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e a PNSIPCF (2011b). O estabelecimento dos conceitos de Território, Região de Saúde, Mapa de Saúde contribuem para a orientação e desenvolvimento do Plano.

O Mapa da Saúde nos termos do Decreto 7508 é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. A Região de Saúde compreende espaço geográfico contínuo por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir das identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Já o Território é definido com espaço que possui tecido social de relações complexas, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um pacto de desenvolvimento local sustentável (BRASIL, 2011g).

A SPM, ao formular e implementar a política de enfrentamento à violência contra mulheres, através do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, afirmou-se como principal organizadora e articuladora desta política no âmbito federal, e com os estados e municípios. Este Pacto representa uma das grandes prioridades da SPM e um acordo federativo entre o Governo Federal e os governos estaduais e municipais, e tem por objetivo estabelecer ações de cooperação e solidariedade entre a União e os Estados e Municípios para a efetivação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2007a).

O planejamento da saúde deve ser entendido como uma Ação Pública, que no Brasil, também é uma exigência constitucional, tendo o estado a função explícita de planejamento. Na vigência do novo marco legal, o Decreto presidencial citado acima e a Lei Complementar 141/2012, retoma-se o tema do planejamento do SUS exigindo a curto e médio prazos o desenvolvimento de um processo de planejamento de saúde integrado, como resposta ao Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (2007), que consiste em um acordo

federativo envolvendo os três níveis de governo para o planejamento de ações em rede. (BRASIL, 2011g).

Nestas perspectivas os municípios considerados prioritários pelo MS/polos deverão elaborar o processo de Planejamento Regional Integrado e o Relatório de Gestão que deverão ser coordenados pelas Comissões Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculadas à Secretaria da Saúde de cada Estado para efeitos administrativos e operacionais, observando-se as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) o que possibilitará a organização, acompanhamento, controle e avaliação das pactuações regionais (BRASIL, 2011g).

Conforme disposto no artigo 4º da Lei 8.142/1990 e artigo 2º do Decreto 1.232/1994 o Relatório de Gestão é obrigatório à manutenção das transferências de recursos financeiros previstos no contrato a cargo da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1990 e 2013b).

O planejamento regional integrado será a base para a instalação de novos serviços de saúde na Região, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados, observando o Mapa da Saúde e o disposto no art. 197, combinado com o art. 174 da Constituição Federal e Decreto 7.508/2011.

Estes planos têm como função promover a ampliação do acesso aos usuários do SUS com qualidade, em todos os níveis de atenção, de forma humanizada, segundo as necessidades sociais, em tempo oportuno e com resolutividade, produzindo autonomia e cidadania, e contribuindo para a qualidade de vida mediante os cuidados em Redes de Atenção, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 2011g).

Segundo o relatório da CPMIVCM (2013), os Estados e os Municípios quando pactuam comprometem-se, entre outras coisas, a garantir a sustentabilidade dos projetos, bem como a constituição e/ou fortalecimento da rede de atendimento a mulher elaborando o Planejamento Integral Básico – PIB que deve conter um diagnóstico do Estado, a definição dos Municípios-polo, um Plano para implementação do Pacto, a especificação dos Recursos Financeiros necessários.

Portanto, reforça-se a oferta de atenção qualificada aos povos tradicionais com abordagem cultural; campo e cidade; diversidade étnica, religiosa, ciclo de vida

através de redes intersetoriais de serviço e de atenção as pessoas em situação de violência que deve ser específica para municípios considerando territórios do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2013d).

1.3 As Populações do Campo, da Floresta e das Águas

As populações do campo e da floresta e das águas são caracterizadas pelo MS (2013d, p. 8) por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão “os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Além das comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras [...]”.

A Portaria N° 85, de 10 de agosto de 2010 traz como base a seguinte definição para Mulheres do campo e da floresta: “são as mulheres trabalhadoras rurais, mulheres que vivem no campo, na ruralidade e na floresta, agricultoras familiares, as extrativistas, catadoras de côco, de babaçu e as seringueiras[...]”.

Quanto à territorialidade, no item II – a portaria citada anteriormente faz algumas considerações estabelecendo que no que tange à desigualdade de gênero e à vivência da violência doméstica, as mulheres do campo e da floresta têm sua vida fortemente marcada pelas características dos lugares em que vivem. Locais isolados, afastados e sem acesso rápido aos serviços nos quais as mulheres recebem a atenção adequada. Ainda reforça que a territorialidade passa pela interação das pessoas, grupos de conveniência e sociais além do ambiente (BRASIL, 2013d).

No Brasil, conforme o último Censo Demográfico 2010, a população rural representa um total de 29.830.007. As mulheres correspondem a quase a metade da população rural.

Apesar dos reconhecidos e mobilizadores movimentos sociais, a divisão sexual do trabalho continua sendo um dos principais problemas geradores da desigualdade de gênero fortemente marcada no meio rural. Estes movimentos, tal como, a Marcha das

Margaridas tem lutado pelos direitos das mulheres do campo e da floresta pontuando-se a formulação e implementação de políticas públicas de gênero (BRASIL, 2011b).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2007), as condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades.

Frequências da violência contra as mulheres têm sido bem documentadas. Porém a literatura disponível apresenta poucos estudos sobre o fenômeno da violência contra mulher do campo e da floresta. Os estudos mais frequentes apontam os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, estes referem-se a discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, dentre outras (BRASIL, 2013d).

“ No meio rural o fenômeno da violência contra mulher adquire formas complexas e múltiplas e está naturalizado e banalizado pela tradição sociocultural marcada pelas relações hierárquicas de gênero e de dominação aceitáveis dentro de cada grupo social” (PEEK-ASA C, et al.2011, tradução nossa).

Conforme apresentado pela SPM (2011), de acordo com informações da Central de Atendimento à mulher (Ligue 180), dos atendimentos realizados de janeiro a junho de 2011, 2,4% dos casos atendidos eram de mulheres que se identificaram como do campo e da floresta. Deste universo, 19,4% relataram a violência doméstica e familiar, sendo os principais casos relatados a violência física, violência psicológica, violência moral, violência sexual, violência patrimonial e cárcere privado (BRASIL, 2011e).

Os Ministérios visando o desenvolvimento territorial sustentável dos níveis de qualidade de vida da população rural, por meio de ações integradas, estabeleceram a articulação de diretrizes e ações entre várias políticas públicas a fim de superar os problemas relacionados à fome e ao desenvolvimento social em municípios prioritários/polo identificados também como “Territórios da Cidadania” (BRASIL, 2013).

Nas Observações Finais do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação da Mulher – CEDAW no 7º Relatório Brasileiro apresentado em 2011 foi considerado a posição desfavorável das mulheres em áreas rurais e remotas, que são muitas vezes as mais afetadas pela pobreza e extrema pobreza, enfrentando maiores dificuldades na obtenção de acesso à saúde e serviços sociais e quase nunca participando em processos de decisão, devido a atitudes patriarcais predominantes nas comunidades da zona rural. Assinala ainda mais fortemente o impacto dos projetos agroindustriais e de desenvolvimento sobre as condições de vida das mulheres do campo e da floresta e lamenta a falta de informações no relatório a esse respeito.

O acesso da população rural aos serviços de saúde e informações como direito de cidadania ainda é um grande desafio do SUS. A dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres do campo e da floresta, está relacionada, entre outros fatores, “às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência, trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais” e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo (BRASIL, 2004a).

Dados populacionais demonstraram a extensão e intensidade da violência em nosso meio, que violam os direitos humanos e apontam o quanto a violência está próxima de todos nós. Segundo o MS (2005, p.340) é preciso lembrar que suas consequências afetam a saúde individual e coletiva e os serviços do setor, estes considerados extremamente importantes já que é muitas vezes o único local procurado. Apesar de se localizarem em regiões mais distantes da capital, e com grandes áreas territoriais, há serviços voltados ao atendimento de pessoas em situação de violência, e que estão predominantemente estruturados na atenção primária, porém, demonstram fragilidade no cuidado prestado a estas mulheres.

De acordo com estudo sobre acesso das mulheres do campo e da floresta aos serviços de prevenção e de proteção de violência, realizado nos Estados Unidos, as mulheres do campo e da floresta têm quase duas vezes mais probabilidade de não serem atendidas nos serviços devido ao número insuficiente de programas, de pessoal adequado, e da falta de programas comunitários de saúde; além disto, a localização geográfica e isolamento podem colocar os residentes rurais em desvantagem no que diz respeito à obtenção de serviços (GOMES, et al, 2012a).

Diante da crescente demanda aos serviços de saúde de mulheres em situação de violência, e ao mesmo tempo a dificuldade de acesso a estes serviços fica evidente a necessidade dos profissionais da saúde entenderem que uma nova concepção de saúde precisa ser constituída. É necessário, também, que compreendam essa demanda, além dos novos determinantes da saúde das pessoas, tendo em vista a constituição histórica da violência ao longo do tempo. Para tanto faz se necessário à construção de uma rede de atendimento a mulher em situação de violência.

As populações do campo e da floresta e das águas do estudo estão representadas pelos municípios polos pertencentes às cinco regiões brasileiras do território nacional, assim referidos pelo Ministério da Saúde, 2008b. Estes serviços obedecem as pactuações regionais e implementam redes intersetoriais de serviço e de atenção as pessoas em situação de violência, por meio de consórcios intermunicipais, que deve ser específica para municípios considerando territórios do campo, da floresta e das águas.

Verificam-se nessas populações episódios de violência relacionados aos conflitos pela posse e propriedade da terra. Dentro do quadro de iniquidades que as atingem merecem destaque os agravos decorrentes das violências domésticas e sexuais, principalmente contra as mulheres (PNAD, 2007) conforme a tabela 3.

Tabela 3- Violências doméstica, sexual e outras violências contra mulheres adultas, 20 a 59 anos de idade, total de distribuição percentual, segundo a situação de domicílio da vítima- 2009 e 2012

Situação de domicílio	2009		2012	
	Total	Distribuição(%)	Total	Distribuição(%)
Total	13.968	100,0	63.504	100,0
Urbana	12.660	94,9	4.014	92,4
Rural	595	4,5	4.19	6,6
Periurbana	79	0,6	583	1,0
Sem informação	634	NA	2.734	NA

Fonte: Ministério das Saúde /SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, 2012. Nota: dados de 2012 atualizados em 30 de janeiro de 2014, sujeitos á revisão. O sexo da vítima não foi informado em 66 registros.

A PNSIPCF (2011b) considerada como um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações é composta por objetivos, diretrizes e estratégias que exigem

responsabilidades da gestão estadual, municipal e sociedade civil voltada para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional, sendo, portanto, um grande desafio como política transversal que é materializar esses propósitos, concentrando os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil na promoção, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades de acesso às ações e aos serviços do SUS para essas populações, considerando também as distâncias e a dispersão populacional, da população em geral que encontram grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações foi incorporado a esta política, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e de saúde das populações do campo e da floresta (BRASIL, 2011b).

1.4 O Projeto Para Elas por Elas, por Eles, por Nós, no Enfrentamento da Violência contra a Mulher

O projeto “Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós” é um Projeto de âmbito nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher, elaborado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde. Propõe algumas metas para o enfrentamento da violência contra as mulheres:

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 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;

Os 10 Seminários Loco regionais do Campo, Floresta e das Águas foram realizados pelo Projeto Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência tiveram papel essencial de apresentar o projeto aos municípios sede/polos das cinco regiões brasileiras. Nestes espaços foi possível a articulação e integração conseguindo a agregação dos pontos importantes que compõem à rede de atenção às pessoas em situação de violência por meio de aplicação de questionários e grupos focais.

Assim, o Projeto "Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós" se propôs a contribuir para a operacionalização das redes de atenção implementadas nos municípios envolvidos, e estimular a articulação de políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações, como a educação, segurança pública e assistência social e movimentos civis, por meio do comprometimento de gestores estaduais e municipais do SUS, assim como de prefeitos e governadores dos municípios envolvidos.

É necessário que se identifique o conhecimento do profissional, de acordo com sua visão a respeito da violência, para que se descrevam características da rede de atendimento das mulheres em situação de violência tem sido estabelecida no território nacional. A análise desta rede poderá revelar os obstáculos que impedem o acesso, e abordagem adequada das pessoas em situação de violência, atendidas nos serviços de saúde que compõem esta rede, bem como a possível fragilidade na prestação do cuidado destas pessoas.

