

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE  
E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG**

**CLARA MARIZE CARLOS**

**CUIDADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM DEZ  
TERRITÓRIOS PRIORITÁRIOS BRASILEIROS**

**BELO HORIZONTE  
2017**

**CLARA MARIZE CARLOS**

**CUIDADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM DEZ  
TERRITÓRIOS PRIORITÁRIOS BRASILEIROS**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

**BELO HORIZONTE  
2017**

## FICHA CATALOGRÁFICA

C284c Carlos, Clara Marize.  
Cuidados às mulheres em situação de violência em dez territórios prioritários brasileiros [manuscrito]. / Clara Marize Carlos. - - Belo Horizonte: 2017.  
89f.: il.  
Orientador: Victor Hugo de Melo.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência contra a Mulher. 2. Violência Doméstica. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Saúde da População Rural. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Victor Hugo de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 309

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**FACULDADE DE MEDICINA**

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência Linha de  
pesquisa: Promoção de Saúde e Suas Bases

**Reitor:** Prof. Jaime Arturo Ramírez

**Vice-Reitora:** Prof.<sup>a</sup>. Sandra Goulart Almeida

**Pró-Reitora de Pós-Graduação:** Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

**Pró-Reitor de Pesquisa:** Prof.<sup>a</sup>. Adelina Martha dos Reis

**Diretor da Faculdade de Medicina:** Prof. Tarcizo Afonso Nunes **Vice-Diretor da**

**Faculdade de Medicina:** Prof. Humberto José Alves **Coordenador do Centro de Pós-**

**Graduação:** Prof. Luiz Armando Cunha De Marco **Subcoordenador do Centro de Pós-**

**Graduação:** Prof. Edson Samesiana Tatsuo **Chefe do Departamento de Medicina**

**Preventiva e Social:** Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof.<sup>a</sup> Alaneir de Fátima dos  
Santos

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e**

**Prevenção da Violência:** Prof.<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da**

**Violência:** Prof.<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da**  
**Violência**

Profa. Cristiane de Freitas Cunha - Titular

Profa. Eliane Dias Gontijo - Titular

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira - Titular

Profa. Elza Machado de Melo - Titular

Profa. Soraya Almeida Belisario - Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro - Titular

Profa. Andréa Maria Silveira - Suplente

Prof. Marcelo Grossi Araujo - Suplente

Profa. Eugenia Ribeiro Valadares - Suplente

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Suplente

Profa. Stela Maris Aguiar Lemos - Suplente

Profa. Izabel Christina Friche Passos – Suplente

**Representantes discentes:**

Maria Beatriz de Oliveira - Titular

Marcos Vinícius da Silva - Suplente

Aos Meus **Filhos** Samuel David, Felipe Carlos, José Mateus E Tiago Michel, Pelo Apoio,  
Respeito E Admiração.

Dedico

## **AGRADECIMENTOS**

A Jesus Cristo O Príncipe Da Paz

A Marita Carlos Uma Grande Mulher A Qual Tive A Honra E O Privilégio De Conhecer De Ter Como Mãe.

Ao Meu Filho Samuel Pela Paciência E Pela Dedicção E Ajuda Na Organização Deste Estudo.

Ao Meu Orientador, Professor Dr. Víctor Hugo De Melo.

A Professora Doutora Elza Machado De Melo Pela Oportunidade E Pela Idealização E Implantação Do Mestrado Profissional Que Me Possibilitou A Capacitação Para O Cuidado Às Mulheres E Possibilidade De Realizar Este Estudo.

Ao Professor Dr Francisco Viana, Pelas Sugestões No Exame De Qualificação E Pela Disponibilidade Em Compor A Banca Da Defesa.

A Professora Dra Miguir Terezinha Vieccelli Donozo Por Sua Preciosa Contribuição Neste Estudo.

A Colega De Trabalho, Raquel Fernandes Pelas Correções Necessárias.

Às Sempre Atencioso E Disponíveis Funcionárias Do Núcleo De Promoção Da Saúde E Paz, Amanda E Lauriza.

E A Todas As Pessoas Que, Direta Ou Indiretamente Contribuíram Para A Construção Deste Estudo.

**“Conheça Todas As Teorias, Domine Todas As  
Técnicas, Mas Ao Tocar Uma Alma Humana, Seja Apenas  
Outra Alma Humana.”**

**Carl G Jung**



## RESUMO

**Introdução:** A violência contra a mulher foi identificada como uma das diretrizes prioritárias de saúde publicadas em 2002 pela 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. Este estudo está alinhado ao projeto de Atenção Integral à Saúde Integral da Mulher (“Para Elas”) do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz 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 resposta ao Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher implementado em 2007. **Objetivo:** Analisar os cuidados prestados às mulheres em situação de violência pelos profissionais da rede de atendimento local em dez territórios prioritários brasileiros a fim de buscar elementos que possam contribuir para a construção e consolidação do cuidado interdisciplinar e integral a mulher nesses territórios. **Metodologia:** Estudo qualitativo, a partir da análise das falas dos profissionais da rede local de atendimento à mulher em situação de violência participantes dos vinte e cinco grupos focais realizados durante as oficinas macrorregionais em municípios sede de dez territórios da cidadania do campo da floresta e das águas realizados no período de 2013 a 2015. Após a transcrição das gravações, os dados foram analisados a luz da técnica de análise de conteúdo do tipo Temática obedecendo-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Das falas obtidas nos grupos focais emergiram três temas que se referem a intervenções dos profissionais, dificuldades existentes e expectativas relacionados ao cuidado a mulher em situação de violência. A partir dos temas descritos construíram-se categorias que foram analisadas e discutidas de acordo com a revisão da literatura a fim de responder aos objetivos do estudo. **Resultados:** Os profissionais adotam intervenções prescritivas e focadas nos aspectos psicossociais da mulher. O cuidado é fragmentado, os equipamentos de atenção à mulher funcionam de forma precária e desarticulada, os profissionais sentem-se despreparados para o atendimento. Apesar do cenário desanimador, os profissionais apresentam uma postura positiva no sentido de buscar mudanças no contexto e pontuam ações necessárias para promover um cuidado de qualidade a mulher em situação de violência nos territórios prioritários. **Conclusão:** Os resultados apontam para a necessidade de se capacitar os profissionais para práticas de cuidado coletivas e compartilhadas visando à articulação dos serviços e a integralidade do cuidado a mulher.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher, Violência doméstica, Assistência à saúde, Saúde da população rural

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against women was identified as one of the priority health guidelines issued in 2002 by WHO and the World Health Assembly resolution on strengthening the role of the health system in coping with violence, especially against women and girls. This study is in line with the project of Integral Care for Women's Health (“*Para Elas*”) of the Health and Peace Promotion Center of the Federal University of Minas Gerais' School of Medicine, alongside the Ministry of Health of Brazil (MS), which in addition to other goals proposes the confrontation of violence against women with the implementation of actions in ten priority municipalities in response to the National Pact to Curb Violence Against Women carried out in 2007. **Goals:** To examine the care assistance provided by professionals of the local service network to women exposed to violence in ten priority Brazilian territories and find elements that can contribute to the development and consolidation of the interdisciplinary and integral care assistance to women in these areas. **Methodology:** A qualitative study, based on the analysis of the professionals' speeches of the local network of care assistance for women exposed to violence that attended the twenty-five focus groups held during the macro-regional workshops in ten municipalities with territories of the forest, water, and field populations in the 2013 to 2015 period. After the transcription of the recordings, Thematic content analysis was applied to the data, observing the steps of pre-analysis, material exploration, and treatment of the results. Three themes emerged from the speeches obtained in the focus groups that refer to professionals' interventions, existing difficulties, and expectations related to the care assistance to women exposed to violence. Categories were created based on the themes described and then analyzed and discussed according to the literature review to fulfill the study's goals. **Results:** Professionals adopt prescriptive interventions focused on the women's psychosocial aspects. Care assistance is fragmented, the equipment for women's attention works in a precarious and disarticulated ways, and the professionals feel unprepared for the job. Despite the discouraging scenario, the professionals present a positive attitude towards seeking changes in this context and point out necessary actions to improve the quality of the care assistance provided to women exposed to violence in those territories. **Conclusions:** The results indicate the need to train professionals for collective and shared care assistance practices aiming at the articulation of services and the integrity of women's care assistance.

**Keywords:** Violence Against Women, Domestic Violence, Comprehensive Health, Rural Health

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1- Fluxograma sobre as tipologias da violência.....	18
Figura 2- Desenho esquemático do modelo ecológico.....	19

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Dados demográficos dos profissionais participantes do estudo nos dez municípios sede dos territórios prioritários.....	58
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
BO	Boletim de Ocorrência
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência e assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher
ESF	Estratégia Saúde da Família
HC	Hospital das Clínicas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização da Nações Unidas
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Redes de Assistência à Saúde
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VCM-	Violência Contra a Mulher
VPI-	Violência por Parceiro Íntimo
VIVA-	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
WHO-	World Health Organization

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Da atuação na Terapia Intensiva ao interesse pelo Tema Violência Contra a Mulher.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Violência como problema de saúde pública.....	17
2.2 Violência contra a mulher.....	21
2.3 Estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher: Agendas públicas e intervenções intersetoriais.....	24
2.4 O cuidado em saúde e as práticas assistenciais a mulher em situação de violência: contribuições teóricas.....	28
2.5 Considerações sobre o cenário do estudo os municípios sede dos Territórios Prioritários.....	32
3 O PROJETO PARA ELAS POR ELAS POR ELES POR NÓS E SUA APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DO ESTUDO.....	36
4 OBJETIVO GERAL.....	38
4.1 Objetivos Específicos.....	38
5 METODOLOGIA.....	39
5.1 Tipo de estudo.....	39
5.2 Local do estudo.....	39
5.3 População do estudo.....	40
5.4 Aspectos Éticos legais.....	40
5.5 Coleta de Dados.....	40
5.6 Análise dos dados.....	41
6 COMPREENSÃO DOS RESULTADOS.....	45
7 ARTIGO DE RESULTADOS.....	51
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO A – Parecer COEP.....	89
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
ANEXO C – Ficha de Identificação dos Participantes do Estudo.....	91
ANEXO D – Roteiro de Questões do Grupo Focal.....	92
ANEXO E – Roteiro Introdutório Do Coordenador De Grupo Focal.....	93
ANEXO F– Folha de Aprovação.....	94

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Da atuação na Terapia Intensiva ao interesse pelo Tema Violência Contra a Mulher**

Início esta dissertação, com uma retrospectiva e uma breve reflexão sobre a minha trajetória atuando em centros de terapia intensiva e como o cuidar de pacientes críticos contribuíram para minha formação e para o desejo de me instrumentalizar a fim de realizar práticas assistenciais mais qualificadas e efetivas, sobretudo, quando a queixa é violência considerando que, a abordagem desses casos pelos profissionais requer capacitação técnica e sensibilidade.

Minhas intervenções no cuidado a pacientes vítimas de violência se iniciaram já na graduação no início da década de 90, nesse período atuava como acadêmica de enfermagem no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital e Maternidade Santa Rita, no município de Contagem ambiente no qual experienciei as consequências trágicas das diversas faces da violência. O CTI era um cenário novo para mim, cercado de tecnologias que me exigiam grande conhecimento e habilidade que revelou em mim uma grande fragilidade e a necessidade de aprender rapidamente a lidar com saberes que transitavam entre o manejo de equipamentos sofisticados e cuidados visando atender às necessidades humanas básicas.

Esta fragilidade levou-me a aprender no fazer diário e construir em exercício os alicerces da profissão. Nesta perspectiva, minha atuação era respaldada pela reprodução das ações dos profissionais com quem convivia, em função da inexperiência em prestar cuidados complexos.