Verifica-se, também, a necessidade de criação de espaços de reflexão éticos e técnicos sobre tal temática, com o intuito de dar maior visibilidade a tudo o que pode ser nomeado e reconhecido como violência, e promover o acesso de cidadãos e cidadãs em situação de violência aos serviços de saúde, a partir da implantação e ou da implementação da rede de atendimento da mulher em situação de violência no Brasil, por meio de articulações de ações assistenciais e integrais do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento e visão dos profissionais sobre a rede de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência nos 10 municípios prioritários identificados pelo Ministério da Saúde, em todo o Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Mapear e explorar as respostas à violência na rede de atenção a partir do conhecimento e visão dos profissionais de saúde;
- Identificar as barreiras de acesso à rede de atendimento da mulher do campo e da floresta em situação de violência sob a visão dos profissionais de saúde;
- Identificar as barreiras de articulação da rede de atendimento da mulher do campo e da floresta em situação de violência sob a visão dos profissionais de saúde;
- Identificar as barreiras institucionais da rede de atendimento à mulher do campo e da floresta em situação de violência, a partir do conhecimento e visão dos profissionais de saúde.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Do ponto de vista metodológico, o estudo caracteriza-se como transversal exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, propõe o desenvolvimento de procedimentos de pesquisa com a utilização de entrevistas semi estruturadas, tendo como eixo temático a rede de atenção à mulher em situação de violência, o que permitirá traçar um panorama a respeito dos serviços de saúde locais/regionais da rede de atendimento direcionados à rede de atenção à mulher em situação de violência responsáveis pelo atendimento das pessoas em situação de violência dos 10 municípios do Campo, Floresta e das Águas envolvidos no estudo.

A pesquisa se constituiu em um trabalho de equipe interinstitucional e interdisciplinar proporcionado pela coordenação do Projeto “Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós” do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde.

3.2 Local de Estudo

Os Seminários Loco Regionais do Campo, Floresta e das Águas realizados pelo Projeto Atenção Integral à mulher em Situação de Violência denominado Para elas, Por elas, Por eles, Por Nós, agrupou os 10 municípios sede/polos das cinco regiões brasileiras, municípios prioritários, referências das regiões macrorregionais identificados pelo MS.

A escolha pela realização da coleta de dados nestas regiões se deu pela possibilidade de maior concentração de pessoas, provenientes destas regiões e da macrorregião, convidadas a participar dos referidos seminários, garantindo uma amostra robusta e representativa das regiões envolvidas.

Municípios representados: **Posse** em Goiás, **Irecê** no estado da Bahia, **Quixadá** no Estado de Ceará, **Santana do Matos** no Estado do Rio Grande do Norte, **Igarapé**

Miri no Estado do Pará, **Cruzeiro do Sul** no Estado do Acre, **Augustinópolis** no Estado de Tocantins, **São Mateus** no Estado do Espírito Santo, **Registro** no Estado de São Paulo, **São Lourenço do Sul** no Estado do Rio Grande do Sul.

Os Territórios identificados nas macro ou microrregiões dos estados estão inseridos entre os 10 Territórios da Cidadania onde o Fórum Nacional Permanente Nacional acompanha a implantação de medidas de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do Campo e da Floresta (BRASIL, 2007 a) apresentados por região, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010).

Região Centro Oeste:

O Estado de Goiás ocupou a 9ª posição no *ranking* nacional em 2010, com taxa de 5,7 homicídios femininos por cem mil mulheres e em 2011 apresentou taxa de 8,5 segundo Mapa da Violência (2012). O Território Posse, neste estudo, representado pelo município Sede/ Polo **Posse** pertencente a uma macrorregião do Estado de Goiás- Vão Paraná e mesorregião do Leste Goiano. A área total do município Posse é de 2.024,537 Km², com população estimada em 2014 era de 34.192 habitantes sendo a população total de mulheres de 15.494 e a população rural de 3.481 de mulheres.

Região Nordeste

O Estado Baiano ocupou a 6ª posição no *ranking* nacional em 2010 com taxa de 6,1 homicídios femininos por cem mil mulheres, e em 2011 apresentou taxa de 6,2, segundo Waiselfisz (2012). O Território de estudo Irecê, neste estudo, representado pelo município Sede/ Polo Irecê. Este é pertencente à mesorregião do Centro- Norte Baiano estende se por 319 km² e contava com população estimada de 2014 de 72.730 habitantes no último censo. A população total de mulheres de 34.163 e a população rural de 2.417 mulheres.

Quando analisadas as taxas de homicídios femininos por cem mil mulheres de 2010, o Estado de Ceará ocupou a 22ª posição no *ranking* nacional, com taxa de 6,1 homicídios femininos por cem mil mulheres, e em 2011 apresentou taxa de 4,3 segundo Mapa da Violência (2012). O Território denominado Sertão Central, neste estudo, representado neste estudo pelo município Sede/ Polo **Quixadá**. O município possui extensão de 2.019,833 km² e contava com população estimada de 2014 de

84.684 sendo a população total de mulheres de 40.835 e a população rural de 10.856 mulheres.

O Estado do Rio Grande do Norte ocupou a 17^a posição no *ranking* nacional em 2010, com a taxa 4,4 homicídios femininos por cem mil mulheres, e em 2011 apresentou pequena queda na taxa de 4,3 segundo Mapa da Violência (2012). O Território denominado Seridó o qual faz parte o município Sede **Santana do Matos**. O município se estende por 1.419,54 km², contava com população estimada de 2014 de 13.768 sendo a população total de mulheres de 6.940 e a população rural de 3310 mulheres.

Região Norte

O Estado do Pará ocupou a 4^a posição no *ranking* nacional em 2010, com a taxa 6,1 homicídios femininos por cem mil mulheres e em 2011 apresentou taxa de 4,9, segundo Mapa da Violência (2012). O Território Baixo Tocantins/PA representado, neste estudo, pelo município Sede / Polo **Igarapé Miri/Pará** possui extensão territorial é de 1.996,790 km², contava com população estimada de 2014 de 59.998 sendo a população total de mulheres de 28.403 e a população rural de 15.027 mulheres.

Quando analisadas as taxas de homicídios femininos por cem mil mulheres de 2010, o Estado do Acre ocupou a 14^a posição no *ranking* nacional em 2010, com a taxa 4,9 homicídios femininos por cem mil mulheres, e em 2011 apresentou taxa de 5,1 segundo Mapa da Violência (2012). O Território Vale Do Juruá/AC, neste estudo, representado pelo município Sede / Polo **Cruzeiro do Sul**. O município possui extensão territorial de 8.779,407 km², contava com população estimada de 2014 de 80.953 sendo a população total de mulheres de 39, 287 e a população rural de 10.998 mulheres.

O Estado de Tocantins ocupou a 12^a posição no *ranking* nacional em 2010, com taxa de 5,0 homicídios femininos por cem mil mulheres e em 2011 apresentou taxa de 7,0, segundo Mapa da Violência (2012). O Território Bico do Papagaio, neste estudo, representado pelo município Sede: **Augustinópolis**. O município possui extensão territorial de 394, 976 Km², contava com população estimada de 2014 de 17.386 sendo a população total de mulheres de 7945 e a população rural de 1291 mulheres.

Região Sudeste

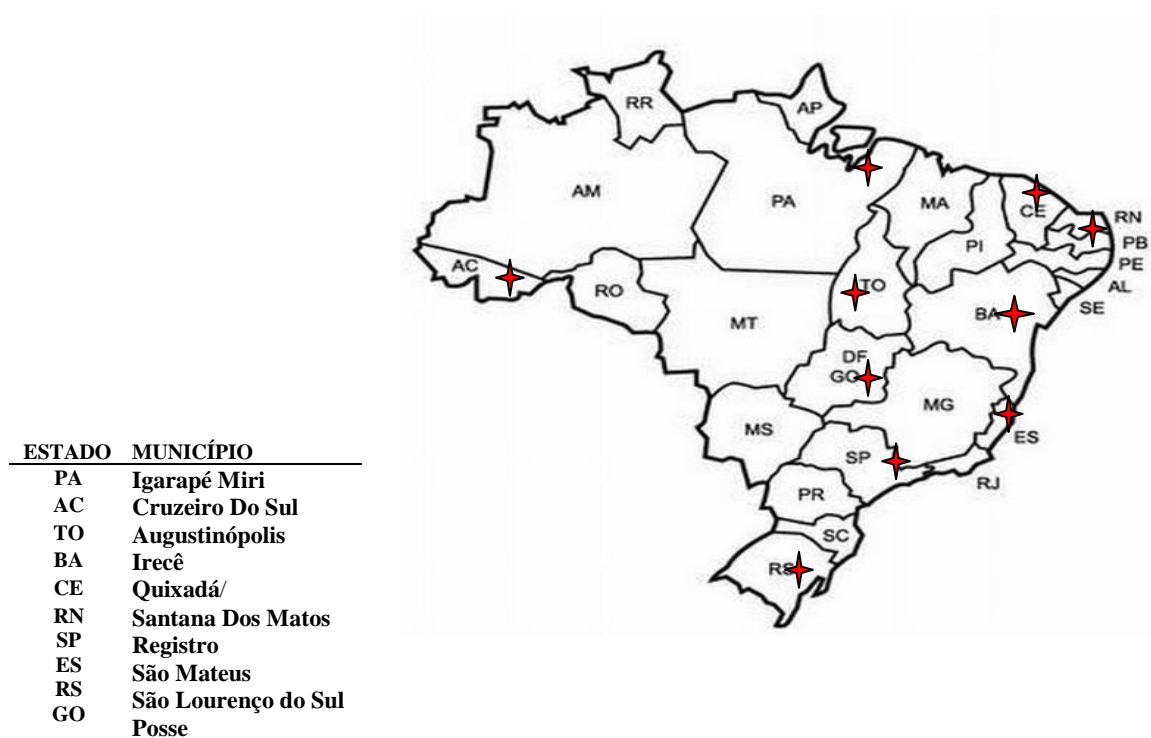
Quando analisadas as taxas de homicídios femininos por cem mil mulheres de 2010, o Estado do Espírito Santo ocupou a 1ª posição no *ranking* nacional, com taxa de 9,8 e em 2011 apresentou queda na taxa de 4,3 segundo Mapa da Violência (2012). O Território Norte, neste estudo, neste estudo, representado pelo município Sede/ Polo **São Mateus**. O município possui extensão de 2.338,727 km² e contava com população estimada de 2014 de 122.668 sendo a população total de mulheres de 55.098 e a população rural de 11.728 mulheres.

O Estado de São Paulo ocupou a 26ª posição no *ranking* nacional em 2010, com taxa de 3,2 homicídios femininos por cem mil mulheres e em 2011 apresentou taxa de 2,7, segundo Mapa da Violência (2012). Território: Vale Do Ribeira, neste estudo, representado pelo município Sede/ Polo **Registro**. O município possui extensão territorial de 722,265 Km², contava com população estimada de 2014 de 56.203 sendo a população total de mulheres de 27.605 e a população rural de 2.860 mulheres.

Região Sul

O Estado de Rio Grande Do Sul ocupou a 19ª posição no *ranking* nacional em 2010, com taxa de 4,1 homicídios femininos por cem mil mulheres e em 2011 apresentou taxa de 3,6 segundo Mapa da Violência (2012). Território Zona Sul do Estado, neste estudo, representado pelo município Sede/ Polo **São Lourenço do Sul**. O município possui extensão territorial de 2.036,125 Km², contava com população estimada de 2014 de 44.520 sendo a população total de mulheres de 21.488 e a população rural de 8.896 mulheres.

Figura nº 2. Mapa das regiões Brasileiras assinalando os Municípios pelo referidos pelo Ministério da Saúde, 2011.



Fonte: Ministério da saúde, 2011

3.3 População de Estudo

Optou-se pela inclusão do universo total de profissionais que participaram dos Seminários Loco regionais do Campo, Floresta e das Águas. Foram, ao final, cinco fatores de exclusão com total de 35 questionários excluídos (Quadro 2).