Assim a reprodução dos saberes e o domínio sobre os equipamentos pareciam ser o suficiente para e o cuidado consistia na abordagem dos pacientes e assim, os aspectos relacionados às causas e circunstâncias relacionadas aos atos de violência que resultaram nas lesões dos pacientes, muitas vezes era algo invisível.

É importante enfatizar que no Brasil desde a década de 80 as mortes por violência e acidentes chamadas de causas externas já ocupavam a segunda posição dentre os óbitos por todas as causas (MELLO; KOIZUMI, 2004).

Por se tratar do único pronto socorro na região de contagem, naquela época recebia inúmeros pacientes com traumas por acidentes principalmente de trânsito, cabe ressaltar que existem questionamentos sobre essa modalidade ser qualificada como acidente uma vez que na tais

ocorrências usualmente envolvem atos de imprudência. Os envolvidos na maioria eram adultos jovens do sexo masculino. Devido à gravidade das lesões meu sentimento e dedicação estavam voltados exclusivamente para o aspecto curativo.

As pacientes do sexo feminino constituíam uma reduzida parcela das internações no CTI e devido isso me recorro claramente de um caso. Tratava-se de uma mulher adulta jovem cujo companheiro a havia agredido dentro de um automóvel e ela acredito que por necessidade de preservar a própria vida se jogou do carro. Infelizmente a paciente foi acometida por traumatismo craneano e outras lesões graves indo a óbito. Não me recorro de qualquer referência sobre a uma abordagem mais ampla do caso, por parte da equipe assistencial ou de possíveis desdobramentos, assim aquela paciente e a violência desapareceram, tornaram-se invisíveis.

Recordo-me ainda de outro episódio, mas este ocorrido no Pronto socorro regional de Betim já no ano de 2002, nessa época eu atuava no CTI dessa instituição, recebemos uma vítima sexo feminino com múltiplas lesões perpetradas por seu companheiro em uma tentativa de homicídio por arma de fogo. Contudo também nesse caso minha atenção não ultrapassou os cuidados biomédicos. Havia em mim a crença, de que casos tais como aquele eram objeto de intervenção do setor de segurança pública e esse sentimento me acompanhou por muitos anos. Sendo assim, foi a partir de minha inserção na equipe assistencial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais HC - UFMG, no final da década de 90, e mais especificamente no pronto atendimento que através do contato com uma médica militante do movimento feminista, tive a oportunidade de estabelecer os primeiros contatos com questões relativas ao fenômeno da violência contra as mulheres. Esse contato ampliou minha percepção sobre o fenômeno da violência contra a mulher. Faltava-me ainda uma contribuição mais efetiva, o que apenas ocorreu a partir de 2014, com a participação no Projeto Para Elas. Essa participação reacendeu em mim a antiga inquietação sobre as possibilidades de intervenção no cuidado às mulheres em situação de violência, mas com o entendimento de que esse cuidado necessita ser construído a partir de uma análise ampliada do diversos aspectos que permeia essa temática tão complexa, complexidade essa que incorpora aspectos críticos e envolve sobretudo a violação de direitos fundamentais, sobretudo em locais de iniquidades endêmicas como constatam-se em vários locais pelo Brasil.



Sendo assim, a motivação para realizar esta pesquisa, vem da minha participação no referido projeto. Essa participação me levou a ter grande interesse pelo tema, principalmente no que se refere a atuação dos serviços de saúde, uma vez que, exerço minhas atividades como enfermeira no HC - UFMG que é uma instituição de referência no atendimento à mulher em situação de violência sexual.

Nesse sentido, a discussão central dessa pesquisa, relaciona-se aos cuidados realizados pelos serviços de atendimento local à mulher em situação de violência no contexto dos 10 territórios prioritários. Trata-se de uma mobilização no sentido de ouvir e compreender o cotidiano desses profissionais, em busca de aproximação da realidade de suas práticas de cuidado e os pontos de vista discordantes às usuais estratégias de abordagens baseadas no tecnicismo, fato que segundo Ayres (2009), usualmente leva a uma fragmentação do cuidado.

Minha motivação vem ainda, da constatação de que há poucos estudos, que abordam a problemática da violência contra a mulher no contexto rural e sobre os cuidados prestados a elas pelos profissionais da rede de atendimento local, nesse território tão peculiar.

Diante do exposto, torna-se fundamental conhecer as formas de abordagem da violência contra à mulher no contexto rural, com vistas a desvelar a contribuição dos serviços e profissionais no enfrentamento a esse fenômeno tão complexo.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Violências como problema de saúde pública

A violência e suas consequências afetam milhões de pessoas, estendendo-se para os lares, escolas e comunidade em geral, refletindo-se também em outros aspectos da vida cotidiana tais como, o uso abusivo de álcool e drogas, evasão escolar, suicídios, dificuldades de relacionamentos entre as pessoas, desemprego e doenças como a depressão (WHO, 2014).

As manifestações de violência permeiam as relações humanas e se revelam por conflitos de autoridade, desejo de domínio, na posse e no aniquilamento do outro e de seu patrimônio. As manifestações violentas podem ser aceitas ou reprovadas, lícitas ou ilícitas de acordo com a cultura e a época e é possível que jamais tenha havido na história da humanidade uma sociedade totalmente livre da violência (PIOSIADIO; FONSECA; GESSNER, 2014).

Constata-se que a violência pode dificultar o desenvolvimento e recuperação de países atingidos por conflitos, uma vez que agrava divisões sociais, contribuindo para a perpetuação do crime e guerras recorrentes, somam-se a isso os elevados custos sociais e econômicos que afetam, sobretudo famílias que já vivem em estado de pobreza, as rebaixando para a situação de miséria, principalmente quando seu provedor é assassinado ou quando se torna incapacitado (WHO, 2014).

A consolidação do problema como sendo de saúde veio com a publicação do relatório mundial sobre violência e saúde da OMS. O documento enfatiza que qualquer abordagem da violência necessita estar inicialmente pautada no reconhecimento e em suas formas de manifestação, até mesmo para que se possa realizar sua mensuração científica. Nessa direção, o conceito de violência foi definido por esse órgão como:

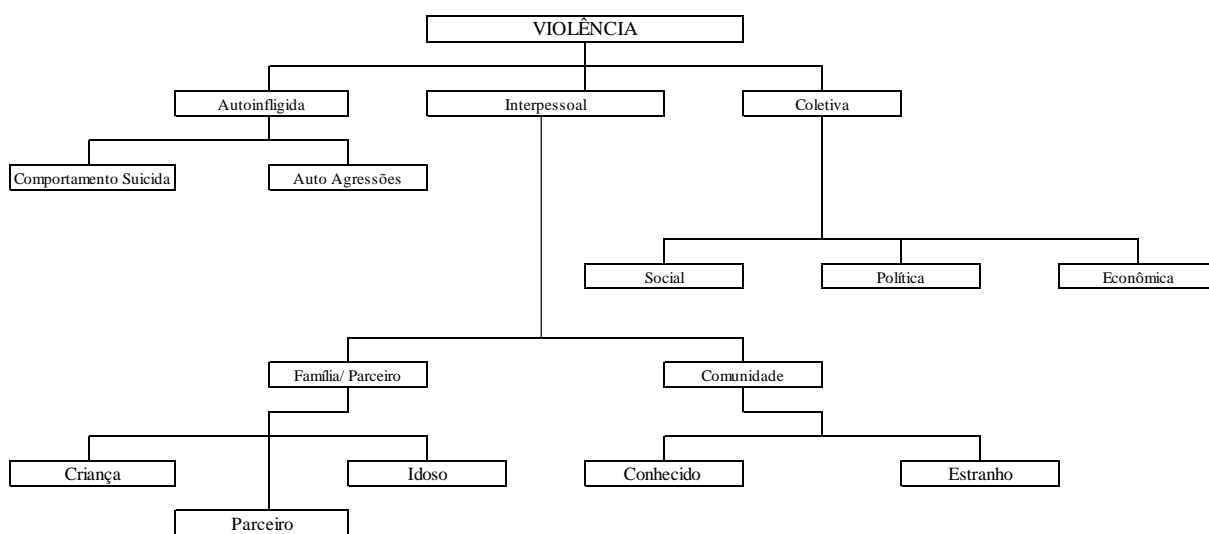
“uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002)”.

Um importante aspecto dessa definição foi a inclusão da palavra poder, que vai além da força física, incluindo atos que envolvem relações assimétricas, e também ameaças e intimidações,

assim como a negligência de todos os tipos, a omissão, auto abuso, suicídio e também qualquer ato de violência, seja ele público ou privado. O relatório destaca, que a de cada aspecto da violência assume importância a fins de direcionar os programas de prevenção (KRUG *et al.*, 2002).

O relatório da OMS (2002), classificou a tipologia da violência em três grandes categorias, de acordo com a autoria do ato, conforme descrito abaixo e apresentado na figura 1. (KRUG *et al.*, 2002).

Figura 1 – Tipologia da Violência



Fonte: (World Health Organization, 2002)

— Violência dirigida a si mesmo (auto infligida): que diz respeito a autoagressões, suicídio e tentativa de suicídio.

— Violência interpessoal: abrangendo duas subcategorias, a saber:

- Violência por parceiro íntimo - ocorre em grande parte entre os familiares e parceiros íntimos, usualmente dentro de casa embora possa ocorrer também fora do domicílio.

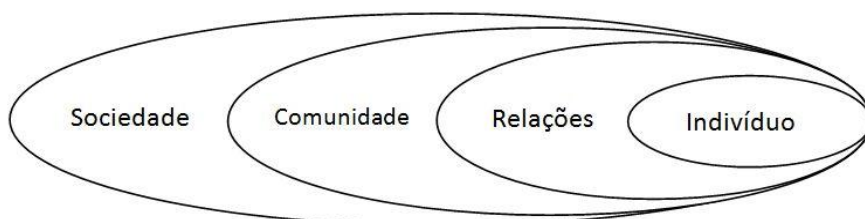
- Violência comunitária – violência que ocorre entre pessoas sem ligações de parentesco ou consanguinidade, os quais podem ser conhecidos ou desconhecidos.

— Violência coletiva, subdividida em violência social, política e econômica. Esse tipo de violência difere das anteriores e suas subcategorias sugerem a existência de possíveis motivações para a violência cometida. Envolve grandes grupos de pessoas ou Estados.

O relatório destaca ainda, a característica multifatorial da violência, já que ela não pode ser entendida, sob apenas sob um foco, mas sim, analisando-se um contexto de várias outras

violências que eclodem no ato violento (KRUG, 2002; FERRETO; ROMERO, 2011). Nessa direção, o conceito de modelo ecológico é visto como o que mais adequadamente aborda as causas da violência ao considerar essa complexidade e demonstrar a inter-relação dos fatores biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos conforme apresentado na figura 2. Além disso, o modelo propõe as ações necessárias para intervenções no diversos níveis da violência (KRUG, 2002; FERRETO; ROMERO, 2011).

Figura 2 - Modelo ecológico para compreender a violência



Fonte: FERRETO; ROMERO, 2011.

O modelo ecológico considera os fatores individuais dos envolvidos com o ato violento tais como, fatores biológicos, escolaridade, uso abusivo de substâncias químicas e a inter-relação com sua rede social, como família e amigos, com a comunidade, bairro, escola, local de trabalho, com a densidade populacional e ainda com a sociedade o que abrangem aspectos culturais e normativos que impactam, no comportamento das pessoas. Nessa direção o modelo mostra que a violência é a somatória de múltiplos fatores em vários níveis dentro de um contexto (FERRETO; ROMERO, 2011).

Sobre as estratégias de intervenção, estas podem ser colocadas em quatro níveis, os quais englobam a prevenção, a reabilitação, a reintegração. Tais ações devem alcançar as pessoas que sofrem a violência assim como os agressores (KRUG *et al.*, 2002).

Visando uma melhor compreensão do ciclo da violência é importante, que os profissionais que atendem as mulheres conheçam a dinâmica desse cenário o qual envolve, três fases podendo variar em tempo e intensidade como descrito pela psicóloga Norte-americana Walker (1979), citado por Delsiovo; Shraiber (2014).

A primeira fase é caracterizada pelo acúmulo de tensão, e corresponde ao início do ciclo com agressões verbais mútuas, provocações e discussões. Nessa fase a mulher com receio de

irritar o agressor tenta amenizar a situação até chegar ao ponto em que a tensão é insuportável por aumentar demais levando à 2ª fase.

Na segunda fase ou fase da explosão, ocorre o ato da agressão física grave a qual pode durar entre duas a quarenta e oito horas. Em geral a mulher procura esconder as agressões das pessoas de seu convívio social, mas as vezes pode acionar a polícia, fazer a denúncia da violência na delegacia ou solicitar abrigo. Esse é um momento de choque.

Já na terceira fase, ocorre um período de lua de mel, nessa ocasião o agressor se diz arrependido, com diversas atitudes de atenção e promessas de melhora em seu comportamento, levando a mulher a acreditar que a violência não se repetirá. Nesse período a mulher usualmente retira a queixa realizada na segunda fase. As autoras destacam que o conhecimento desse ciclo pelos profissionais pode auxiliar na elaboração das condutas de cuidado à mulher em situação de violência de acordo com o momento observado em relação ao ciclo. É importante ainda conscientização da mulher nesse aspecto.

A despeito de sua definição ou tipologia, sem dúvida a violência é um agravo endêmico em vários países, incluindo o Brasil, onde o aumento da mortalidade devido a violência e acidentes, tais como os de transporte por terra e também os homicídios tem deixado sequelas e reduzido a expectativa de vida de muitos jovens, e impactando negativamente na qualidade de vida da população. Devido à violência, anualmente mais de 16 milhões de internações hospitalares são registradas, constituindo sem dúvida em um grave problema de saúde e um dos maiores do nosso país e do mundo (MELO, 2010).

No Brasil dados do Mapa da Violência 2013, mostram que no período de 1980 a 2011, as mortes por causas externas no Brasil aumentaram 28,5%, apenas os homicídios tiveram um aumento de 132,1%, seguido dos suicídios com 56,4% de aumento nos últimos 32 anos. (WAISELFISZ, 2013).

Dessa forma, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), levando em conta que as violências e os acidentes acarretam grande impacto social e econômico, especialmente, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), reconheceu que as intervenções voltadas para vigilância, prevenção e promoção da saúde são primordiais para o enfrentamento desse problema, sendo assim, em

2001 implantou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MELO, 2010).

Já em 2006, visando priorizar as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014). Seu objetivo é promover a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos para os riscos à saúde relacionados a fatores tais como modo de viver, os serviços essenciais, a habitação dentre outros condicionantes e determinantes. Os eixos que estruturam essa política estão pautados na transversalidade, na integralidade, na intersetorialidade, na interdisciplinaridade e no controle social (BRASIL, 2014).

## **2.2 Violência contra a mulher**

A violência contra as mulheres constitui-se uma das formas de violação dos direitos humanos, bem como o direito à vida, à saúde e a integridade física. Ela é um fenômeno que atinge mulheres de diversas classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raça e orientação sexual (BRASIL, 2011b).

Historicamente, a mulher vem carregando o estigma de sujeito com menores potencialidades em relação aos homens (CARNEIRO; FRAGA, 2012). Ainda de acordo com as autoras, esse fator é determinante no que diz respeito à violência contra as mulheres (VCM), que se apresenta como uma realidade socioculturalmente construída, atingindo mulheres em múltiplas faixas etárias, etnias e classes sociais.

A (VCM) é um fenômeno complexo que repercute na vida de quem a vivencia, e que tem suas origens na desigualdade de gênero (GOMES *et al*, 2012). Devido a sua magnitude é considerado um problema de saúde pública e tem sido objeto frequente de estudos em todo o mundo na última década (BARALDI *et al.*, 2012).

O referido fenômeno é considerado ainda, como uma das mais terríveis e persistentes manifestações da violência de gênero. Ela se mantém ao longo da história e afeta mulheres em várias fases da vida tomando proporções de uma pandemia. Na sua forma de manifestação simbólica atinge o imaginário das mulheres causando uma constante sensação de insegurança,

contribuindo para a vulnerabilidade e para manutenção da cultura patriarcal e de violência (MELO; MELO MACHADO, 2016).

No que se refere aos números da violência contra as mulheres dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) publicados em 2017, mostram que aproximadamente 32% dos pacientes atendidos nos serviços de saúde por causas externas informaram ter sido vítimas de violência repetidamente, com destaque para a variação de 20,8% entre os homens e 36,6% entre as mulheres, isso reflete a cronicidade da violência, sobretudo da violência doméstica que acomete mulheres adultas revelando a dificuldade que elas têm de romper esse ciclo (BRASIL, 2017).

Os dados destacam também que entre as mulheres, além da agressão física (65,7%), as violências moral e psicológica (32,6%), seguida da sexual (17,3%) foram as de maior ocorrência (BRASIL, 2017).

O Brasil ocupa o 5º lugar em relação ao feminicídio em uma lista de 83 países com dados homogêneos elencados pela Organização das Nações Unidas (ONU), perdendo apenas para El Salvador, Colômbia e Guatemala, entre os países da América Latina, e para a Federação Russa. Cabe ainda ressaltar que a taxa de homicídios de mulheres em nosso país é 48 vezes maior que as do Reino Unido, 24 vezes maior que as da Irlanda e Dinamarca e 16 vezes maior que as do Japão ou Escócia (WAISELFIZ, 2015).

A fim de ampliar o escopo das ações para coibir a violência contra a mulher, ela foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como violência de gênero sendo compreendida como qualquer ato violento que pode se traduzir em ameaças, coerções e privação de liberdade baseada no gênero o que resultará em danos nas esferas física, sexual, emocional (WATTS; ZIMMERMANN, 2002).

A OMS destaca ainda que a violência contra as mulheres deve ser uma questão de saúde prioritária, já que uma em cada três mulheres no mundo sofre (VPI) expressa em atos de violência física e/ou sexual. Dados do mesmo relatório apontam ainda que apenas em 2002, 7% das mortes de mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos decorreram de atos violentos, a mesma fonte revela ainda, que 50% dessas agressões foram perpetradas por seus

companheiros e que em alguns países, 47% das mulheres declararam que sua primeira relação sexual foi forçada e 69% das mulheres sofreram agressões físicas em algum momento de sua vida (KRUG *et al.*, 2002).

Na mesma linha, pesquisas mostram o grande impacto da violência em todos os aspectos da vida da mulher que sofre o agravo incluindo sua autonomia financeira uma vez, que contribui com 25% dos seus dias perdidos de trabalho reduzindo seus ganhos entre 3% a 20% (PIOSIADIO; FONSECA; GESSNER, 2014; WAISELFISZ, 2015). Absenteísmo e repetência escolar por parte dos filhos dessas mulheres também são observados.

Constata-se na literatura sistemas de saúde de alguns países, que realizam exames clínicos especializados de rastreamento, para identificar a (VPI), sobretudo sexual. Um estudo que analisou ensaios clínicos com exames para essa identificação em serviços de saúde de países desenvolvidos constatou evidências moderadas de que, exames com foco em sinais e sintomas de violência, aumentam as chances de se identificar mulheres vitimadas quando comparados com exames de rotina habituais em consultas de pré-natal. Contudo, os encaminhamentos das mulheres para realização de intervenções nessa área não foram constatados nesses estudos. Dessa forma, e baseado nesses e outros achados do estudo mencionado os autores apontam que não há evidências consistentes para a realização de triagens que visam identificar (VPI) física e sexual pelos serviços de saúde (O'DOHERTY *et al.*, 2014). Os mesmos autores enfatizam que há uma necessidade urgente de conduzir testes que possam avaliar claramente o potencial desses exames como um benefício de saúde e social para as mulheres.

No que se refere à violência por parceiro íntimo (VPI), esta se caracteriza por atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, maus tratos psicológicos e controle de comportamento entre parceiros afetivo-sexuais (WHO, 2014). Conforme dados disponíveis no Brasil, metade dos atendimentos de violência sexual e doméstica contra as mulheres nas faixas etárias de 18 a 59 anos ocorreram em consequência de (VPI), (WAISELFISZ, 2015).



A maioria das mulheres que são alvos de agressão física, geralmente, “sofre múltiplos atos de agressão ao longo do tempo”. Cerca de 10 a 60% das mulheres já foram agredidas fisicamente por um homem com quem estavam romanticamente envolvidas. (ABUYA *et al.*, 2012).

A (VPI), tem grande impacto na saúde reprodutiva da mulher e um estudo apontou a associação entre esse tipo de violência e o controle reprodutivo, esse controle em muitos casos resulta em gravidez indesejada e ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, além de gravidezes com desfechos ruins (GUPTA *et al.*, 2012). Os autores enfatizam que programas de saúde reprodutiva necessitam considerar as mudanças nos papéis tradicionais de gênero dentro das famílias. As estratégias concentram-se nos esforços para o empoderamento econômico dessas mulheres a fim de que possam ter poder de decisão dentro de suas casas, bem como levar mensagens de igualdade de gênero para toda a família e não apenas para o marido ou companheiro.

Além dos papéis definidos socialmente e das culturas que desfavorecem as mulheres, fatores de estresse relacionados a residir em regiões afetadas por conflitos geram um aumento nos casos de violência de gênero causadas por homens (FALB *et al.*, 2013).

Apesar do quadro da violência contra as mulheres em todo o globo os dados de prevalência do fenômeno variam de acordo com as regiões, países e entre comunidades, sinalizando que a violência é evitável com programas que promovam o fortalecimento econômico das mulheres, eliminação das desigualdades de gênero, combate a normas que apoiam o controle masculino sobre as mulheres e reduzindo os níveis de exposição à violência na infância (WHO, 2013).

### **2.3 Estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil, agendas públicas e intervenções intersetoriais.**

O enfrentamento da violência contra a mulher diz respeito a políticas que sejam amplas e articuladas a fim de intervir na complexidade do fenômeno em todos os seus modos de manifestação (BRASIL, 2011b). Considerando que os danos à saúde das mulheres que são expostas às situações de violência, estão diretamente associados a busca pelos serviços de saúde, os quais constituem a porta de entrada usual para esses casos (GOMES *et al.*, 2015).

Há que se considerar na interface violência e saúde da mulher a trajetória histórica das políticas, as quais, até a década de 1990 focavam a abordagem materna infantil e saúde reprodutiva uma vez que, a mulher tinha como papel social ser reprodutora e cuidadora. Foi a partir de meados dessa década, que o fenômeno da violência contra a mulher passou a ser inserido nas políticas públicas inicialmente abordando a violência sexual e posteriormente na perspectiva da integral outras modalidades foram agregadas (COSTA, 2012).

Nessa direção e no entendimento de que a violência consiste em um agravo e não uma doença, a abordagem da violência contra a mulher e a avaliação de suas necessidades de saúde devem ser amplas e considerar a questão das desigualdades de gênero e esse olhar vai além de especificidades biológicas e reprodutivas, indo em direção à especificidades sociais dessas mulheres conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Essa política, criada em 2004, tem como base princípios que buscam compreender e intervir em condições de vulnerabilidade das mulheres e de danos a saúde, relacionados a sua discriminação histórica na sociedade com uma trajetória permeada pela precariedade e subalternidade, fatores importantes para seu processo de saúde e doença (OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

Mulheres que sofrem violência apresentam necessidades de saúde peculiares e assim a abordagem deve ser pautada em práticas de saúde especialmente direcionadas a processos de vida que são característicos desse grupo social (OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

Dessa forma, em 2003 foi criado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), e a Secretaria de Políticas Para Mulheres, para implementar essas políticas. Nessa época a referida secretaria era vinculada diretamente à presidência da república posição que fortaleceu as mulheres no país. Atualmente vários estados têm investido em políticas e programas com vistas a prevenir e enfrentar a violência contra a mulher (GOMES *et al.*, 2012).