QUADRO 2- Fatores de exclusão

Descrição	N	%
Questionário em Branco/ taxa de resposta menor de 70%	10	21,14
Estudante não vinculado à área de saúde	8	16,91
Profissional não pertencente á área de saúde	8	16,91
Questionário sem nome e sem TCLE	3	0,63
Questionário duplicado (O profissional respondeu em mais de um seminário. Foi mantido o mais antigo)	6	1,26
Total	35	56,85

Dados compilados pela autora

Dos 473 profissionais participantes do seminário, 10 (21,14%) não responderam ao questionário ou não responderem a 70% da pesquisa; 8 (16,91%) foram excluídos por se tratar de estudantes não vinculados à área de saúde e não pertencerem à rede de atenção e de enfrentamento da violência; 3 (0,63%) questionários sem identificação e sem TCLE; 8 (16,91%) questionários de profissional não pertencente ao setor saúde, além de 6 (1,26%) questionários duplicados; entre estes, o questionário mantido correspondeu à ordem de realização dos seminários. A amostra final foi composta por 438 questionários sendo 17 médicos, 163 enfermeiros, 41 assistentes sociais, 17 psicólogos, 16 graduandos e 96 outros profissionais com pouca representatividade da categoria.

Durante as atividades dos seminários regionais foi possível a articulação, integração e a agregação de participantes de pontos importantes que compõem a rede de atenção às pessoas em situação de violência de todo território nacional.

Foram convidados profissionais de Saúde, da Segurança Pública, da Educação, da Assistência Social, de órgãos governamentais, além de representantes dos movimentos sociais, como o de mulheres, dentre outros, do município sede/polo e dos municípios que compunham a macrorregião, envolvidos por trabalhos com pessoas em situação de violência ou qualquer ação intersetorial para a execução de uma política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres.

O quadro 3 apresenta os municípios polos referidos pelo Ministério da Saúde e os municípios convidados, que compõem o mesmo território/ macrorregião identificados para Implementação de Ações de Enfrentamento da Violência.

Quadro 3- Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Contra Mulheres do Campo e da Floresta/Territórios para Implementação de Ações de Enfrentamento da Violência

Território/Município Sede	Municípios Da Região
Igarapé Miri/Pará	Composto por 11 Municípios: Abaetetuba, Acará, Baião, Barcarena, Cameté, Igarapé-Miri, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba, Moju, Oeiras do Pará, Tailândia.
Cruzeiro Do Sul /Acre	Composto Por 05 Municípios: Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Rodrigues Alves.
Augustinópolis/Tocantins	Composto por 25 Municípios: Axixá do Tocantins, Nazaré, Riachinho, Sítio Novo do Tocantins, Sampaio, Aguiarnópolis, Ananás, Angico, Araguatins, Augustinópolis, Buriti do Tocantins, Cachoeirinha, Carrasco Bonito, Darcinópolis, Esperantina, Itaguatins, Luzinópolis, Maurilândia do Tocantins, Palmeiras do Tocantins, Praia Norte, Santa Terezinha do Tocantins, São Bento do Tocantins, São Miguel do Tocantins, São Sebastião do Tocantins E Tocantinópolis.
Irecê /Bahia	Composto por 20 Municípios: Central, Gentio do Ouro, Itaguaçu da Bahia, João Dourado, Xique-Xique, América Dourada, Barra Do Mendes, Barro Alto, Cafarnaum, Canarana, Ibipecta, Ibititá, Ipupiara, Irecê, Jussara, Lapão, Mulungu do Morro, Presidente Dutra, São Gabriel E Uibaí.
Quixadá/Ceará	Composto por 12 Municípios: Banabuiú, Choró, Deputado Irapuan Pinheiro, Ibaretama, Mombaça, Pedra Branca, Piquet Carneiro, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu, Solonópole E Milhã.
Santana Dos Matos/Rio Grande Do Norte	Composto por 25 Municípios: Acari, Bodó, Caicó, Carnaúba dos Dantas, Cerro Corá, Cruzeta, Currais Novos, Equador, Florânia, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Jucurutu, Lagoa Nova, Ouro Branco, Parelhas, Santana do Matos, Santana do Seridó, São Fernando, São João do Sabugi, São José do Seridó, São Vicente, Serra Negra do Norte, ente Laurentino Cruz e Timbaúba dos Batistas.
Território: Posse Município Sede: Posse/Goiás	Composto por 12 Municípios: Posse, São Domingos, Simolândia, Sítio D`Abadia, Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Divinópolis de Goiás, Flores de Goiás, Guarani de Goiás, Iaciara e Mambá.
Território: Norte – ES Município Sede: São Mateus/Espírito Santo	Composto por 17 Municípios: Águia Branca, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, São Mateus, Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Ponto Belo, São Gabriel da Palha, Vila Pavão e Vila Valério.
Território: Vale Do Ribeira - SP Município Sede: Registro/São Paulo	Composto por 25 Municípios: Ilha Comprida, Apiaí, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Eldorado, Itapirapuã Paulista, Miracatu, Ribeira, Ribeirão Branco, São Lourenço da Serra, Tapiraí, Cajati, Cananéia,

	Iguape, Iporanga, Itaóca, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Juititaba, Pariqueira-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro e Sete Barras.
Território: Zona Sul do Estado - RS Município Sede: São Lourenço do Sul/Rio Grande do Sul	Composto por 25 Municípios: Aceguá, Arroio do Padre, Canguçu, Cerrito, Herval, Hulha Negra, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Piratini, Chuí, Cristal, Jaguarão, Pelotas, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Turuçu, Amaral Ferrador, Arroio Grande, Candiota e Capão do Leão.

FONTE: MS, 2008b

3.4 Aplicação dos questionários

A coleta de dados durou 15 meses, iniciando em maio de 2013 e finalizando em junho de 2014. Os questionários foram aplicados durante a realização dos 10 Seminários Loco Regionais do Campo, Floresta e das Águas do projeto Para elas, Por Elas, Por eles, por Nós.

Foram agregados mestrandos para a realização da coleta de dados nos meses correspondentes à realização dos mesmos.

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi construído e adaptado para atender ao Projeto de Atenção Integral à Saúde em Situação de Violência, do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde.

Os questionários foram revisados e digitados duplamente por pessoas diferentes para legitimação do processo. Realizaram-se procedimentos para a limpeza e consistência do banco de dados.

O questionário distribuído aos participantes dos seminários abordou o conhecimento dos profissionais envolvidos sobre a rede de atenção às pessoas em situação de violência e de enfrentamento da mesma. Sendo 41 questões fechadas e 05 questões abertas, comum para todos os profissionais entrevistados, com tempo médio de aplicação de 40 minutos (Anexo IV).

O instrumento foi composto por 47 questões subdividido em três seções:

Seção A:

- I. Informações gerais dos participantes: questões referentes a dados biossociodemográficos dos participantes como idade, sexo, raça, estado civil, nível de escolaridade. Para estes estudo utilizou - se o perfil sociodemográfico de todos os profissionais entrevistados, provenientes das cinco regiões brasileiras, bem como a média do tempo de trabalho em serviços de atenção a mulher em situação de violência.
- II. Formação: Grau de instrução e formação acadêmica, ambas utilizadas neste estudo.
- III. Trabalho: Instituição, esfera administrativa, função atual, vínculo de trabalho, quantas horas/semana você trabalha nessa função, turno de trabalho, tem outro vínculo de trabalho. Foram utilizadas para este estudo, esfera administrativa, função atual e tempo na função.

Seção B:

A Rede de atenção e enfrentamento da violência. Foram utilizadas questões relacionadas a:

- Visão, conhecimento e conduta dos profissionais acerca da rede de atenção e enfrentamento da violência/ 1, 3, 4, 5;
- Tipo de violência e âmbito: 6 e 7;
- Gestão da rede: 8,12, 19, 20;
- Acesso a rede: 9, 10,11;
- Articulação da rede: 30.

Seção C:

- VI. Opinião do participante.

3.5 Variáveis de Estudo

Foram constituídas com o intuito de se buscar informações que permitissem a identificação dos serviços da rede de atenção integral, bem como as dificuldades enfrentadas por esta rede.

3.5.1 Variáveis independentes

As principais variáveis empregadas no estudo estarão descritas abaixo e inseridas no questionário como- identificação, formação e trabalho-(Anexo IV)-questionário diagnóstico):

A) Identificação

Idade: no momento da entrevista, em anos completos

Sexo: masculino ou feminino

Estado civil: casado, solteiro, união estável, divorciou, separado, viúvo, outros.

Cor/Raça [IBGE]: auto declarada, considerando a classificação do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE), definida como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Local do Seminário de realização do estudo: nome da cidade ou Estado

B) Formação

Formação do entrevistado, incluindo tipo de curso: 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.

C) Trabalho

Instituição: instituição onde o entrevistado trabalha.

Esfera administrativa: Federal, Estadual, Municipal, Filantrópica, Privada, outra.

Função atual: para identificação do nível de atenção (primária, secundária e terciária)

Tempo nessa função: em meses e anos, no momento da entrevista.

3.5.2 Variáveis dependentes

Foram consideradas as seguintes variáveis dependentes para o estudo do conhecimento e visão dos profissionais da rede de atendimento:

- A- Diferentes tipos e âmbito de violência.
- B- Previsão de acesso aos três níveis de atenção da rede.
- C- Atendimento, abordagem e seguimento e encaminhamento dos casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher.
- D- Estabelecimento de estratégias de referência e contra referência à mulher em situação de violência.
- E- Garantia de recursos (estrutura física, recursos humanos, insumos, equipamentos) para a atenção à mulher em situação de violência.
- F- Oferta de programa de capacitação pelo município/estado aos profissionais da rede de atenção.
- G- Estabelecimento ações/diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher.
- H- Articulação do setor saúde com outros serviços/ setores da rede de atenção.

Foram utilizadas fórmulas que permitiram a construção dos indicativos da percepção dos profissionais envolvidos no estudo. Com a utilização das variáveis qualitativas ordinais recodificadas pode se construir dois indicadores: articulação do setor saúde e gestão conforme Quadro 4. O primeiro indicador diz da articulação do setor saúde com outros pontos da rede de atenção e segundo indicativo refere-se à gestão dos serviços da rede de atenção.

1) Indicador de articulação setor saúde (IAS)

$$IAS = \sum_{i=1}^7 X_i$$

2) Indicador de Gestão (IG)

$$IG = \sum_{i=8}^{11} X_i$$

Cada indicador foi padronizado para que assumisse valor na escala 0-1. A padronização ocorreu de acordo com a equação abaixo:

$$Ipad_i = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)}$$

As distribuições desses indicadores na escala 0-1 foram comparadas segundo outras variáveis qualitativas, tais como regiões, formação acadêmica, grau de instrução e faixa etária.

QUADRO 4 - Composição dos indicadores a partir das variáveis.

Indicador	Variáveis (X _i)	
Articulação setor saúde	X ₁	Delegacia para Mulheres
	X ₂	Serviços de Assistência Social
	X ₃	Entidade de Proteção à Mulher
	X ₄	Direitos Humanos
	X ₅	Movimento Feminista
	X ₆	Secretaria da Justiça
	X ₇	Defesa Social
Gestão	X ₈	A gestão Municipal/Estadual de saúde estabelece estratégias e contra-referência para a atenção à mulher em situação de violência?
	X ₉	O plano municipal define ações/diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde?
	X ₁₀	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?
	X ₁₁	A gestão Municipal/Estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência.

3.5.2.1 Recodificação das variáveis qualitativas ordinais:

A- Conhecimento dos profissionais acerca da identificação dos diferentes tipos e âmbito de violência

Em relação os diferentes tipos de violência, classificados quanto à natureza dos atos foi solicitado aos participantes que respondessem as seguintes perguntas, **Quais tipos de violência são freqüentemente atendidos no serviço onde você trabalha?**(Anexo IV, questão 6). Dentre as opções de respostas dadas foram os tipos de violência: Agressão física, Agressão verbal, Agressão moral ou psicológica, Agressão sexual, Negligência e ou abandono, não sei. **E qual o âmbito dos casos de violência freqüentemente atendidos no serviço/Município/Estado onde você atua?** (Anexo IV, questão 7). Para esta questão as opções dadas foram: (Violência comunitária, Violência doméstica, Violência institucional, Violência estrutural e Não sei).

B- Conhecimento dos profissionais acerca da rede de atenção a mulher em situação de violência

O acesso aos três níveis de atenção à saúde da mulher em situação de violência foi considerado como variável do indicador de gestão.

Na busca de informações sobre o conhecimento dos profissionais sobre o acesso aos três níveis de atenção à saúde da mulher em situação de violência, foram formuladas as seguintes questões:

- **O Município prevê acesso na atenção primária à mulher em situação de violência.** (Anexo IV, questão 9).
- **O Município prevê acesso em serviço especializado à mulher em situação de violência.** (Anexo IV, questão 10).
- **O Município prevê acesso ao cuidado hospitalar à mulher em situação de violência.** (Anexo IV, questão 11).

Para estas questões foram oferecidas aos participantes as seguintes opções de respostas: (2) sempre, (1) quase sempre, (0) parcialmente / às vezes sendo estas consideradas positivas = sim. E (-1) raramente e (-2) nunca foram

consideradas negativas = não. Respostas marcadas como: " Não se aplicam ou deixadas em branco" foram classificadas como dados ausentes.

C- O cuidado dos casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher: atendimento, abordagem encaminhamento

A fim de identificar o conhecimento dos profissionais sobre cuidado dos casos suspeitos e confirmados de VCM, foram formuladas as seguintes questões:

- **Durante o atendimento a mulher você já teve algum caso em que tenha suspeitado de violência cometida contra ela?** (Anexo IV, questão 1)
- **Você já atendeu alguma mulher em situação de violência?** (Anexo IV, questão 4)
- **Qual foi sua atitude frente à suspeita?** (Anexo IV, questão 3). Como opções de respostas foram elaboradas oito afirmações: utilizou se apenas as variáveis **Abordou a situação da violência, Fez seguimento da mulher? Encaminhou – para onde?**
- **Qual foi sua atitude frente à mulher em situação de violência?** (Anexo IV, questão 5). Como opções de respostas foram elaboradas oito afirmações: utilizou se apenas as variáveis **Abordou a situação da violência, Fez seguimento da mulher? Encaminhou – para onde?**

Para identificação dos serviços da rede e a fim de se alcançar os objetivos do trabalho foram considerados os encaminhamentos dos profissionais que já haviam atendido algum caso em que suspeitassem ou algum caso confirmado de violência cometida contra mulher. Para isto, as respostas dos participantes foram codificadas em outras sete opções de setores de serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência, na busca de informações mais concretas de identificação de serviços: Serviços da Saúde, Serviços jurídicos, Serviços Segurança Pública, Serviços da Assistência Social, Mais de um serviço, outros (encaminhamentos para categoria profissional não pertencente à rede de atenção) e Não informaram.

E/ F-Gestão e monitoramento dos serviços de atenção integral à mulher em situação de violência

Para avaliar a visão dos profissionais quanto à gestão e monitoramento dos serviços de atenção integral foi considerado como **indicador de gestão**: às ações/diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher, à garantia de recursos necessários para as ações no combate à violência contra a mulher e oferta de programas de capacitação para os profissionais foi solicitado aos participantes que respondessem as seguintes perguntas:

- **A Gestão Municipal/Estadual de Saúde estabelece estratégias de referência e contra - referência para a atenção à mulher em situação de Violência?** (Anexo IV, questão 12).
 - **O plano municipal define ações/diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde?** (Anexo IV, questão 8).
 - **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?** (Anexo IV, questão 19).
 - **A gestão Municipal/Estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência.** (Anexo IV, questão 20).
- Para estas questões foram oferecidas aos participantes as seguintes opções de respostas: (2) sempre, (1) quase sempre, (0) parcialmente / às vezes, sendo estas consideradas positivas = sim. E (-1) raramente e (-2) nunca foram consideradas negativas = não. Respostas marcadas como “Não se aplicam ou deixadas em branco” foram classificadas como dados ausentes.

G-Articulação do setor saúde com outros serviços/ setores da rede de atenção

Com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais acerca da **articulação do setor saúde** com a rede de serviços para mulheres em situação de violência foi

solicitado aos participantes que identificassem setores/ serviços da rede de atenção integral respondendo à questão:

- **Para a atenção a mulher em situação de violência, o setor saúde se articula com:** (Anexo IV, questão 30).

Como opção de resposta foi elaborada uma relação de 10 serviços para atenção às mulheres em situação de violência existentes.

As categorias (ou níveis) das variáveis do indicador de articulação do setor saúde foram codificados assim: (1) respostas positivas e (0) respostas negativas.

3.1.1 Associação entre as variáveis

O quadro 5 associa as variáveis independentes às variáveis dependentes:

Quadro 5- Relação das variáveis dependentes e independentes.

Variável independente	Variáveis dependentes
<p>-Identificação: perfil sociodemográfico -Formação: categorias profissionais -Trabalho: Esfera administrativa, Função atual, Tempo nessa função</p>	<p>Conhecimento e visão dos profissionais acerca:</p> <p>1-Diferentes tipos e âmbito de violência 2- Rede de atenção à mulher em situação de violência: Acesso à rede, manejo dos casos e gestão dos serviços. 3-Articulação do setor saúde com outros serviços/ setores da rede de atenção.</p>

3.7 Análises dos dados

Todos os resultados obtidos foram analisados com técnicas quantitativas por meio do programa Statistical Package for the social Science for Windows- SPSS (versão 16.0).

A análise deu-se em duas etapas: inicialmente, realizou-se análise descritiva dos dados censitários para os 10 municípios envolvidos no estudo, foram identificadas e segregadas as categorias profissionais: enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos além de graduandos. A distribuição de frequência simples das variáveis independentes foi calculada. Para tanto os resultados foram expressos como média, mediana e porcentagens. Na segunda etapa da análise foram utilizadas fórmulas que permitiram a construção do indicador grau da percepção dos profissionais envolvidos no estudo sobre a articulação do setor saúde com os outros setores da rede de atenção. O indicador foi padronizado para que assumisse valor na escala 0-1. As distribuições desse indicador na escala 0-1 foram comparadas segundo outras variáveis qualitativas, tais como regiões, formação acadêmica, grau de instrução e faixa etária, por meio de diagramas em caixa “Box plot”. Na terceira etapa realizou-se a associação das variáveis dependentes para verificar se existe associação a partir da análise de correspondência. A análise foi respaldada em autores que tratam do tema da violência contra a mulher e à rede de atenção no enfrentamento da violência como ação intersectorial. A Análise de correspondência 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).

3.8 Aspectos éticos

Este estudo encontra-se vinculado ao projeto de âmbito nacional intitulado Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde.

O projeto foi submetido e 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 adequando-se aos princípios éticos conforme a resolução no 196/96 do conselho nacional de saúde (ANEXO III).

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 V).

4 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 do Campo e da Floresta em situação de violência e as barreiras de acesso á rede de atendimento: visão dos profissionais de saúde.**

COLABORADORES

MCM Alcântara, 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. Participaram da análise e interpretação estatística.

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

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

O cuidado da mulher do campo e da floresta em situação de violência e as barreiras de acesso à rede de atendimento: visão dos profissionais de saúde.

The care of rural and forest women in situation of violence and barriers to access the network service: health professionals view.

Mirian Conceição Moreira de Alcântara¹

Elza Machado de Melo²

Ricardo Tavares³

Júlia Guimarães⁴

Victor Hugo Melo⁵

RESUMO

O artigo descreve as barreiras de acesso aos serviços da rede de atenção à mulher do meio rural em situação de violência e o cuidado prestado por meio da visão dos profissionais de saúde que participaram dos Seminários do Projeto “Para Elas”, realizados em dez municípios do “Campo, Floresta e das Águas” selecionados pelo Ministério da Saúde. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas. Foi criado o indicador do grau de percepção dos profissionais sobre a articulação do setor saúde com os outros setores da rede de atenção, que foi comparado às variáveis independentes analisadas no estudo. Conclui-se que o cuidado das mulheres sob violência e a articulação da rede estão fragmentados, e se associa ao desconhecimento dos profissionais sobre o funcionamento da rede de serviços.

Palavra- Chave: Serviços de Saúde da Mulher, Violência contra a mulher, Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The article describes the barriers of access to the network services of attention to the rural women in situation of violence and the care provided by the view of health professionals that took part of the Project “Para Elas” Seminars, conducted in ten municipalities of “Campo, Floresta e das Águas”, selected by Ministry of Health. Data were obtained from semi-structured interviews. It was created an indicator of the degree of professional awareness about the relationship of the health sector with other sectors of the care network, which was compared to the independent variables analyzed in the study. We conclude that the care of women under violence and the joint network are fragmented, and it is associated with the lack of professionals on the operation of network services.

Key-word: Health Services for Women, Violence against women, comprehensive health care.

¹ Mestranda do Programa Promoção de Saúde Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH),

² Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Professor Adjunto do Departamento Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto-UFOP- Ouro Preto (MG) e Professor Colaborador do Mestrado Profissional do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁵ Professor do Programa de Pós-Graduação Saúde da Mulher e do Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

E-mail: victormelo@terra.com

⁵ Professor do Programa de Pós-Graduação Saúde da Mulher e do Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Endereço para correspondência: Victor Hugo Melo – Rua Herval, apto. 1201 – CEP: 30240-010 – Belo Horizonte (MG). E-mail: victormelo@terra.com

Introdução

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo e atinge mulheres dentro e fora da família, podendo causar danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e óbitos. (OMS, 2002.112p). Segundo Melo (2012), para enfrentar este tipo de violência a principal estratégia é o trabalho em rede. Torna-se necessário o diálogo e a negociação entre as diversas redes, a fim de se planejar ações que permitam organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência.

Freqüências da violência contra as mulheres têm sido bem documentadas. Porém a literatura disponível apresenta poucos estudos sobre o fenômeno da violência contra mulher do campo e da floresta. Os estudos mais freqüentes apontam os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, estes referem se a discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, dentre outras (BRASIL, 2013d). Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2007), estas mulheres possuem as condições de saúde determinadas, dentre outras especificidades, pelas situações de violência tornando-as mais vulneráveis às enfermidades.

As RASs (Redes de Atenção à Saúde) são consideradas uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado e correspondem a conjuntos de serviços de saúde com missão e objetivos comuns que se articulam de modo cooperativo e interdependente, para oferecer atenção contínua e integral a determinada população (BRASIL, 2012b).

Um dos grandes desafios estratégicos para o governo do Brasil, segundo a OPAS/OMS (2011), é a implementação de uma rede que garanta o acesso a ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS. A recomendação é que este acesso ocorra pela atenção primária (BRASIL, 2012 a). O lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consolida a necessidade de uma rede articulada de atendimento à mulher (BRASIL, 2011c).

Por sua vez, a reorientação e ampliação dos serviços voltados para o exercício dos direitos das mulheres foi alterada pela Secretaria de Política para Mulheres (SPM) que acrescentou outros significados de “rede” e “transversalidade” (BRASIL, 2013b).

A rede e a transversalidade são consideradas eixos horizontais indicando a articulação dos serviços que devem fazer parte de uma rede intersetorial bem articulados para assegurar o atendimento integral às mulheres. Já o eixo vertical representa as políticas e serviços do município, do estado e do governo federal que também precisam estar articulados de forma a otimizar os recursos existentes e potencializar os resultados que possam ser alcançados (BRASIL, 2013b).

O Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles... Por Nós, de âmbito nacional, financiado pelo Ministério da Saúde e executado por equipe da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), se propôs a contribuir para a operacionalização das redes de atenção implementadas nos municípios sede/polo e dos municípios das macrorregiões, além de estimular a articulação de políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações (Para Elas, 2013-<http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>).