Contudo, destaca-se que o enfrentamento da violência contra a mulher requer um envolvimento intersetorial e ações que não são exclusivas do campo da saúde, devendo ocorrer em uma rede articulada, de maneira que em sua construção estejam envolvido

profissional de instituições públicas ou privadas, grupos organizados de mulheres e organizações governamentais e não governamentais (GOMES *et al.*, 2013b).

Assim, o Ministério da Saúde, em parceria com os diversos setores da sociedade, promoveu iniciativas para implementação de ações de integralidade dirigidas a mulheres e adolescentes em situação de violência no país (LIMA *et al.*, 2013). Nessa direção, a política nacional de enfrentamento da violência contra as mulheres viabilizou a inclusão, na Rede de Enfrentamento, dos setores da segurança pública, da justiça, da educação e da assistência social (BRASIL, 2008).

Nessa direção, buscando identificar e realizar encaminhamentos adequados às mulheres em situação de violência, de forma integral e humanizada, a Rede de Atendimento é composta por serviços especializados e não especializados. No que se refere aos serviços especializados citam-se:

- Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), que são espaços de acolhimento e acompanhamento psicológico e social a mulheres em situação de violência, que também fornecem orientação jurídica e encaminhamento para serviços médicos ou casas abrigo;
- Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS);
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) as quais compõem a estrutura da Polícia Civil e são encarregadas de realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal. Nessas unidades é possível registrar o Boletim de Ocorrência (BO) e solicitar medidas protetivas de urgência nos casos de violência doméstica contra a mulher;
- Casas Abrigo, que oferecem asilo protegido e atendimento integral (psicossocial e jurídico) a mulheres em situação de violência doméstica (acompanhadas ou não dos filhos) sob risco de morte. O período de permanência nesses locais varia de 90 a 180 dias, durante o qual as usuárias deverão reunir as condições necessárias para retomar a vida fora dessas casas de acolhimento provisório;
- Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, que são órgãos da Justiça ordinária com competência cível e criminal, são responsáveis por processar, julgar e executar as causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher;
- Órgãos da Defensoria Pública, que prestam assistência jurídica integral e gratuita à população desprovida de recursos para pagar honorários a advogados e os custos de uma solicitação ou defesa em processo judicial/extrajudicial ou de um aconselhamento jurídico;

- Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher, que contam com equipe multidisciplinar (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e médicos) capacitados no atendimento dos casos de violência doméstica e sexual. Destaca-se, que nos casos de violência sexual, as mulheres são encaminhadas para exames e são orientadas sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis DSTs– incluindo HIV – e da gravidez indesejada. Além disso, oferecem abrigo, orientação e encaminhamento para casos de abortamento legal (BRASIL, 2011b).

Na mesma linha dentre os serviços não especializados, os quais usualmente são portas de entrada para o atendimento à mulher e canais para encaminhamentos a serviços especializados destacam-se; os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) que se constituem em unidades públicas que desenvolvem trabalho social com as famílias, com o objetivo de promover um bom relacionamento familiar, o acesso aos direitos e a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2011b). Incluem ainda, hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Ministério Público, defensorias públicas.

Os serviços de saúde também se organizam em redes de atenção à saúde (RAS). De acordo com a Organização mundial de saúde essas redes se integram em seis modalidades: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua que se integram verticalmente em diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a construção da política de saúde e sua gestão; e o trabalho intersetorial (MENDES, 2011). As RAS têm como componentes a população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A estrutura operacional das RAS elenca os centros dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, o sistema de assistência comunicação, a atenção primária a saúde (APS); os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; a atenção farmacêutica; sistema de informação em saúde; os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (MENDES, 2011).

Não se constitui objeto deste estudo detalhar os fundamentos, e aspectos organizativos das RAS dessa forma destacamos apenas que dentre os componentes secundários e terciários das redes estão as unidades ambulatoriais e hospitalares (MENDES, 2011), e qualquer um dos serviços poderá servir como porta de entrada para a mulher em situação de violência.

Destaca-se que vários estudos apontam que a estratégia de saúde da família constitui-se em um equipamento bastante presente devido a sua capilaridade e abrangência sendo muitas vezes responsável pela identificação dos casos de violência conjugal ou de vulnerabilidades para o agravo de forma precoce essa identificação é vital para reduzir os danos à saúde e sua capacidade produtiva no aspecto econômico (GOMES *et al.*, 2013b). Os mesmos autores enfatizam ainda sobre a posição ótima que a atenção primária ocupa, uma vez que o princípio da integralidade permite uma abordagem sob todos os aspectos do problema, visando a promoção da não violência com ações preventivas além das intervenções quando o agravo já ocorreu.

O modelo de intervenção em rede constitui-se na forma mais adequada de abordagem da mulher em situação de violência devido a sua forma de organização horizontal e apesar dos avanços na organização e distribuição dos serviços para o atendimento a mulher em situação de violência , permanecem muitas dificuldades no que tange a qualidade da assistência prestada e sobre a articulação dos serviços elencados na rede de atendimento a mulher uma vez que o conjunto de serviços quando não articulados não constituem uma rede mas apenas uma somatória de intervenções que não se integram (SCHAIBRER *et al.* , 2012).

#### **2.4 O cuidado em saúde e as práticas assistenciais a mulher em situação de violência: contribuições teóricas**

O cuidado não é exclusividade apenas do campo da saúde, outrossim, é um aspecto da vida é produção do ser humano que se dá de formas diferentes no decorrer do tempo e retratado de acordo com o modo de viver das pessoas, cuidar se traduz em solidariedade, suporte, apoio e com produção de vida, da construção de encontros e teia de relações que possibilitam a conformação da vida por todos os envolvidos (FEUERWERKER, 2013).

Dessa forma o conceito de cuidado tem sido utilizado por diferentes autores; no campo da saúde, ele se aplica a ação individual dos profissionais e em um aspecto mais amplo aos serviços e sistemas de saúde (MERHY, 2002). Este autor afirma que a cura, a promoção e proteção da saúde não deveriam ser finalidade última do campo da saúde embora, possam levar a este resultado, mas, deveriam se constituir em um lugar onde as ações, os procedimentos e os cuidados possam levar a essas finalidades.

A produção do cuidado demanda uma mudança do modelo de atenção o qual consiste em priorização dos procedimentos, ou seja, centrado no procedimento para dar lugar a um modelo de atenção baseado nas necessidades e demandas do usuário, todas as ações devem girar em torno da defesa da vida do usuário, a proteção e a promoção da saúde podem direcionar para a cura, mais também para um modo de viver com qualidade (MERHY, 2002). Isso quer dizer que, o cuidado implica em uma prática voltada principalmente para a saúde do usuário como ser humano sujeito ou pessoa e deve possibilitar uma ampliação de sua “reserva técnica” para enfrentar os desafios da vida, e não uma prática reducionista que se limita ao esclarecimento de diagnósticos colocando aspectos biológicos do adoecimento como centrais (AYRES, 2009).

Em uma visão filosófica, Ayres (2004), concebe cuidado como um encontro intercessor entre sujeitos para realização de ações de saúde objetivando o alívio do sofrimento ou alcance de um bem-estar baseado em saberes e conhecimentos específicos para esse fim. Na dimensão existencial do conceito o mesmo autor coloca que é por meio e com o cuidado que a possibilidade de se levar adiante e concretizar qualquer projeto do ser e de ser humano se realiza. Dessa forma, é o homem quem faz seu projeto de vida e cuida dele, e só faz sentido falar em cuidado no decorrer do tempo em relação a uma linha temporal que percorre as diversas fases da vida.

Ressalta-se que as formas pelas quais o cuidado é produzido nos contextos de saúde, incorporam o uso de tecnologias que podem ser classificadas como duras, leve-duras e leves, sendo que a tecnologia leve encontra-se no campo relacional entre usuário e profissional (MERHY, 2002).

O acolhimento a mulher enquanto espaço de interlocução entre ela e o profissional é o local onde se inicia essa produção do cuidado e está ancorado na tecnologia leve. Sobre as tecnologias do cuidado Cecílio (2011), aponta que elas devem ser disponibilizadas e utilizadas conforme as necessidades e singularidades de cada pessoa nas diversas fases de sua trajetória, a fim de que ela possa alcançar seu bem-estar, autonomia e segurança e levar uma vida feliz e produtiva. De acordo com o autor, a produção do cuidado se dá em cinco dimensões:

- Cuidado Individual: Depende do potencial que cada uma possui para andar na vida fazendo suas escolhas para ser feliz apesar dos determinantes socioambientais.

- Cuidado Familiar: consiste no mundo da vida, das relações, dos conflitos e das contradições usuais da vida.

- Dimensão profissional do cuidado: representada pelo encontro dos profissionais com os usuários, é um encontro particular, longe dos olhares e de controles que é direcionada pela competência técnica do profissional e que constitui o domínio do seu corpo de conhecimento específico e sua postura ética disponibilizando todos os seus recursos e ferramentas tecnológicas que possam atender à necessidades do usuário.

- A dimensão organizacional: baseada na organização do processo de trabalho do serviço de saúde incluindo-se aí o trabalho em equipe, os fluxos, o aspecto gerencial, a dimensão sistêmica do cuidado que trata da construção das conexões e redes entre os diversos serviços assegurando a integralidade do cuidado.

- A dimensão societária: presente na atuação do Estado e suas intervenções com a saúde e formulações de políticas.

A dimensão profissional precisa considerar no cuidado as singularidades do sujeito e seus recursos existenciais, que também se confrontam com o mundo existencial dos profissionais formando redes vivas de produção que muitas vezes são construídas pautadas nas crenças dos profissionais.

Constatam-se que os saberes dos profissionais e suas configurações nos serviços de saúde englobam campos profissionais específicos, procedimentos e protocolos, constituindo uma burocrática organizacional que invisibiliza as várias dimensões dos sujeitos, tendo como

diretriz essa burocracia o outro passa a ser um sujeito previsível, ao entrar no serviço deixa toda sua vida e seu modo de ser e viver do lado de fora (GOMES e MERHY, 2014).

Os autores destacam sobre a importância de que os profissionais e os serviços de saúde considerem que os usuários formam redes vivas construídas através do seu viver diário e essa vivência carrega consigo peculiaridades que mesmo sendo contrária à lógica institucional são modos de existência. Essa construção existencial é construída “in-mundo” e traz possibilidades e potencialidades individuais que devem ser consideradas e trazidas para dentro do serviço afim de que possa acontecer um conhecimento mútuo que será fundamental para a construção do cuidado (GOMES; MERHY, 2014).

Nessa direção a produção do cuidado como atenção integral a mulher em situação de violência deve ser considerada nas perspectivas de ações reparadoras e ações preventivas ou promotoras de uma vida sem violência para as mulheres. As autoras Schraiber *et al.* (2012), enfatizam que o cuidado prestado pela rede intersetorial de atendimento as mulheres em situação de violência deve ser vista sob diferentes planos de aproximação.

O plano que cabe ao Estado, é o das políticas públicas, elaboração de leis, normas técnicas e regulamentações onde estão elencados os direitos e suas formas de valorização, aplicação e efetivação, penalidades previstas no caso de descumprimento dos direitos assim como definir quais atores sociais implementarão as ações para que o direito se efetive (SCHRAIBER *et al.*, 2012). Ainda segundo as autoras outros dois planos necessitam ser avaliados, que são o plano da organização e distribuição dos serviços na sociedade o qual se refere ao planejamento e gestão dos serviços, é nesse plano que as políticas são implementadas e os direitos são firmados e concretizados por ações de estruturação dos serviços.