Considerando as RASs como portas de entrada para as pessoas em situação de violência, objetiva-se identificar neste estudo, por meio da opinião e visão dos profissionais de saúde que compõem esta rede, as barreiras de acesso destas mulheres aos serviços existentes, bem como, as possibilidades e limites de articulação da rede.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando como base metodológica questionários semi estruturados, aplicados entre maio de 2013 a junho de 2014, tendo como eixo temático a rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros do Campo e floresta e das Águas, previamente selecionados pelo Ministério da Saúde: **São Posse** em Goiás, **Irecê** no estado da Bahia, **Quixadá** no Estado de Ceará, **Santana do Matos** no Estado do Rio Grande do Norte, **Igarapé Miri** no Estado do Pará, **Cruzeiro do Sul** no Estado do Acre, **Augustinópolis** no Estado de Tocantins, **São Mateus** no Estado do Espírito Santo, **Registro** no Estado de São Paulo, **São Lourenço do Sul** no Estado do Rio Grande do Sul. Estes municípios/territórios

fazem parte da macrorregião de cada estado. Foi selecionado pelo menos um município de cada macrorregião: Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

A coleta de dados foi obtida por meio da realização dos Seminários Loco Regionais coordenados pelo Projeto Para Elas. Foram convidados a participar profissionais de Saúde, da Segurança Pública, da Educação, da Assistência Social, de órgãos governamentais, além de representantes dos movimentos sociais. Durante estes Seminários os participantes eram convidados a responder o questionário, em um momento especialmente dedicado para esta finalidade. Todos os respondentes deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário utilizado era composto por 47 questões subdividido em três seções. Este instrumento foi validado e aplicado anteriormente nos Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas (Para elas, 2013). Os questionários foram revisados e digitados duplamente, por pessoas diferentes, para minimizar os erros. Para o presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis dependentes: dados pessoais e demográficos dos participantes (idade, sexo, raça, estado civil, nível de escolaridade); escolaridade (Grau de instrução e formação acadêmica); trabalho (esfera administrativa, função atual, tempo de trabalho); visão, conhecimento e conduta dos profissionais acerca da rede de atenção e enfrentamento da violência nas questões; acesso à rede de assistência; articulação na rede de assistência.

Realizaram-se os procedimentos habituais para a limpeza e consistência do banco de dados. Optou-se pela inclusão do universo total de profissionais que participaram dos Seminários Loco Regionais (n=473) entre os quais foram excluídos 35 questionários, por motivos diversos: alguns estavam em branco; outros apresentavam taxa de respostas menor que 70%; alguns respondentes eram estudantes não vinculados à área de saúde; alguns não havia identificação do respondente; outros não tinham o TCLE; alguns questionários duplicados – neste caso, era mantido o mais antigo). Assim, para a presente análise, trabalhou-se com 438 questionários válidos. Todos os resultados obtidos foram analisados com técnicas quantitativas por meio do programa Statistical Package for Social Science for Windows- SPSS (versão 16.0).

A análise deu-se em duas etapas: inicialmente, realizou-se análise descritiva dos dados censitários para os 10 municípios envolvidos no estudo, foram identificadas e segregadas as categorias profissionais: enfermeiros, assistentes sociais, médicos,

psicólogos além de graduandos. A distribuição de frequência simples das variáveis independentes foi calculada. Para tanto os resultados foram expressos como média, mediana e porcentagens. Na segunda etapa da análise foram utilizadas fórmulas que permitiram a construção do indicador grau da percepção dos profissionais envolvidos no estudo sobre a articulação do setor saúde com os outros setores da rede de atenção. O indicador foi padronizado para que assumisse valor na escala 0-1. As distribuições desse indicador na escala 0-1 foram comparadas segundo outras variáveis qualitativas, tais como regiões, formação acadêmica, grau de instrução e faixa etária, por meio de diagramas em caixa “Box plot”.

Resultados

Na tabela 1 percebe-se que, entre os respondentes válidos (n=438), havia predomínio do sexo feminino (82,4%). Mais da metade tinha entre 20 a 40 anos de idade sendo que a idade média dos participantes foi de 36,7 anos e mediana de 34,0 anos. Quase a metade (44,1%) declarou-se parda. Pouco mais da metade possuía relação conjugal estável (54,1%). Os 36,7% dos participantes possuía graduação, e muitos já tinham realizado algum curso de pós-graduação 41,4%. Quanto à formação acadêmica 37,2 eram enfermeiros, 9,4% eram assistentes sociais, 3,9% eram médicos e psicólogos e 3,7 eram graduandos. A maioria (84,2%) atuava principalmente na esfera municipal e 35,6% estão distribuídos na atenção primária, 31,5% na gestão, os demais, na atenção secundária 9,4% e na atenção terciária 4,1%. Quanto ao tempo de trabalho na função exercida, 36,8% possuíam mais de três anos, 26,7% possuíam de um a três anos e 25,3% possuíam menos de um ano de tempo na função.

Tabela 1- Características dos participantes dos seminários Loco Regionais

Variáveis	Características sócio demográficas do universo do estudo	N	%
Faixa etária	Até 30 anos	136	31,1
	31 a 40 anos	132	30,1
	41 a 50 anos	70	16,0
	Acima de 51 anos	39	8,9
	Não informaram	61	13,9
Sexo	Masculino	71	16,2
	Feminino	368	82,4
	Não informaram	6	1,4
Cor /Raça	Preta	29	6,7
	Branca	162	37,0
	Amarela	6	1,4
	Parda	193	44,1
	Indígena	1	0,2
	Não informaram	46	10,5
Estado Civil	Casado(a) ^a	237	54,1
	Solteiro(a) ^b	200	45,7
	Não informaram	1	0,2
Grau de instrução	Ensino fundamental	2	0,4
	Ensino Médio	83	18,9
	Graduação	164	36,7
	Pós Graduação	185	41,4
	Não informaram	4,0	0,9
Variáveis	Características do trabalho dos participantes do estudo	N	%
Formação acadêmica	Enfermagem	163	37,2
	Serviço Social	41	9,4
	Medicina	17	3,9
	Psicologia	17	3,9
	Graduando	16	3,7
	Outros ^c	96	21,9
Níveis de atenção	Atenção Primária	156	34,9
	Atenção Secundária	41	9,2
	Atenção Terciária	18	4,0
	Gestão	139	31,1
	Não informaram	62	13,9
Esfera administrativa	Federal	8	1,8
	Estadual	33	7,5
	Municipal	369	84,2
	Filantrópica	5	1,1
	Privada	3	0,7
	Outra	6	1,4
	Não informaram	7	1,6
Tempo na função	< de um ano	111	25,3
	1 a 3 anos	117	26,7
	>3 anos	161	36,8
	Não informaram	48	11,0
	Total	438	100,0

Nota: ^aCasado: Possui companheiro(a). ^bSolteiro: Inclui divorciado(a)/separado(a), viúvo(a). ^cInclui participantes com categoria profissional com pouca representatividade: Conselheiro, Digitador, Fiscal de limpeza, Fiscal de vigilância, Sindicalista, Jornalista, Pastor, Pastoral da criança, Vereador.

Fonte: Dados compilados pelos autores.

De acordo com a tabela 2, dos 72,5% participantes que afirmaram, durante o atendimento, terem suspeitado de violência cometida contra a mulher, 52,1% afirmaram já ter abordado algum caso e apenas 32,7% afirmaram ter realizado seguimento dos mesmos. Ainda, conforme tabela 2, em relação aos casos confirmados de violência cometidos contra a mulher 61,6% dos participantes afirmaram ter atendido, 64,2 % afirmaram ter abordado e 33,2% afirmaram ter realizado o seguimento dos mesmos.

Entre os encaminhamentos dos casos suspeitos de violência realizados para a rede de atenção, a metade dos participantes (53,7%) afirmou ter encaminhado casos suspeitos de violência. Os psicólogos foram os profissionais que mais encaminharam os casos suspeitos de violência (85,7%). O encaminhamento concomitante para mais de um serviço da rede de atenção foi realizado por 9,7% dos profissionais seguido do encaminhamento para os serviços do setor saúde apontado por 5,4% dos profissionais. O serviço da rede que obteve o menor número de encaminhamentos foi o Setor Judiciário com 2,9% encaminhamentos apenas.

Já os encaminhamentos dos casos confirmados de violência realizados para a rede de atenção, também quase a metade dos participantes (54,8%) afirmou ter realizado. O encaminhamento concomitante para mais de um serviço da rede de atenção foi realizado por 40% dos profissionais seguido do encaminhamento para os serviços do setor saúde apontado por 19% dos profissionais. A maioria destes encaminhamentos foi realizada por outros profissionais (26,7%) e por enfermeiros (19,6%) seguidos dos psicólogos 18,2%. O serviço da rede que obteve o menor número de encaminhamentos foi também o Setor Judiciário com 7,0% dos encaminhamentos apenas, conforme tabela 2. Observou-se também a afirmação de distribuição de frequência de 59,4% na utilização das estratégias de referência e contra referência dos casos. Os 87,5% dos graduandos seguidos dos 62,9% dos enfermeiros e dos 60,5% dos assistentes sociais foram os que mais afirmaram existir estratégias de referência e contra referência.

Tabela 2- Conhecimento e visão dos profissionais dos 10 municípios do Campo e da Floresta acerca da rede de atenção a mulher em situação de violência

Descrição	Enfermeiros		Assistente Social		Psicólogos		Médicos		Graduandos		Outros ^a		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	163	37,2	41	9,4	17	3,9	17	3,9	16	3,7	96	21,9	350	79,9
Cuidado dos casos suspeitos de violência														
Atendimento	105	70,0	28	82,4	14	87,5	9	56,2	13	92,9	53	69,7	222	72,5
Abordagem	65	63,1	14	46,7	8	57,1	5	55,6	3	27,3	17	35,4	112	52,1
Seguimento	29	28,7	12	40,0	7	50,0	2	22,2	5	45,5	15	30,6	70	32,7
Cuidado dos casos confirmados de violência														
Atendimento	78	55,3	24	75,0	14	87,5	12	80,0	10	76,9	37	55,2	175	61,6
Abordagem	60	75,0	20	76,9	10	76,9	9	69,2	3	27,3	18	40,9	120	64,2
Seguimento	27	33,8	8	30,8	6	46,2	4	30,8	5	45,5	12	27,3	62	33,2
Encaminhamentos realizados														
Caso suspeito	51	50,5	20	66,7	12	85,7	4	44,4	7	63,6	21	42,9	115	53,7
Caso confirmado	46	57,5	18	69,2	11	84,6	3	23,1	6	54,5	18	41,9	102	54,8
Encaminhamentos dos casos suspeitos aos serviços da rede														
Setor Saúde	14	8,6	1	2,4	0	0	1	5,9	1	6,2	2	2,1	19	5,4
Setor Judiciário	2	1,2	4	9,8	1	5,9	0	0	1	6,2	2	2,1	10	2,9
Segurança	2	1,2	2	4,9	1	5,9	2	11,8	0	0	4	4,2	11	3,1
Setor Assistência Social	9	5,5	3	7,3	5	29,4	0	0	3	18,8	5	5,2	25	7,1
Mais de um serviço da rede	13	8,0	8	19,5	6	35,3	0	0	2	12,5	5	5,2	34	9,7
Encaminhamentos de casos confirmados aos serviços da rede														
Setor Saúde	9	19,6	3	15,8	2,0	18,2	0	0	1	16,7	4	26,7	19	19,0
Setor Judiciário	2	4,3	0	0	0	0	0	0	2	33,3	3	20,0	7,0	7,0
Setor Segurança	6	13,0	2	10,5	1,0	9,1	0	0	1,0	16,7	1	6,7	11	11,0
Setor Assistência Social	5	10,9	2	10,5	3,0	27,3	0	0	0	0	2	13,3	12	12,0
Mais de um serviço da rede	17	37,0	11	57,95	5,0	45,5	3	100,0	2	33,3	2	13,3	40	40,0
Referência e contra Referência dos casos de violência														
	95	62,9	23	60,5	7,0	43,8	3	21,4	14	87,5	45	56,2	187	59,4

Nota:^a Outros participantes: Agente Comunitário de Saúde, Administração Hospitalar, Auxiliar técnico de Enfermagem, Biologia, Ciências Biológicas, Ciências Contábeis – Sanitarista, Ciências Exatas, Cirurgiã Dentista, Jornalismo, Educação Física, Farmácia, Bioquímica, Fisioterapia, Acupuntura, Gestão de Órgãos Públicos, Gestão em Saúde Pública, Gestão Hospitalar, Gestão Pública, História, Licenciatura em Artes Visuais, Nutrição, Odontologia, Residente em Saúde da Família, Terapia Ocupacional, Gestão Recursos Humanos. Fonte: Dados compilados pela autora.