Essas ações delimitam as formas de funcionamento e otimizam os recursos necessários para possibilitar um acesso a serviços de boa qualidade assim como, a sua distribuição equânime no território nacional. O último plano a ser analisado se refere à ação assistencial propriamente dita, e é esse plano que se aproxima da questão do atendimento da rede intersetorial, é nele que os demais planos se traduzem no cuidado a mulher em situação de violência, distribuídos a cada setor social, e é nele que o cuidado se efetiva pelas ações dos profissionais com diversos saberes, que atuam nos serviços em seu contato com essas



mulheres. O plano assistencial, portanto, se concretizará a partir da forma como as mulheres buscarão o cuidado e de como ele será desenvolvido em função dos processos de trabalho que são operados nas instituições, é nesse plano que ocorre a articulação das necessidades assistenciais das mulheres e das respostas às demandas apresentadas, e essas respostas definirão as intervenções a serem realizadas e a forma como os profissionais deverão se articular no serviço, lançando mão de seu conhecimento, meios disponíveis e formas de abordagem da mulher em situação de violência (SCHRAIBER *et al.*, 2012).

É importante enfatizar que a abordagem da mulher em situação de violência pelos serviços implica em que os profissionais tenham um conhecimento específico sobre o tema e habilidade técnica para o acolhimento a essa mulher, desse modo, estarão capacitados oferecer a ela os subsídios necessários para tomada de decisões e escolha da alternativa mais adequada de acordo com a sua situação e realidade (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

## **2.5 Considerações sobre o cenário do estudo: os municípios sede dos Territórios Prioritários**

As diretrizes e ações para o enfrentamento da violência contra a mulher nos territórios prioritários estão inseridas no eixo 4 do II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) e se contextualizam também através da Política e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. Uma outra ação do Estado visando criar um espaço de discussão entre o governo federal e a sociedade foi a criação do Fórum Nacional de enfrentamento da Violência contra as Mulheres. Por meio dele políticas que atendam à peculiaridades e realidades a nível local podem ser implementadas e ampliadas (BRASIL, 2011b).

Os territórios prioritários consistem em territórios rurais do país identificados em 2003 pelo Ministério do desenvolvimento agrário e posteriormente definidos pelo Programa Territórios da Cidadania criado em 2008, como conjuntos de municípios unidos pelas mesmas características econômicas e ambientais que possuem identidade e coesão social, cultural e geográfica (BRASIL, 2008). Esse programa compreende uma estratégia de desenvolvimento

regional sustentável e garantia de direitos sociais voltados às regiões brasileiras mais necessitadas, a fim implementar o desenvolvimento econômico e universalizar os programas básicos de cidadania, ele se baseia na integração de ações nas três esferas do governo.

Os critérios para inclusão como território prioritário englobam, menor Índice de desenvolvimento Humano (IDH), maior concentração de agricultores familiares e assentamentos da reforma Agrária, maior concentração de populações quilombolas, indígenas e, populações de pescadores, maior número de municípios com baixo dinamismo econômico, maior organização social, pelo menos um território por estado da federação, dentre outros aspectos. O programa abrange 240 Territórios Rurais no Brasil 80% de todos os municípios rurais do país, uma de suas linhas de ação é garantir o acesso aos direitos tais como a saúde dos indivíduos reunindo para isso, um conjunto de políticas públicas essenciais para dar condição básica de cidadania às populações do meio rural (BRASIL, 2008).

Vários ministérios, visando o desenvolvimento territorial sustentável e a melhoria 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, visando superar os problemas relacionados à fome e ao desenvolvimento social em municípios dos territórios prioritários (BRASIL, 2013). Dessa forma, o enfrentamento da violência contra as mulheres nesses territórios consiste na implementação dessas ações.

As mulheres do campo e da floresta foram assim definidas pelo Fórum Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta citado anteriormente. Essas mulheres produzem e reproduzem seus modos de viver, relacionados principalmente com a terra, tais como os trabalhadores rurais assentados ou acampados, camponeses, sejam eles agricultores familiares, assalariados ou temporários que residam ou não no campo. Incluem-se ainda nesses territórios as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas, habitantes ou extrativistas de áreas florestais ou aquáticas, populações atingidas por barragens (BRASIL, 2013).

Mulheres que têm seus modos de vida nesses ambientes são mais vulneráveis à violência doméstica e familiar devido a fatores tais como a grande dispersão populacional e iniquidades

peculiares desse contexto associadas aos constantes conflitos pela posse de terra, o que dificulta o seu acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Estudos que abordam violência contra as mulheres no contexto rural confirmam essa vulnerabilidade e acrescentam que os aumentos da assimetria nas relações de poder decorrem do estado de pobreza, do desemprego, da falta de posse de terra e a da desestruturação econômica no campo (COSTA; LOPES; SOARES, 2015).

Conforme apresentado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, 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 sendo do campo e da floresta. Deste universo, 19,4% denunciaram a violência doméstica e familiar, sendo os principais relatos: violência física, violência psicológica, violência moral, violência sexual, violência patrimonial e cárcere privado (BRASIL, 2013).

Com base na Lei 11.326, de 24 de julho 2006, que estabelece diretrizes para a formulação da política nacional de agricultura familiar, o senso agropecuário 2006 adotou o conceito de agricultura familiar e empreendimentos familiares rurais e apontou que, dos 4.367.902 estabelecimentos definidos, pouco mais de 600 mil (13,7%) eram dirigidos por mulheres, e nos estabelecimentos elencados como sendo de agricultura não familiar essa taxa não chegou a 7% (BUTTO; DANTAS; HORA, 2012). Ainda de acordo com essas autoras, dados do senso dão conta de que apesar da forte presença das mulheres como força de trabalho no campo o recebimento de remuneração muitas vezes não ocorre na mesma proporção, revelando um aspecto da desigualdade de gênero no Brasil, sobretudo no espaço rural.

Esses dados são relevantes no que tange à violência doméstica, já que a autonomia econômica permite a mulher o acesso a produtos, inclusive básicos, tais como eletrodomésticos, que podem auxiliar na diminuição de sua carga de trabalho, e tecnologias que facilitem a comunicação diminuindo seu isolamento social. Além disso, a propriedade de terra, animais e equipamentos agrícolas pelas mulheres confere a elas o empoderamento que diminui a vulnerabilidade à violência de gênero (BUTTO; DANTAS; HORA, 2012).

A mesmas autoras afirmam que a posse de fatores de produção proporcionam às mulheres rurais a sensação de bem estar e segurança durante os vários ciclos da vida, sobretudo, diante de acontecimentos que possam ocorrer, como problemas com a safra e separação conjugal, além de conferir a elas melhor qualidade de vida. Corroborando com essa afirmação Paz (2013), citando Deerre e Leon (2002), refere que a posse de terra é um fator de proteção contra o agressor. Dados estatísticos sobre propriedade de terra por mulheres no espaço rural evidenciam que poucas são proprietárias e, quando o são, há uma desvantagem se comparadas aos proprietários homens, uma vez que se localizam em regiões com terra de valor menor tanto em qualidade como em valor agregado. Os dados revelam ainda que a área média de propriedade dessas mulheres é equivalente a 38% da área média dos homens e, quando analisado no conjunto dos estabelecimentos rurais, há duas vezes mais produtoras sem propriedade do que produtores na mesma situação (BUTTO; DANTAS; HORA, 2012).

Um outro aspecto observado reside no fato de que a aquisição de propriedades rurais pelos homens tem origem na compra dessas propriedades, enquanto mulheres as recebem como herança. Percebe-se também regras de mercado excludentes em relação às mulheres (BUTTO; DANTAS; HORA, 2012).

Ainda que movimentos sociais venham envidando esforços, 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, têm lutado pelos direitos das mulheres do campo e da floresta pontuando-se a formulação e a implementação de políticas públicas de gênero (BRASIL, 2011a).

Apesar da sua relevância constatam-se poucos estudos voltados para o tema da violência contra as mulheres rurais e os disponíveis identificam o desconhecimento sobre a situação dessas mulheres, tanto no seu aspecto mais abrangente quanto em suas particularidades no que se refere ao seu modo de vida na família na sociedade e no trabalho. Nessa ótica acredita-se que a problemática da violência contra a mulher, nesse ambiente, e na complexidade dos seus aspectos econômicos, culturais e sociais não seja objeto prioritário para ações do poder público (COSTA; LOPES; SOARES, 2015).

### **3 O PROJETO PARA ELAS POR ELAS POR ELES POR NÓS E SUA APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DO ESTUDO**

O presente estudo, tendo como tema os cuidados prestados às mulheres em situação de violência em 10 territórios prioritários brasileiros, originou-se a partir de um projeto maior denominado “Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência: Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós” ou “Para Elas” como é mais conhecido. Esse projeto de âmbito nacional é realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, através do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/DMP/FM, com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MELO, 2013).

O projeto tem como objetivos a capacitação de profissionais, a organização de rede de atenção e a produção de conhecimento e material científico os quais constituem estratégias importantes para oferecer cuidado às mulheres sejam elas do contexto urbano ou que tenham seus modos de vida no campo, na floresta e nas águas (MELO; MELO MACHADO, 2016).

A parceria do MS com a UFMG por meio do “Para Elas” é uma das estratégias que buscam ratificar o reconhecimento por parte do Ministério de que a violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos e questão de saúde pública, estruturando dessa forma suas ações com base nos acordos internacionais sobre o problema, acordos esses em que o Brasil é signatário, tais como: a conferência do Cairo (1994), a conferência de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará, assim como marcos legais brasileiros, dentre eles a Lei Maria da Penha (Lei nº 11340/2006) e a Lei do Feminicídio (Lei nº 13104/2015). O referido projeto objetiva ainda atender reivindicações dos movimentos feministas no que se refere à expansão da rede de cuidados a mulheres em situação de violência de forma qualificada, com atenção especial aos territórios prioritários do Campo, da Floresta e das águas.

Nesse sentido, realizaram-se encontros macrorregionais, sendo um em cada região do país, que contou com a participação de 500 profissionais e ainda 10 oficinas nos territórios do Campo, da floresta e das águas, com a participação de 700 profissionais. Além desses eventos estruturou-se o curso de capacitação a distância para o cuidado humanizado, acolhedor e efetivo das mulheres que sofrem violência.

Os municípios sede dos territórios prioritários onde o estudo foi realizado foram definidos, pela Secretaria de Políticas para as Mulheres SPM e pelo Fórum Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta e da demanda popular, como sendo 10 territórios prioritários para as ações de enfrentamento da violência contra a mulher, contemplando todas as regiões do país sendo eles; São Mateus – ES, Posse –GO, São Lourenço do Sul-RS - Quixadá-CE - Cruzeiro do Sul- AC, Santana dos Matos –RN, Augustinópolis TO, Igarapé Mirim – PA, Irecê – BA e o município de Registro –SP (MELO, 2013).

Assim, a discussão central dessa pesquisa relaciona-se aos cuidados realizados pelos serviços de atendimento local à mulher em situação de violência no contexto dos 10 territórios prioritários. Trata-se de uma mobilização no sentido de ouvir e compreender o cotidiano desses profissionais em busca de uma aproximação com a realidade de suas práticas de cuidado e os pontos de vista discordantes às usuais estratégias de abordagens baseadas no tecnicismo fato que segundo Ayres (2009), usualmente leva a uma fragmentação do cuidado.

Pode-se constatar, durante a revisão da literatura, que há poucos estudos que abordam a problemática da violência contra a mulher no espaço rural os cuidados prestados a elas pelos profissionais da rede de atendimento.

Diante do exposto torna-se fundamental conhecer as formas de abordagem da violência contra a mulher no contexto rural com vistas a desvelar a contribuição dos serviços e profissionais no enfrentamento a esse fenômeno tão complexo.

#### **4 OBJETIVO GERAL**

- Analisar os cuidados oferecidos pelos profissionais da rede de atendimento local a mulher em situação de violência em 10 territórios prioritários brasileiros.

##### **4.1 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil dos profissionais da rede de atendimento local a mulher em situação de violência em 10 territórios prioritários brasileiros.

- Analisar as ações realizadas pelos profissionais da rede de atendimento local para cuidar da mulher em situação de violência em 10 territórios prioritários brasileiros.

- Identificar os limites e as possibilidades dos profissionais da rede local de atendimento relacionados ao cuidado a mulher em situação de violência em 10 territórios prioritários brasileiros.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que diz respeito aos significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências do mundo no campo social e sua compreensão desse mundo (POPE; MAYS, 2005). Ludke e André (2013), destacam como características fundamentais dos estudos qualitativos o fato de se priorizar o processo e se focar os significados que as pessoas atribuem às coisas e à vida, objetivando verificar como o problema se manifesta nas atividades, nas ações e nas interações sociais. Minayo (1998), reafirma que a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, aspecto que não se pode captar em equações, médias e estatísticas.

Nas palavras de Turato (2003), o investigador com foco qualitativo, quando vai a campo estudar “as coisas”, não é a elas em si que ele vai se ater, pois o termo genérico “coisas”, nesse caso, é um sinônimo metodológico de objeto de estudo, que, em se tratando de pesquisa qualitativa, são as pessoas ou as comunidades, em sua fala e comportamento, sempre no *setting* natural em que ocorre o estudo, e nunca em um ambiente reprodutor de situações. Para Turato (2003), uma das características dos métodos qualitativos é que o local certo para a coleta de dados é o ambiente natural, onde se encontrarão as informações realmente válidas de que se precisa.

De acordo com Martin (2006), acredita-se que em estudos que envolvem a compreensão de significados, são os óculos teóricos do pesquisador que vão direcionando o olhar sobre o objeto de estudo, caracterizando-se esse olhar não como neutro, que se confundiria com o senso comum, mas como capaz de ampliar a realidade em estudo, o que, conseqüentemente, intensifica os desafios da realização desses estudos.

### **5.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em 10 municípios, os quais são considerados municípios sede/ polo de 10 Territórios prioritários, a realização do estudo nesses territórios foi definida pelo Fórum



Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do Campo e da Floresta, e pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas. São eles Igarapé-Mirim (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Augustinópolis (Tocantins); Irecê (Bahia); Quixadá (Ceará); Santana do Matos (Rio Grande do Norte); Posse (Goiás); São Mateus (Espírito Santo); Registro (São Paulo) e São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul).

### **5.3 População do estudo**

O universo de estudo foi composto de 291 profissionais da rede de atenção local de atendimento a mulher em situação de violência, composta por diversos setores e diversos níveis de atenção que participaram dos grupos focais realizados durante os seminários locais regionais, realizados em cada município. Dentre os participantes incluem-se gestores municipais, representante do Ministério da Saúde (MS) e os pesquisadores do projeto “Para Elas”.

### **5.4 Aspectos Éticos legais**

O protocolo de pesquisa foi aprovado em junho de 2013 pelo COEP/UFMG, CAAE – 14187513.0.0000.5149 (ANEXO A).

A confidencialidade e os direitos dos participantes foram observados de acordo com a Res. 466/2012 sobre ética em pesquisa com seres humanos e o termo de consentimento livre e esclarecido foi fornecido e assinado por esses concordando em participar do estudo (ANEXO B).

### **5.5 Coleta de Dados**

Os dados foram coletados no período de maio de 2013 a julho de 2014, por meio da realização de 25 grupos focais, para participação nos grupos os profissionais preencheram uma ficha de inscrição (ANEXO C) contendo itens sobre dados demográficos dos participantes. Os profissionais foram divididos em grupos que variaram de dois a três de acordo com o número de participantes em cada município, assim como o número de

participantes por grupo variou também de acordo com o número de participantes, as falas foram gravadas e as perguntas abertas foram orientadas por um roteiro (ANEXO D). Antes do início de cada grupo focal o coordenador fez orientações sobre o funcionamento do grupo (ANEXO E). Um observador fez anotações sobre aspectos relevantes para a compreensão dos dados observados no funcionamento de cada grupo.

A coleta de dados durou 15 meses, iniciando em maio de 2013 e finalizando em junho de 2014. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupos focais, que consiste em entrevistar pessoas em grupo, a técnica tem grande relevância para abordar assuntos relacionados à saúde sob o enfoque social, já que objetiva o estudo de representações e relações dos variados grupos de profissionais dessa área, assim como seus processos de trabalho e da população (MINAYO, 1998).

Foram abordadas questões sobre o conhecimento e o entendimento dos profissionais relacionadas a violência contra a mulher, e a sua atuação desses profissionais no cuidado a qual se constitui na questão norteadora da pesquisa aqui apresentada.

Assim, o cuidado prestado pelos profissionais foi recortado para utilização na presente pesquisa a partir, do seguinte questionamento: O que o serviço onde você atua faz em relação a mulher em situação de violência, quais as dificuldades e facilidade encontradas para cuidar da mulher? As falas dos participantes foram gravadas, ouvidas de forma exaustiva e posteriormente transcritas na íntegra, e analisadas.

## **5.6 Análise dos dados**

As informações produzidas nos grupos focais foram submetidas à análise de conteúdo na sua modalidade temática. Conforme define Minayo (1998), “a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados” trata-se de articular o que se apresenta superficialmente no material com as variáveis psicossociais, contexto cultural e as condições de produção/recepção da mensagem.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do

conteúdo das mensagens. A ideia de tema diz respeito a uma alusão ou afirmação sobre determinado assunto e incorpora um feixe de relações que pode ser representado graficamente por uma palavra, frase ou resumo do texto.

Segundo Franco (2012), uma questão temática incorpora (com maior ou menor intensidade) o aspecto pessoal atribuído pelo respondente acerca do significado de uma palavra ou ainda sobre conotações atribuídas a um conceito. Ainda segundo esta autora, o tema nada mais é do que uma asserção sobre determinado assunto, podendo ser uma simples sentença (sujeito e predicado), um conjunto de sentenças ou ainda um parágrafo. Para esta autora, uma questão temática incorpora o aspecto pessoal atribuído pelo respondente acerca do significado de uma palavra ou sobre conotações atribuídas a um conceito. Isso envolve componentes racionais, ideológicos, afetivos e emocionais.

Mediante a utilização do tema como unidade de análise, para compreensão e interpretação das respostas de determinado grupo de pessoas, o resultado constitui um montante de diferentes significados. Segundo Mucchielli (1974), antes de recodificar e analisar tais respostas faz-se necessário analisar e interpretar o conteúdo de cada resposta em seu sentido individual e único.

A análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitam a descrição das mensagens e das atitudes ligadas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados obtidos (CAVALCANTI, CALIXTO, PINHEIRO, 2014). Trata-se de método no qual o processo de análise dos dados desdobra-se em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2006). Estas três etapas ou fases encontram-se detalhadas a seguir:

#### Primeira fase ou pré-análise

A pré-análise pode ser identificada como fase de organização. Nesta, o esquema de trabalho é estabelecido, porém de forma flexível. O primeiro contato com o material obtido denomina-se leitura flutuante. A transcrição das entrevistas constitui-se na formação do corpus da pesquisa. Estabelecem-se regras: a exaustividade, onde se esgota a totalidade da

informação; a representatividade, pois a amostra deve representar o universo estudado; a homogeneidade, uma vez que os dados são referentes ao mesmo tema, coletados por sujeitos semelhantes e pelas mesmas técnicas de coleta e a pertinência, uma vez que o material deve adequar-se aos objetivos da pesquisa e a exclusividade, pois cada elemento pertence a uma única categoria (CÂMARA, 2013). Na pré-análise também são definidas as unidades de registro (palavra, frase, resumo) e a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais abrangentes através dos quais será feita a análise.

Nesse estudo, a pré-análise foi realizada por meio do preparo (escuta e transcrição) do material e leitura exaustiva. Nessa etapa, buscaram-se aspectos divergentes e convergentes dos enunciados para então se traçarem temas ou árvores temáticas prévias. Estas árvores temáticas prévias geraram posteriormente as categorias da pesquisa, ou seja, a emergência das categorias ocorreu a partir dos temas, sendo estes deduzidos inicialmente.

#### Segunda fase ou exploração do material

Consiste na exploração do material, já com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro. É essencialmente a operação de codificação (CÂMARA, 2013). No estudo em questão, os temas foram relidos e reagrupados por características comuns, constituindo suas categorias. Destaca-se que o pesquisador percebe os enunciados que podem ser agrupados. Agrupar enunciados ou conceitos em categorias permite ao pesquisador reduzir o número de unidades com as quais este trabalha. Em síntese: categorias são conceitos derivados dos dados que representam os fenômenos (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A etapa de exploração do material consiste usualmente na codificação dos dados brutos do texto a fins de se alcançar seus núcleos de sentido. Para isso recorta-se o texto em unidades de registro que pode ser uma palavra, uma frase ou um tema, de acordo com o que foi definido na pré-análise. A seguir são escolhidas regras de contagem uma vez que tradicionalmente são construídos índices que permitam alguma forma de quantificar as unidades de registro e finaliza-se essa etapa classificando e agregando os dados e escolhendo-se categorias teóricas ou empíricas que nortearão a especificação dos temas.

### Terceira fase ou tratamento dos resultados obtidos e interpretação

É na terceira fase que ocorrem a condensação e o destaque das informações para análise. Culmina nas interpretações inferenciais, ou seja, é o momento da análise reflexiva e crítica (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Nesse estudo, a terceira fase envolveu ampla discussão dos Temas e das categorias pelos pesquisadores (orientando e orientador).

As três fases detalhadas anteriormente permitiram apreensão dos núcleos de sentido do texto, dos quais emergiram três Temas. Formas de intervenções dos profissionais da rede de atendimento local para o cuidado à mulher em situação de violência, Dificuldades para cuidar da mulher em situação de violência, elementos necessários para o cuidado à mulher em situação de violência.

## **6 COMPREENSÃO DOS RESULTADOS**

A análise e discussão resultados deste estudo se encontram descritas no artigo anexo.

## REFERÊNCIAS

ABUYA, B; ONSOMU, EO; MOORE, D. **Association between education and domestic violence among women being offered na HIV test in urban and rural áreas in kenya.** Journal of interpersonal violence, 2012.

AYRES, JRCM. **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas.** Saúde e Sociedade. v.18, supl.2, 2009.

AYRES, JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70. 2009. 281 p.

BARALDI, ACP *et al.* Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 12 (3): 307-318 jul. / set. 2012.

BRASIL. **Territórios da Cidadania.** Brasília, 2008. Disponível em: <<https://www.mda.gov.br/sitemda/sites/sitemda/files/ceazinepdf/3638408.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. . Diário Oficial da União. **Lei nº 11.340/2006.** Rede de Enfrentamento da violência contra as mulheres. Brasília, 2011b.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Mulheres do campo e da floresta: diretrizes e ações nacionais.** Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

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: Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 218 p.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 13.104**, de 9 de março de 2015. Altera o Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. Brasília; 2015.

BRITO, A. **A lei do feminicídio: entenda o que mudou**. In: JusBrasil. Artigo. 20 mar. 2015. Disponível em: <<http://aurineybrito.jusbrasil.com.br/artigos/172479028/lei-do-femicidio-entenda-o-que-mudou>>. Acesso em: 19 mai. 2015.

BUTTO A; DANTAS I; HORA K. [organizadoras]. **As mulheres nas estatísticas agropecuárias: experiências em países do Sul** /— 1. ed. — Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2012. 220p.

CÂMARA RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais. **Rev. Interinst. Psicol** [periódico na Internet]. 2013; 6(2):179-91. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org>. Acesso em: 27 jun. 2017.

CARNEIRO A C; FRAGA C K. **A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: Da violência denunciada à violência silenciada**, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 369-397, abr./jun. 2012.