Conforme tabela 3, em relação ao desconhecimento dos profissionais sobre articulação do setor saúde com outros pontos da rede de atenção foi apontado entre os 15,7% dos enfermeiros, 28,3% dos assistentes sociais e entre os médicos, mais da metade deles (58,8%). Quase 1/3 dos graduandos (31,3%) não souberam informar quais serviços/ setores a saúde se articula. Quando se avalia a articulação da rede entre si, na visão de metade dos participantes do estudo (53,5%) afirmou que a Secretaria de Assistência Social é considerada um dos setores que o setor saúde mais se articula. O segundo setor que a saúde mais se articula é a Delegacia para Mulheres sendo considerada por 23,1% dos participantes. Para 17,9% dos participantes o terceiro setor que a saúde mais se articula são as Entidades de proteção à mulher. Considerando negativas as afirmações de articulação das outras secretarias com o setor saúde, Os Movimentos feministas 69,7%, seguido da Secretaria de Direitos Humanos 67,5%, seguida da Secretaria de Defesa Social 64,2%, e da Secretaria de Justiça 62,5% foram considerados, pelos participantes, setores que menos são articulados pelo setor saúde.

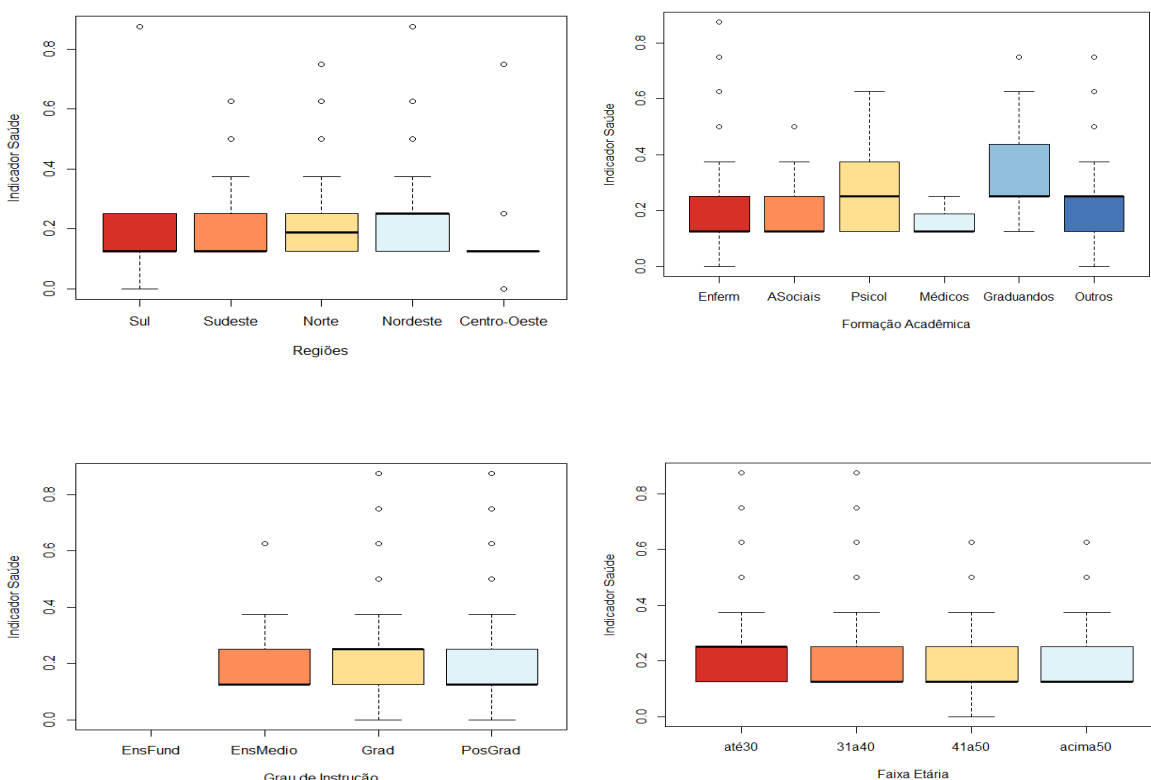
Tabela 3- Conhecimento dos profissionais dos 10 seminários do Campo e Floresta acerca da articulação do setor saúde com outros serviços da rede de enfrentamento da violência contra a mulher

Articulação setor saúde com outros setores da rede	Enfermeiros		Assistente Social		Psicólogos		Médicos		Graduandos		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	163	37,2	41	9,4	17	3,9	17	3,9	16	3,7	96	21,9	350	79,9
Delegacia para mulheres														
Sim	37	23,3	11	28,3	4	23,5	3	17,6	10	62,5	19	22,1	84	25,1
Não	97	61,0	17	43,6	7	41,2	4	23,5	1	6,3	39	45,3	165	49,4
Não sei	25	15,7	11	28,3	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	85	25,4
Serviço de Assistência social														
Sim	110	69,2	20	51,3	11	64,7	3	17,6	10	62,5	39	45,3	224	53,5
Não	24	15,1	8	20,5	0	0	4	23,5	1	6,3	19	22,1	77	18,4
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Entidade de proteção à mulher														
Sim	32	20,1	8	20,5	2	11,8	2	11,8	5	31,2	18	20,9	75	17,9
Não	102	64,2	20	51,3	9	52,9	5	29,4	6	37,5	40	46,5	226	53,9
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Direitos humanos														
Sim	21	13,22	2	5,1	1	5,9	0	0	1	6,3	7	8,1	18	4,3
Não	113	71,1	26	66,7	10	58,8	7	41,2	10	62,5	51	59,3	283	67,5
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Movimento feminista														
Sim	2	1,3	1	2,6	0	0	0	0	1	6,3	4	4,7	9,0	2,1
Não	132	83,0	27	69,2	11	64,7	7	41,2	10	62,5	54	62,8	292	69,7
Não sei	25	15,7	11	22,8	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Secretaria da Justiça														
Sim	16	10,1	2	5,1	4	23,5	0	0	3	18,8	11	12,8	39	9,3
Não	118	74,2	26	66,7	7	41,2	7	41,2	8	50,0	47	54,7	262	62,5
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2
Defesa Social														
Sim	21	13,2	2	5,1	1	5,9	0	0	1	6,3	7	8,1	32	7,6
Não	113	71,1	26	66,7	10	58,8	7	41,2	10	62,5	51	59,3	269	64,2
Não sei	25	15,7	11	28,2	6	35,3	10	58,8	5	31,3	28	32,6	118	28,2

Fonte: Dados compilados pela autora.

A figura 1 apresenta, em geral, um baixo indicativo de percepção de articulação do setor saúde, em todas as regiões. Com leve vantagem da região Nordeste seguida da Norte. A região Sul mostra desempenho negativo de percepção. Os profissionais até 30 anos tiveram o indicativo de percepção de articulação levemente superior às outras faixas etárias. Os profissionais de 41 a 50 anos são os mais heterogêneos em sua percepção. Verificou-se também que os participantes graduandos tiveram maior indicativo de percepção de articulação do setor saúde. Tantos graduandos e pós-graduados tiveram maior dispersão nas percepções, conforme figura 1.

Figura 1 – A articulação do setor saúde com os outros pontos da rede de atenção por meio do indicativo da percepção dos profissionais por região, por formação acadêmica, por grau de instrução e por faixa etária.



Nota: EnsFund: Ensino fundamental. EnsMédio: Ensino médio. Grad: Graduação. PosGrad: Pós-graduação.

Discussão

Percebe-se que apesar dos diversos avanços, a rede de serviços de saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema “a violência”.

Chama atenção o fato de que a maioria dos participantes (34,9%) do estudo estava lotada na Atenção Primária à Saúde (APS), 36,8% possuíam mais de três anos de tempo na função. Este quadro torna visível a falta de acesso das mulheres à rede de atenção ou a falta de vínculo com este nível de atenção que, muitas vezes, é o único acesso mais próximo ofertado à mulher do campo e da floresta. A APS como parte integrante das RAS, cumprindo o atributo de primeiro contato, deverá ser a principal porta de entrada, ou seja, o acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde (MENDES, 2011, p. 97). Porém, sabe-se que as mulheres em situação de violência não procuram os serviços de saúde (APS) por diversos motivos. De acordo com estudo sobre acesso das mulheres do campo e da floresta aos serviços de prevenção e de proteção de violência, realizado nos Estados Unidos, as mulheres do campo e da floresta têm quase duas vezes mais probabilidade de não serem atendidas nos serviços devido ao número insuficiente de programas, de pessoal adequado, e da falta de programas comunitários de saúde; além disto, a localização geográfica e isolamento podem colocar os residentes rurais em desvantagem no que diz respeito à obtenção de serviços (GOMES, et al, 2012a).

Observou-se que um pouco mais da metade (61,6%) dos profissionais de saúde do estudo tem atendido mulheres em situação de violência (tabela 2). O estudo sinaliza que a baixa frequência de atendimentos dos casos pode ser caracterizada pela dificuldade dos profissionais para identificar os casos de violência. Em estudo realizado com gestores municipais, profissionais de saúde e mulheres usuárias de UBS do Estado de São Paulo aponta que a maioria (80,9%) dos profissionais de UBS detectava a vivência de situações de violência entre as mulheres que atendia (OSIS, et al, 2012). Desta forma um atendimento integral e de qualidade às mulheres em situação de violência ainda representa um desafio, pois os dados acentuam a existência de barreiras de acesso a estes serviços.

Quanto às mulheres que supostamente estavam em situação de violência, ou confirmados como violência, verifica-se a baixa ocorrência de frequência da

abordagem das mesmas evidenciando a dificuldade de metade dos profissionais para estabelecerem o diálogo com estas mulheres. Identifica-se ainda um desafio para a *práxis* de comunicação. Considerando que a violência é um problema de saúde pública e não privado, apresentando mesmo um caráter social, a abordagem sobre a violência faz-se necessária. Segundo D'Oliveira (2000, p.83), *“em processos comunicativos sistematicamente limitados, os participantes formam concepções subjetivamente não coercitivas, mas ilusórias. [...] anulando-se as possibilidades sistemáticas dos processos comunicativos”*. Ainda afirma que *“[...] em uma “consulta” onde pressupõe a liberdade interativa, existe a possibilidade de dois sujeitos presentes ao diálogo compartilharem a verdade proposicional [...], para a abordagem adequada das mulheres em situação de violência”*. Nesta lógica, portanto, *“[...] o que foi vivido vem a ser percebido como transgressão e violência, ou não, e que as alternativas terapêuticas são negociadas ou impostas”*. Porém, paralelamente, aos resultados encontrados confirmaram o que a literatura sugere a respeito do predomínio da invisibilidade da violência, diante do que se convencionou chamar de dificuldades dos profissionais para identificar a violência (Kiss et al, 2011).

Vários autores confirmam que a violência é um problema difícil de ser abordado diante da insegurança e dificuldade no manejo e seguimento dos casos (BARALDI et al., 2012; KANNO et al., 2012; LOBATO et al., 2012; LIMA, et al., 2012; KISS & SCHRAIBER, 2011). Na Bélgica foram encontrados resultados semelhantes (LIMA et al, 2012; MENDES 2011), e o mesmo ocorreu em estudo realizado com médicos da atenção primária do Reino Unido, (RAMSAY et al, 2012) e em Bruxelas, onde se identificou que *“obstáculos são identificados na triagem da violência doméstica durante a gravidez incluindo médicos ginecologistas, parteiras e enfermeiros”* (BUCKLEY et al, 2013, p. 12).

Por sua vez, Minayo (2006) aponta que entre as dificuldades de inclusão da violência na agenda da Saúde *“[...] está em convencer um setor profundamente marcado pela racionalidade biomédica em aceitar nesse modelo e dinâmica complexos problemas de caráter social e não doenças”* o que está em consonância com Kiss & Schraiber (2011) que consideram a violência, dentre as diversas situações inespecíficas, como problema social que demanda os serviços de saúde com quadro de profissionais alinhados com a intervenção médica

tradicional. Em síntese, a violência assume posição marginal, como objeto de intervenção de saúde e não é incorporada na construção do trabalho em saúde.

Considerando as baixas frequências de seguimento da mulher nos municípios estudados fica evidente a dificuldade dos profissionais em conduzirem os casos das pessoas em situação de violência, com qualidade assistencial. Encontramos estudo realizado com as equipes de Saúde da Família de Teresópolis (RJ), que também mostrou dificuldades no cuidado dos casos, em especial no acompanhamento de famílias em situações de violência, afirmando que a maioria se sente insegura e pouco qualificada no manejo de casos (LOBATO et al, 2012). Mas uma vez evidencia-se a importância do conhecimento do trabalho em rede além da coordenação do cuidado como atributo da APS, processo este, compreendido também por gestão de casos. O deslocamento do usuário aos diversos níveis e pontos da rede de atenção denota o cuidado imprescindível na busca de um conjunto de soluções integradas para responder as necessidades de saúde da população. A APS deve ser garantida pelos municípios e o acesso aos outros níveis hierárquicos de atenção se dará através da referência de pacientes, sempre a partir deste nível de atenção, respeitando se os critérios de encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011a). A Portaria Nº 841, de 2 de maio de 2012 descreve que o acesso às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS, incluindo as unidades básicas de saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

O desconhecimento das estratégias de referência e contra referência como um importante instrumento de gestão apontado pelo estudo enfatizam a fragilidade presente na dificuldade dos profissionais em estabelecer comunicação com a rede de atenção, ou até mesmo de não identificar que existem estratégias para referenciar os casos de violência. Este não é um problema raro, muitas regiões do estudo reforçam este cenário. É preciso que as instituições pensem estratégias de funcionamento que lhes permitam a comunicação intra e intersetorial. Esta articulação intersetorial requer uma dinâmica de trabalho que exige recursos humanos conhecedores de outros serviços, de suas competências e do papel da atenção primária na coordenação do cuidado que contempla,

sobretudo, o acesso da população aos demais níveis de atenção de maior complexidade tecnológica (serviços especializados e cuidados hospitalares) para o enfrentamento da violência, conforme demonstram outros autores, como LIMA et al (2010) e GOMES et al (2012). Por sua vez, Schraiber et al (2005) afirmam “que vários serviços de saúde apresentam-se como verdadeiros obstáculos comunicacionais, obstáculos de linguagem para demandas diversificada de agravos á saúde”.

O desconhecimento da atenção em rede pelos participantes do nosso estudo é verificado entre todas as categorias estudadas. Sendo que mais da metade de todos profissionais, dos graduandos e dos outros participantes desconhecem a articulação do setor saúde com a rede de serviços (tabela 3). Sinaliza se, portanto a fragilidade da rede quanto ao acesso das mulheres aos diversos e possíveis níveis de atenção da rede para a prestação do cuidado integrado e interdisciplinar. Estes resultados contrariam as definições do Decreto 7.508 (2011) em que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é considerado direito conforme legislação vigente. O acesso deve ser visto como um conjunto de dimensões que precisam estar articuladas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

O estudo de PEEK et al (2011) aponta que há um número limitado de abrigos, serviços sociais e serviços de saúde disponíveis em áreas rurais e conclui que o acesso é díspar baseada na densidade populacional comparado ao acesso garantido as mulheres do meio urbano que não enfrentam fragilidades como a distância geográfica. A falta de conhecimento das possibilidades de encaminhamento na rede de atenção apontado pelo presente estudo encontra respaldo em outros estudos, como os de MENDES (2011) e Kiss &Schraiber (2011), que relatam que, em função do julgamento individual dos casos de violência sem cunho tecnológico, profissionais médicos não buscam soluções em outras experiências, quer de outros profissionais da saúde, quer de outros setores ou instituições assistenciais, não encaminham e, em sua maioria, desconhecem serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência. Em outro estudo realizado em 17 serviços da rede de atenção de Salvador (BA) também mostra que muitos profissionais ainda desconhecem os serviços da rede

de atenção. Diversos autores afirmam que, para que as instituições se vinculem em rede é essencial um suporte adequado de recursos humanos e uma dinâmica de trabalho favorável que favoreça a comunicação com outros serviços (LOBATO, et al, 2012); (LIMA, et al, 2010); (DUTRA, et al. 2013); (GOMES,et al,2012a); (OSIS, et al, 2012).

Ainda confirmando a articulação do setor saúde com outros pontos de atenção da rede, nas avaliações do Sistema Viva (2010) observou-se, em relação aos encaminhamentos para outros setores dos casos do sexo feminino, que o destino mais freqüente das mulheres foi o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente (21,7%), seguido da Delegacia Especializada da Mulher (DEM), com 21,4%, dado este que se aproxima de nossos estudos, e os de outros autores com estudos semelhantes. (LIMA, et al,2010); (MENEGHEL, et al, 2013). Considerando a maior freqüência de articulação do setor saúde a outros setores da rede, conforme relatório da CPMI (2013), a articulação da rede de atenção continua a ser um desafio a ser vencido por muitos Estados do território. A falta de recursos humanos em diversos pontos da rede pode ser o reflexo da falta efetiva da articulação entre os setores de saúde – necessária para potencializar e fortalecer a intervenção dos serviços no enfrentamento à violência contra a mulher. Segundo D'Oliveira (2000) *“a articulação entre estes diversos lugares deve ser feita pela própria pessoa que está sofrendo [...]. Na ausência de uma organização intersetorial que providencie esta conexão, é importante, portanto, pensarmos no compromisso ético presente na incorporação deste problema para a saúde, já que se trata de questão basicamente relativa à ética das relações interpessoais”*.

Concluimos que as barreiras para a atenção às usuárias dos municípios do Campo, Floresta e das Águas, em situação de violência, mostram que existe um descompasso entre as políticas públicas em vigor e a assistência às mulheres do campo e da floresta em situação de violência. Acentua-se a realidade da desigualdade na distribuição territorial da oferta de serviços da rede. Sabe-se que muitos destes municípios, apesar de serem considerados “Sedes” pelo Ministério da Saúde, muitas vezes se localizam em regiões mais distantes da capital, com grandes áreas territoriais e nem sempre possuem em funcionamento todos os serviços voltados ao atendimento de pessoas em situação de violência. Com isto

são geradas mais barreiras para o acesso destas pessoas aos serviços, demonstrando a grande fragilidade no cuidado prestado a estas mulheres.

Postulamos que, como estratégia de enfrentamento e prevenção da violência contra a mulher, o grande desafio da rede consiste em reconhecer o papel do profissional na ruptura de barreiras significativas para a segurança do processo e eficácia no reconhecimento e condutas de casos suspeitos ou confirmados de violência. As barreiras visualizadas do cuidado neste estudo (identificação, atendimento, abordagem e conduta adequada) dos casos de violência além de prejudicar de forma excessiva o atendimento integral às mulheres, reafirmam o cenário da invisibilidade da violência nos serviços, até mesmo nos territórios onde a rede de serviços existentes não se caracteriza como uma barreira de oferta dos mesmos.

REFERÊNCIAS

BARALDI, A. C. P. et al. **Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?** *Rev. bras. saúde matern. infant*; 12(3): 307-318, ago.-set. Recife, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio 2007: **PNAD** 2007b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**: 2012-2015. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2h_nov2011.pdf>. Acesso em: 6 Julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012a** dispõe sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 85 de 10 de agosto 2010c**. Institui o Fórum Nacional das Diretrizes e Ações de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta. 2010c.

BRASIL. Poder Legislativo. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI)** - Relatório Final. Brasília, Junho de 2013b. Presidenta: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG). Vice-Presidenta: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP). Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES). Brasília: CPMIVCM, 2013b. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>>. Acesso em: 25 junho.2015

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde da Presidência da República, 2012b. 323 p.

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 as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011c. 72 p. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM-Rede-Enfrentamento-VCM-2011.pdf>>. Acesso em:

19 out. 2013.

BUCKLEY, et al., **Final report 'Domestic Violence PER Action Plan'**. 2013. Disponível em: <http://www.livingknowledge.org/livingknowledge/wp-content/uploads/2014/07/Deliverable-D5.1-Final-Report-Domestic-Violence-PER-Action-Plan.pdf>

CECILIO, L. P. P. et al. **Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010**. *Epidemiol. serv. saúde*; 21(2): 293-304, abr.-jun. 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de saúde em Atenção Primária**. 2000. 286f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GOMES, N. P. et al. **Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher**. *Rev. enferm. UERJ* (Brasil); 20(2): 173-178, abr.-jun. 2012.

HABERMAS J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

KANNO, N. de P. et al. **Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento / Estudo problemas médico –social**. *Saúde Soc*; 21(4): 884-894, out.-dez. 2012.

KISS, L.B, SCHRAIBER, L.B. **Social medical themes and the health intervention: violence against women in the professional's discourse**. *Ciênc. saúde coletiva*; 16(3): 1943-1952, mar. 2011.

LIMA, M. L.L. et al. **Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva*; 17(1): 33-42, jan. 2012.

LOBATO, G.R et al. **Challenges for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents through the Family Health Program in a medium-sized city in Rio de Janeiro state, Brazil**] *Cad Saude Publica*; 28(9): 1749-58, Sep. 2012.

MELO, E. M. **O Projeto Para elas, por elas, por eles e por nós. 2012**, Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>>. Acesso em: 20 de abril 2015.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2010. 278p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015

MENEGHEL, S.N. et al. [\[Repercussions of the Maria da Penha law in tackling gender violence\]](#). *CienSaude Colet*; 18(3): 691-700, Mar. 2013.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, supl., p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2002. 112p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE–OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília, OPAS/OMS, 2011.

OSIS, M.J.D. et al. **Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais** *Rev Saude Publica*; 46(2): 351-358, abr. 2012.

PEEK, A.C, et al. Rural disparity in domestic violence prevalence and access to resources. **J Womens Health (Larchmt)**;20(11):1743–9.2011.

RAMSAY, J. et al. **Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians**. *Br J Gen Pract*. 2012;62(602):647–55. [[PMC free article](#)][[PubMed](#)][[Cross Ref](#)].

SCHRAIBER et al. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde**. *Rev. Interface* 2005; 11-26. IN 2009; 12(4): 566-77 shtml>. Acesso em: 20 maio 2010.

6 COMENTÁRIOS FINAIS

Em nosso estudo buscamos compreender melhor a situação referente a capacidade que apresentam a rede de serviços para acolher e responder a demandas de mulheres em situação de violência. Apresentamos as possibilidades já existentes de atenção à saúde da mulher e os limites que os serviços apontam

Este problema exige ações capazes de dar conta das inúmeras demandas apresentadas, o que implica a necessidade de articulação entre diferentes áreas de conhecimento e de atuação.

O não reconhecimento de que a violência contra a mulher é problema de atenção à saúde, e o não acolhimento, principalmente no nível primário de atendimento, que de fato realiza-se como porta de entrada para o suporte intersetorial de assistência às mulheres em situação de violência, dificulta a comunicação entre os profissionais da saúde e as usuárias dos serviços e nos permite reforçar o quanto a invisibilidade da violência ainda persiste.

Sendo assim, faz-se necessária a ampliação desse debate e torna-se imprescindível a elaboração de estudos que a partir de uma revisão dos valores que norteiam as práticas de intervenção e cuidados próprios na área da saúde, possam identificar novas formas de interação, seja enquanto canais de comunicação, e conseqüentemente, de intervenções mais resolutivas dos casos como resultado da qualificação das demandas de casos de violência apresentadas.

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARALDI, A. C. P. et al. **Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?** *Rev. bras. saúde matern. infant*; 12(3): 307-318, ago.-set. Recife, 2012.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012a** dispõe sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

BRASIL. **Comissão Intergestores Tripartite**. Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol3_cit.pdf>.