CAVALCANTE RB, CALIXTO P, PINHEIRO MMK. **Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método**. Inf. & Soc.: Est [periódico na Internet]. 2014; 24(1):13-18. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

CECILIO, LCO. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde comunicação saúde educação** v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

COSTA, MC; LOPES, MJM; SOARES, JSF. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 19(1) Jan-Mar, 2015 pg 163.

DELZIOVO, CR; OLIVEIRA, CS. **Atenção a homens e mulheres em situação de violência** [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; organização. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 52p. Disponível em: <<https://violenciaesaude.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/02/Atencao-1.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2017.



DEERRE, CD; LEÓN, M. **O Empoderamento da mulher**: direitos à terra e direitos de propriedade na América latina. Porto Alegre; editorada UFRGS, 2002.

DESLANDES S F; GOMES R; MINAYO MCS (organizadora). **Pesquisa social, Teoria método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2009.

FALB, KL *et al.* Recent abuse from in-laws and associations with adverse experiences during the crisis among rural Ivorian women: extended families as part of the ecological model. **Glob Public Health**. 2013 ; 8(7): 831–844. doi:10.1080/174 41692.2013.810 766.

FERRETO, EO; ROMERO, TI. **Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género**. 2011. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Disponível em: <<https://www.segob.gob.mx>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

FEUERWERKER, LCM. **Cuidar em saúde**. In: FERLA, A. A. *et al.* (Org.). **VER-SUS Brasil**: cadernos de textos. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 43-57. Coleção VER-SUS/Brasil.

FRANCO, MLPB. **Análise de Conteúdo**. 4ª Edição. Brasília: Líber Livro. 2012. 87 p.

GARBIM, CAS *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1879-1890, 2015.

GOMES, MPC; MERHY, EE. **Pesquisadores In-Mundo**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde Mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 176 p.

GOMES, NP *et al.* Percepções dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Ver. Enfem. UFRJ**. Rio de Janeiro, 2012 abr/jun;20(2):173-8.

GOMES NP *et al.* Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2013b; 37(4): 377-384.

GOMES, NP *et al.* Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Rev. Salud pública**. 17 (6): 823-835, 2015.

GLOBAL STATUS REPORT ON VIOLENCE PREVENTION, 2014. Disponível em: <[https://www.who.int/violence...prevention /violence/status\\_report/2014/e](https://www.who.int/violence...prevention /violence/status_report/2014/e)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GUPTA, J *et al.* Abuse from in-laws and associations with attempts to control reproductive decisions among rural women in Co<sup>^</sup> te d'Ivoire: a cross-sectional study. **BJOG**, 2012;119:1058–1066. 2012.

KRUG, EG *et al.* **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention](https://www.who.int/violence_injury_prevention)>. Acesso em: 11 nov. 2016.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.34, n.1, p.180-186, 2013

LETTIERE, A; NAKAMO, AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: Os desafios da transversalidade do cuidado. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32977>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

LIMA, HS *et al.*, Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(esp):6964-72, dez., 2013.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação – Abordagem Qualitativas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Menga Ludke, 2013.

MARTIN, D. Noção de Significado nas Pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n.1, p. 178-80. set. 2006.

MELO, EM. **Podemos prevenir a violência**. Teorias e Práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 pp.

MELO, EM. **O Projeto Para elas, por elas, por eles e por nós**. 2013. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>>. Acesso em: 20 de abril 2015.

MELLO JORGE MHP, KOIZUMI MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2004.

MELO, VH; MELO MACHADO, E. **Para Elas**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2016. 165 p.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MENEGHEL, SN. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3):691-700, 2013.

MERHY, EE. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MORAES, J. **Violência Doméstica fragmentos de uma caminhada**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. 77 p.

MOZZATO, AR; GRZYBOVSKI, D. **Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração**: potencial e desafios. RAC [periódico na Internet]. 2011; 15(4):731-47.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo- Rio Janeiro: Hucitec-abrasco, 1998.

MINAYO, MCS; ROZEMBERG, B. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.6 no.1 Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, MCS. **Pesquisa social**: teoria, métodos e criatividade./Beslandes, SF. 28 ed. Petropolis RJ: Vozes, 2009.

MUCCHIELLI, SL. **Analyse de contenu des documents et des communications**. Paris: Lês Libraries Techiques. 1974.

O'DOHERTY, LJ et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. **BMJ**, 2014; 348:g2913 doi: 10.1136/bmj.g2913.

OLIVEIRA, LAS; LEAL, SMC. Mulheres em situação de violência que buscaram apoio no centro de referência. **Geny Lehen/RS. Enferm Foco**. 2016; 7(2):78-82.

OLIVEIRA, RNG; FONSECA, RMGS. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar.-abr. 2015;23(2):299-306.

PIOSIADIO, LCM; FONSECA, RMGS; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery** [online]. 2014, vol.18, n.4, pp.728-733.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SCHRAIBER, LB; D' OLIVEIRA, AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. **Coletivo**

**Feminista Sexualidade e Saúde.** Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP. São Paulo, 2003.

SCHRAIBER, LB *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital** - 12(3): 237-254 (noviembre 2012).

STRAUSS A; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TURATO, E R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

VIVA. **Vigilância de Violências e Acidentes.** 2013 e 2014 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

WASELFISZ, JJ. **Mapa da violência.** 2013: homicídios e Juventude no Brasil. Brasília: Flasco, 2013.

WASELFISZ, JJ. **Mapa da Violência.** 2015. Disponível em: <[https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

WATTS, C; ZIMMERMAN C. **Violence against women:** Global scope and magnitude London. Lancet. 2002. Apr 6;359 (9313):1232-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11955557>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

WALKER, L. **The battered woman.** Ed New York-Harper and How, 1979. In: DELZIOVO, CR; OLIVEIRA, CS. Atenção a homens e mulheres em situação de violência [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; organização. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 52p.

WHO. World Health Organization. 2013. **Global and regional estimates of violence against women:** prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva. WHO, 2013.

WHO. **Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence.** A Clinical handbook World Health Organization, 2014. WHO/RHR/14.26

**7 ARTIGO DE RESULTADOS**

**CUIDADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM DEZ  
TERRITÓRIOS PRIORITÁRIOS BRASILEIROS**

Clara Marize Carlos  
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso  
Victor Hugo de Melo  
Elza Machado de Melo

**RESUMO:** Este artigo analisa os cuidados prestados pelos profissionais da rede de atendimento local às mulheres em situação de violência. Trata-se de estudo qualitativo, realizado mediante grupos focais com todos os participantes das oficinas realizadas pela equipe do projeto “*Para Elas*” e Ministério da Saúde, em 10 municípios polo de Territórios prioritários brasileiros. Após categorização das falas realizou-se a análise de conteúdo temática. Os resultados apontam que os profissionais adotam intervenções prescritivas e focadas nos aspectos psicossociais da mulher. O cuidado é fragmentado, os equipamentos de atenção a mulher funcionam de forma precária e desarticulada, os profissionais sentem-se despreparados para o atendimento. Apesar do cenário desanimador, os profissionais apresentam uma postura positiva no sentido de buscar mudanças no contexto e pontuam ações necessárias para promover um cuidado de qualidade a mulher em situação de violência nos territórios prioritários. Os resultados apontam para a necessidade de se capacitar os profissionais para práticas de cuidado coletivas e compartilhadas visando a articulação dos serviços e a integralidade do cuidado a mulher.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher, Violência doméstica, Assistência integral à saúde, Saúde da população rural

**ABSTRACT:** This article examines the care assistance provided by professionals of local service network for women exposed to violence. It is a qualitative study, carried out through focus groups with all the participants of workshops organized by “*Para Elas*” project and by the Ministry of Health of Brazil in 10 priority municipalities on Brazilian territory. After categorizing the speeches, a thematic content analysis was made. Results show that professionals adopt prescriptive interventions focused on women’s psychosocial aspects. They also indicate that care assistance is fragmented, the equipment works in a precarious and disarticulated ways, and the professionals feel unprepared for the job. Despite the discouraging scenario, professionals present a positive attitude towards seeking changes in this context and point out needed actions to improve the quality of the care assistance provided to women exposed to violence in those territories. Results indicate the necessity to train professionals for collective and shared care assistance practices, aiming at the articulation of services and the integrality of women's care assistance.

**Keywords:** Violence against Women, Domestic Violence, Comprehensive Health Care, Rural Health

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que repercute na vida de quem a vivencia, e que tem suas origens na desigualdade de gênero (GOMES *et al.*, 2012; SILVA *et al.* 2012; SILVA *et al.*, 2015). Este tema tem sido discutido e apresentado de forma recorrente devido a sua magnitude. Globalmente 35% das mulheres já sofreram violência por parceiro íntimo (VPI) ou não, seja ela física ou sexual, sendo que as taxas de ocorrência variam de acordo com aspectos da cultura e normas da social, que podem colocar a figura masculina como superior a mulher caracterizando assim a violência de gênero (SILVA *et al.*, 2015).

Ela é entendida como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. (BRASIL, 2011b).

O enfrentamento da violência contra a mulher requer um envolvimento intersetorial e ações que não são exclusivas do campo da saúde devendo ocorrer em uma rede articulada, de maneira que em sua construção estejam envolvido profissional de instituições públicas ou privado, grupos organizados de mulheres e organizações governamentais e não governamentais (GOMES *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2015).

Essas redes prestam orientações especializadas e informações à mulher possibilitando sua vinculação com os que prestam apoio profissional. Assim, a rede de atendimento tem grande relevância uma vez, que usualmente, a rede primária constituída de pessoas do convívio íntimo dessa mulher encontra-se fragilizado no contexto da violência doméstica. (GROSSI, 2008).

No tocante à violência contra a mulher no contexto rural, é pequena a produção científica existente, o que pode levar ao poder pública a crença de que, a violência contra a mulher nesses espaços não seja relevante a ponto de ter lugar nas agendas públicas (COSTA; LOPES; SOARES, 2013).

Destaca-se, que a ONU em sua agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável reconhece a importante atuação, das mulheres no contexto rural para a sustentabilidade ambiental. Assim, alguns de seus objetivos visam o desenvolvimento da agricultura, pecuária e da pesca sustentável. A agenda contempla ainda o fortalecimento da igualdade de gênero, a eliminação da pobreza e em defesa da vida de mulheres e meninas em todo o mundo incluindo as que tem seus modos de vida no espaço rural (PAZ, 2016).

Sobre os cuidados oferecidos à mulher pelos profissionais da rede de atendimento, sobretudo os da saúde observa-se que, existem obstáculos a serem vencidos dentre os quais a invisibilidade da violência de gênero e os de ordem tecnológica que priorizam a racionalidade biomédica de intervenção e sua hegemonia nesse setor, dificultando a abordagem adequada do problema (COSTA; LOPES; SOARES, 2013).



## **METODOLOGIA**

Este estudo originou-se a partir de um projeto maior Denominado Projeto de “Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência: Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós” de âmbito nacional é realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/DMP/FM, com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde e tem como objetivos principais a capacitação de profissionais, a organização da Rede de Atenção e a produção de conhecimento e de material científico e estratégias para prover o cuidado à mulher da cidade e dos Territórios Prioritários do campo e da floresta, que vivenciam situações de violência (MELO, 2013).

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que diz respeito aos significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências do mundo no campo social e sobre sua compreensão desse mundo (POPE e MAYS, 2005). Minayo (1998), reafirma que a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, fenômenos que dificilmente poderiam se traduzir em indicadores quantitativos e números.

O estudo foi realizado em 10 municípios, os quais são considerados municípios sede/ polo de 10 Territórios prioritários, a realização do estudo nesses territórios foi definida pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do Campo e da Floresta, e pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas. São eles Igarapé-Mirim (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Augustinópolis (Tocantins); Irecê (Bahia); Quixadá (Ceará); Santana do Matos (Rio Grande do Norte); Posse (Goiás); São Mateus (Espírito Santo); Registro (São Paulo) e São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul).