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

BRASIL. **Decreto de Lei nº 7.958**, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 14 mar. 2013a, p. 1..Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm>. Acesso em 30 de maio de 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, **para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa**, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011g-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8.º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 08 ago. 2006b, p. 1.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, 02 ago. 2013b, p. 1. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm>. Acesso em 02 de set. de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: MS; 2010e. acesso em 07/05/2015 [[Links](#)]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS** (PlanejaSUS) uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio 2007: **PNAD** 2007b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**: 2012-2015. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2h_nov2011.pdf>. Acesso em: 6 Julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**: 2012-2015. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2h_nov2011h.pdf>. Acesso em: 6 Julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648/GM de 28 de março de 2006c**. Instituiu a Política Nacional de Atenção Básica. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010b**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 dez. 2010a, p. 88, col. 2. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 dez. 2010a, p. 88, col. 2. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 528, de 1º de abril de 2013**. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 02 abr. 2013c, Seção 1, p. 41, col. 1. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html>. Acesso em 02 de set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.257, de 22 de dezembro de 2009**. Altera e acrescenta artigos à Portaria nº 2.460/GM/MS, de 12 de dezembro de 2005, e dá

outras providências. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009d/prt3257_22_12_2009.html>. Acesso em: 6 Julho de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011b.Disponívhtml>. Acesso em: 05 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012** dispõe sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 85 de 10 de agosto 2010**. Institui o Fórum Nacional das Diretrizes e Ações de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. **Portaria nº 42I, de 23 de agosto de 2007**. Institui o Fórum de Elaboração de Políticas para o Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual : Matriz Pedagógica para Formação De Redes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. –Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. □ 1. ed.; 1. reimpr. □ Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/impacto_violencia.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Referências para o desenvolvimento territorial sustentável**. Ministério do Desenvolvimento Agrário; com o apoio técnico e cooperação do Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura/IICA - Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável/Condráf, Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural/NFAD 2008a.

BRASIL. Poder Legislativo. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) - Relatório Final**. 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). Brasília: CPMIVCM, 2013e. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>>. Acesso em: 25 ago.2013

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/ Ipea/ Ministério da Saúde da Presidência da República, 2012b.323p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde da Presidência da República, 2012b.323p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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 as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011c. 72 p. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM-Rede-Enfrentamento-VCM-2011e.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Rede de Enfretamento à Violência contra a Mulher**. Brasília: SPM, 2014a. Disponível em: <https://sistema3.planalto.gov.br//spm/atendimento/atendimento_mulher.php>. Acesso em: 21 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2010d. 52 p. (Enfrentamento à violência contra as mulheres; v.2).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. [Internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011f. 44 p. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. [Internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. 108 p. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. [Internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. 236 p. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/pnpm/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf>

BRASIL. Presidência da República. **Participação do Brasil na 51ª Sessão do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação da Mulher – CEDAW**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2012. Disponível em <http://www.spm.gov.br/assuntos/conselho/atas-das-reunioes/recomendacoes-vii-relatorio-cedaw-brasil>. Acesso em 27/06/2015

BRASIL. **SUS de A Z. 2009a**, p. 194 Acesso em 2010/10/15. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf

BUCKLEY, et al., **Final report ‘Domestic Violence PER Action Plan’**. 2013. Disponível em: <http://www.livingknowledge.org/livingknowledge/wp-content/uploads/2014/07/Deliverable-D5.1-Final-Report-Domestic-Violence-PER-Action-Plan.pdf>

CAMPOS G.W.S. Conceitos para repensar a integração entre autonomia e responsabilidade no trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 agosto; 15 (5): 2337-45.

CARVALHO, G. *et al.* **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA, CONASEMS, 2008. 202p.

Comitê CEDAW no 7º Relatório Brasileiro apresentado em 2011.

COSTA M.C, LOPES M.J.M. **Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence**. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2013 July 28];46(5):1088-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_08.pdf . Acesso em 02 jul.015

D'OLIVEIRA, A. F. P. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de saúde em Atenção Primária**. 2000. 286f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DUTRA M.L, PRATES P.L, NAKAMURA E, VILLELA, WV. **A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica**. *Ciência Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1293-1304. [[Links](#)]

FILHO, A. M. S. et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n. 1, p. 7-18, jan/mar, 2007.

GOHN, M.G. (2005/2008). **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. (2. Ed). São Paulo: Cortez.

GOMES, N. P. et al. **Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher**. *Rev. enferm. UERJ* (Brasil); 20(2): 173-178, abr.-jun. 2012.

KANNO, N.de P. et al. **Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento /Estudo problemas médico –social**. *Saúde Soc*; 21(4): 884-894, out.-dez. 2012.

KERN, Francisco Arseli (2003/2012). **As Mediações em Redes como Estratégia Metodológica do Serviço Social**. (3ªed). Porto Alegre: EDIPUCRS.

KISS, L.B, SCHRAIBER,L.B. **Social medical themes and the health intervention: violence against women in the professional's discourse**. *Ciênc. saúde coletiva*; 16(3): 1943-1952, mar. 2011.

LIMA, M. L.L. et al. **Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil**.*Ciênc. saúde coletiva*; 17(1): 33-42, jan. 2012.

LOBATO, G.R et al. **Challenges for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents through the Family Health Program in a medium-sized city in Rio de Janeiro state, Brazil**] *Cad Saude Publica*; 28(9): 1749-58, Sep. 2012.

MARX, Karl. **Maquinaria e trabalho vivo (os efeitos da mecanização sobre o trabalhador)**. *Crítica Marxista*, São Paulo, Brasiliense, v.1, n.1, 1994, p.103-110

MELO, E. M. **O Projeto Para elas, por elas, por eles e por nós**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>>. Acesso em: 20 de abril 2015.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2010. 278p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, supl., p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014.

MINAYO, M. C. S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, supl., p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 16 maio 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, 2005a. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2013.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. 1. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b.p. 244.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2014 [[Links](#)]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. 112p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília, OPAS/OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington: OPAS/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002b. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf>. Acesso em: 25 agosto. 2014.

OSIS, M.J.D. et al. **Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais** *Rev Saude Publica*; 46(2): 351-358, abr. 2012.

PEEK, A.C, et al. Rural disparity in domestic violence prevalence and access to resources. **J Womens Health (Larchmt)**;20(11):1743–9.2011.

PESQUISA INSTITUTO AVON/IPSOS (2º estudo). **Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil**. [Internet]. São Paulo: Instituto Avon; 2011. 30 p. [acesso 15 maio 2012]. Disponível em: http://www.institutoavon.org.br/wp-content/themes/institutoavon/pdf/iavon_0109_pesq_portuga_vd2010_03_vl_bx.pdf

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – **PNAD 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default>>.

RAMSAY, J. et al. **Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians**. Br J Gen Pract. 2012;62(602):647–55. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]

ROSA, Doriana OA, et al. **A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo**. Revista da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-FEMINA | Março/Abril, 2013 | vol. 41 | nº 2.

SCHRAIBER et al. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde**. Rev. Interface 1999; 11-26. IN 2009; 12(4): 566-77 shtm>. Acesso em: 20 maio 2010.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos técnico assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Os novos padrões da violência homicida no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2011. 243 p. [acesso 20 maio 2013]. Disponível em: http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf

APÊNDICE A

FIGURA DO ARTIGO



Figura: 1 Distribuição do indicador percepção da Articulação do setor Saúde por região, por formação acadêmica, por grau de instrução e por faixa etária..... **83**

APÊNDICE B

LISTA TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1:	Características dos participantes dos Seminários Loco Regionais.....	77
Tabela 2:	Conhecimento e visão dos profissionais dos 10 municípios do Campo e da Floresta acerca da rede de atenção a mulher em situação de violência.....	79
Tabela 3:	Conhecimento dos profissionais dos 10 seminários do Campo e Floresta acerca da articulação do setor saúde com outros serviços da rede de enfrentamento da violência contra a mulher.....	82

ANEXO I- Ata da Defesa

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP	
---	--	---

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA MIRIAN CONCEIÇÃO MOREIRA DE ALCÂNTARA

Realizou-se, no dia 28 de setembro de 2015, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina - Sala 807, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O CONHECIMENTO E VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA REDE DE ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS*, apresentada por MIRIAN CONCEIÇÃO MOREIRA DE ALCÂNTARA, número de registro 2013712566, 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). Antonio Leite Alves Radicchi (UFMG), Prof(a). Geraldo Cunha Cury (UFMG).


A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

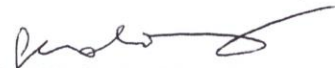
Reprovada

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

Belo Horizonte, 28 de setembro de 2015.


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


Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi (Doutor)


Prof(a). Geraldo Cunha Cury (Doutor)

ANEXO II- Folha de Aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

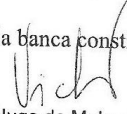
FOLHA DE APROVAÇÃO


**O CONHECIMENTO E VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA REDE DE ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E
DAS ÁGUAS**

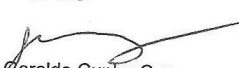
MIRIAN CONCEIÇÃO MOREIRA DE ALCÂNTARA

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 28 de setembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:


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


Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi
UFMG


Prof(a). Geraldo Cunha Cury
UFMG

Belo Horizonte, 28 de setembro de 2015.

ANEXO III-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.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO IV - Questionário Completo

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

Prezado (a) participante,

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 em nosso meio. O Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência tem 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 às mulheres 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)/união estável/mora junto com um companheiro(a)
- Solteiro(a)
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)

Cor/Raça [IBGE]

- Preta
- Branca
- Amarela
- Parda
- Indígena 112

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: _____

Função atual: _____

Tempo nessa função: _____ () meses _____ () anos

Quantas horas/semana você trabalha nessa função: _____

Turno de trabalho:

- manhã
- tarde
- noite
- dois turnos
- três turnos

Esfera administrativa:

- Federal
- Estadual
- Municipal
- Filantrópica
- Privada
- Outra: _____

Vínculo de trabalho:

- Concursado
- Contratado celetista
- Contratado autônomo (RPA)
- Terceirizado
- Contrato Temporário
- Outro. Especifique _____

Tem outro vínculo de trabalho?

- Não
- Sim. Qual (is)? _____ 113

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
- Constrangido
- Impotente
- Desorientado
- Angustiado
- Desinteressado
- Temeroso
- Outros: Especifique: _____

3 - Qual foi sua atitude frente à suspeita?

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

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

- Agressão física
- Negligência ou abandono
- Agressão verbal
- Agressão sexual 114

- Agressão moral ou psicológica
- 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 estrutural
- Violência doméstica
- Violência institucional
- Não sei
- Não se aplica

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

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

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

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

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

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

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

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca 115

- Não sei
- Não se aplica

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
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

13 - Quais são as ações de vigilância desenvolvidas no Município/Estado:

- Notificação dos casos
- Diagnóstico epidemiológico
- Ações de prevenção
- Ações de promoção
- Ações de monitoramento
- Ações de reabilitação
- Não sei

14 - O Município/Estado desenvolve ações de vigilância de saúde referente à violência contra a mulher.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

15 - O Município/Estado notifica os casos de violência contra a mulher.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei

16 - A ficha de notificação está disponível no serviço?

- Sim
- Não
- Não sei

17 - Existe dificuldade no preenchimento da ficha de notificação?

- Não
- Sim. Qual _____ 116

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
- Às 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
- Às 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. Por quê? _____
- Não possui opinião formada.

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. Por quê? _____
- Não possui opinião formada.

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 117

25 - Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência contra a mulher no Município/Estado em que trabalha?

- Sim
- Não
- Não sei

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

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

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
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei

29 - Quais são os serviços que oferecem atenção à mulher em situação de violência sexual no Município/Estado onde você trabalha?

- Cadeia de custódia
- Delegacia especializada no atendimento a 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
- Unidades de Pronto Atendimento
- Atenção Terciária (hospital de referência) - Citar nome do Estabelecimento: _____
- Atenção Secundária
- Atenção Primária
- Referência para outro município
- Não existe oferta de atenção à mulher em situação de violência
- Outros: _____
- Não sei

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 118

- Secretaria de Direitos Humanos
- Movimento Feminista
- Outro(s). Qual(is): _____
- 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
- Não sei
- Não se aplica

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 - Em sua opinião, os profissionais que fazem o aborto legal sofrem discriminação?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei

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

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

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

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente 119

- 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
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

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

- Sim
- Não
- Encaminha para o IML
- Encaminha para a Delegacia de Polícia
- 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
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

40 - Em sua opinião, a atenção à mulher em situação de violência em seu Município/Estado é:

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não tenho opinião formada

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

V - O QUE VOCÊ PENSA SOBRE:

42 - Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Discordo parcialmente
- Não tenho opinião formada 121

ANEXO V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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 da 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.