O universo de estudo foi composto de 294 profissionais da rede de atendimento a mulher em situação de violência desses territórios. Os participantes incluíram; gestores municipais, representante do Ministério da Saúde (MS) e os pesquisadores do projeto “*Para Elas*”.

O protocolo de pesquisa foi aprovado em junho de 2013 pelo COEP/UFMG, CAAE – 14187513.0.0000.5149.

A confidencialidade e os direitos dos participantes foram observados de acordo com a Res. 466/2012 sobre ética em pesquisa com seres humanos e o termo de consentimento livre e esclarecido foi fornecido e assinado por estes concordando em participar do estudo. A coleta de dados durou 15 meses, iniciando em maio de 2013 e finalizando em junho de 2014. A participação nos grupos foi condicionada ao preenchimento de uma ficha contendo dados demográficos dos profissionais. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupos focais, que consiste em entrevistar pessoas em grupo, a técnica tem grande relevância para abordar assuntos relacionados a saúde (MINAYO, 1998).

O tema central do estudo aborda os cuidados prestados às mulheres em situação de violência em dez Territórios prioritários brasileiros e teve como problema a seguinte questionamento: O que o serviço onde você atua faz em relação a mulher em situação de violência e quais as dificuldades e facilidades para a prestação do cuidado a essa mulher? Trata-se de uma mobilização no sentido de ouvir e compreender o cotidiano desses profissionais em busca de aproximação da realidade de suas práticas de cuidado e os pontos de vista discordantes às usuais estratégias de abordagens baseadas no tecnicismo fato que segundo Ayres (2009), usualmente leva a uma fragmentação do cuidado.

As falas dos grupos focais foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo temática. Conforme define Minayo (1998), “a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas(significantes) com estruturas sociológicas(significados) dos enunciados” trata-se de articular o que se apresenta superficialmente no material com as variáveis psicossociais, contexto cultural e as condições de produção/recepção da mensagem.

## 6.1 Características gerais da população estudada

Inicia-se a socialização dos resultados, com a apresentação do perfil dos participantes deste estudo conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas dos profissionais participantes do estudo.

<b>Variável</b>	<b>Características Demográficas do Universo estudado</b>		
<b>Idade</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>	Até 30	90	30,6
	31 a 40	87	29,5
	41 a 50	53	18,0
	Acima de 50	38	12,9
	Não informou	26	8,8
<b>Sexo</b>	Masculino	40	13,6
	Feminino	254	86,3
<b>Etnia declarada</b>	Branco	102	34,6
	Negro	14	4,7
	Pardo	101	34,3
	Indígena	00	0
	Não informou	77	26,1
<b>Estado civil</b>	Solteiro	141	47,9
	Casado	152	51,7
	Não informou	01	0,3
<b>Formação Profissional</b>	Psicologia	10	3,4
	Enfermagem	136	46,2
	Serviço Social	24	8,1
	Médico	14	4,7
	ACS*	35	11,9
	Outros	75	25,5
<b>Tempo no cargo (anos)</b>	Menos de 1 ano	68	23,1
	1 - 3 anos	78	26,5
	Mais de 3 anos	131	44,5

---

\*ACS – Agente comunitário de saúde.

A partir da leitura exaustiva das transcrições apreenderam-se os núcleos de sentido do texto através dos quais emergiram três temas quais sejam; Formas de intervenção dos profissionais da rede de atendimento local para o cuidado à mulher em situação de violência, Identificando as dificuldades para cuidar da mulher em situação de violência, Estruturando o cuidado para responder à violência contra as mulheres. A partir destes temas construíram-se as categorias que foram analisados a fins de responderem aos objetivos do estudo como listados e discutidos adiante.

## **6.2 Primeiro Tema: Formas de intervenções dos profissionais da rede de atendimento local para o cuidado à mulher em situação de violência**

Desse tema, emergiram as três categorias listadas nos subtópicos, a saber:

### **6.2.1 Fazendo encaminhamentos**

Os profissionais da rede de atendimento, no contexto deste estudo, afirmam fazer encaminhamentos internos e externos, sendo que relatos de encaminhamentos para psicólogos e assistentes sociais foram recorrentes. Infere-se assim que esses profissionais são reconhecidos como prioritários no cuidado a mulher em situação de violência:

[...] No meu caso quando acontece alguma coisa com relação à violência eu direciono pra assistência social, pro psicólogo também e aí eles tomam todas as decisões[...] (enfermeira da atenção primária no município de Cruzeiro do Sul AC)

[...]assim que chega no centro de referência a gente já encaminha pra psicóloga a gente faz o acolhimento e encaminha pra psicóloga e aí ela vai identificar se vai continuar o atendimento no centro de referência ou se vai dar encaminhamento pra outro serviço[...] (assistente social do CREAS no município de Quixadá CE).

[...]aí a gente já faz um encaminhamento rápido para a delegacia ou para o psicólogo[...] (médico do pronto socorro no município de Registro SP).

Alguns estudos ressaltam a preocupação com o cuidado psicossocial na atenção à mulher que sofreu agressão, com destaque à participação do psicólogo e do assistente social (GOMES *et al.*, 2013, GOMES *et al.*, 2014; PORTO, BUCHER-MAUSHKE, 2014).

No que tange ao psicólogo, estudo realizado em um distrito sanitário do Estado de Santa Catarina envolvendo profissionais que atuam nas equipes de estratégia de saúde da família (ESF) se referiu à importância do psicólogo do núcleo de assistência familiar (NASF). Os autores entendem que mulheres vítimas de violência necessitam muito de apoio psicológico, uma vez que os problemas emocionais decorrentes da violência afetam não só as mulheres, mas também as crianças inseridas em um lar onde a violência ocorre (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010). Para os profissionais que atuam na ESF, o cuidado psicológico direcionado à mulher é essencial e possibilita seu empoderamento, no que se refere à busca de soluções possíveis para se romper com o ciclo da violência (GOMES *et al.*, 2013).

Faz-se importante enfatizar que, o termo empoderamento, bastante usual entre profissionais da rede de atendimento à mulher, tem sido aplicado sem que se observe seu verdadeiro sentido que, na concepção feminista, diz respeito à redistribuição do poder com profundas mudanças na sociedade, em todos os seus seguimentos e na ideologia patriarcal que alimenta as desigualdades de gênero e as e iniquidades sociais (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010). Este termo não se restringe ao fortalecimento da autoestima da mulher individualmente, mas na questão do enfrentamento da violência de gênero. Segundo Cortes *et al.* (2015), o empoderamento das mulheres e defesa dos direitos humanos perpassam o compromisso de profissões que, no cotidiano dos serviços de saúde e espaços sociais lutam para promover a diminuição das desigualdades que dificultam o acesso aos serviços e ao cuidado à saúde de qualidade.

Em relação aos motivos que levam os profissionais a direcionarem o cuidado para os psicólogos, um estudo mostrou que, os profissionais da rede de atendimento a mulher em situação de violência consideram essa categoria como mais preparada e com maiores habilidades para abordagem da mulher em situação de violência (GOMES *et al.*, 2013) o que está de acordo com os achados do presente estudo. Vale a pena ressaltar que tais condutas podem estar relacionados a crença dos profissionais sobretudos da saúde, de que o tema da violência contra as mulheres esteja diretamente ligado ao trabalho do psicólogo conforme aponta também (HANADA *et al.*, 2010; GUEDES *et al.*, 2013).

Embora os psicólogos sejam rotineiramente solicitados para cuidar da mulher em situação de violência, Hanada; D'Oliveira; Schraiber (2010), apontam em seu estudo, que a intervenção da psicologia por vezes é inadequada e restrita ao aspecto psíquico, elas enfatizam que a intervenção desses profissionais não deveria se limitar apenas ao cuidado com o sofrimento psíquico, mas também às questões sociais que permeiam a violência contra a mulher. Tal afirmação, no entanto, contraria os achados de um outro estudo realizado com psicólogas da rede de atendimento a mulher em situação de violência no estado do Acre. No estudo citado, os achados referem que independente do referencial teórico que afirmaram adotar, as psicólogas não avaliaram a questão da violência vivida pelas mulheres apenas do ponto de vista do sofrimento individual, mas ao contrário, elas significaram a violência contra a mulher como um fenômeno construído sócio culturalmente, demonstrando entendimento claro sobre esses aspectos ainda que as abordagens adotadas por elas visem o aspecto subjetivo da mulher (PORTO; BUCHER-MAUSHKE, 2014).

Outro aspecto que chama a atenção neste estudo, diz respeito a visão reducionista da violência ao aspecto do sofrimento psíquico, quando os profissionais identificam na mulher uma patologia a ser tratada com medicamentos. Dessa forma, a violência esconde-se atrás de diagnósticos focados na doença conforme ilustrado pela fala a seguir.

[...]tem muita mulher entrando em depressão tá tendo muita receita pra depressão tá tendo bastante mesmo[...] (ACS na atenção primária no município de Posse GO).

Apoiando nossos achados, apontam que a invisibilidade da violência contra a mulher pode ocorrer devido à medicalização isolada, sobretudo pela categoria médica sem levarem em conta os determinantes da violência, cabendo ao psicólogo e ao assistente social e muitas vezes à delegacia e ao advogado a abordagem dos demais aspectos, assim a violência contra a mulher é reduzida às práticas que transitam entre a abordagem do crime e a medicalização (HANADA, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER 2010; SILVA *et al* 2012; SILVA *et al* 2015),

No que se refere aos encaminhamentos para assistentes sociais com fins de apoio psicossocial às mulheres que sofreram VPI relatados pelos participantes deste estudo Sprague *et al.* (2015), identificou que essas são práticas rotineiras também em serviços de saúde de média e alta complexidade, no contexto internacional.

Nossos achados identificam que, além do encaminhamento ao psicólogo e ao assistente social, a delegacia surge como cenário bastante citado no cuidado a mulher em situação de violência, o que é comprovado pela fala a seguir.

[...] Se for violência moral ou psicológica a gente atende independente de BO mas a violência sexual tem que ter por causa do exame de corpo de delito. (Psicóloga do Centro de referência da Mulher (CRM) Irecê –BA).

Ainda no que se refere ao setor de segurança pública, pode-se inferir que, independentemente de encaminhamento, a mulher procura a delegacia como primeira opção de cuidado nas situações vividas de violência, sendo que essa procura independe da severidade da agressão sofrida. Assim, quando a queixa está atrelada à violência, o serviço de saúde local não constitui um locus privilegiado para a busca do apoio:

[...] O que acontece, mesmo que tenha serviço de saúde, primeiro lugar que procura é a delegacia ...mas quando a mulher é violentada ela não fala, pelo menos no meu município... e quando o agente de saúde ou a assistente social desconfia que tá acontecendo alguma coisa e vai perguntar, a mulher não fala, acho que isso acontece no município de todo mundo...não fala... parece que amarra a boca mesmo...mas quando acontece que é muito raro da mulher que sofre violência pedir uma ajuda. Ela vai primeiro na delegacia[...] (Enfermeira em Augustinópolis AC).

Os autores Gomes (2013), Menezes *et al.* (2014) e Silva *et al.* (2015), ratificam este achado, identificando encaminhamentos de vítimas de violência para o setor de segurança pública, delegacia e IML, sobretudo quando os profissionais de saúde, com base em sua percepção de gravidade julgaram ser necessário acionar esses cenários. Estudo realizado por Santos *et al.* (2014), no município de Campina Grande – PB, envolvendo profissionais de duas equipes da ESF mostrou 80% desses profissionais citaram a delegacia como um serviço de proteção a mulher. Importante relatar que estas autoras destacam que a delegacia especializada de atendimento a mulher, a despeito de constituir um importante equipamento da rede de atendimento à mulher em situação de violência, torna-se ineficiente quando sua atuação encontra-se desarticulada dos demais serviços da rede.

### **6.2.2 Realizando o cuidado focado em protocolos**

Neste estudo, os profissionais da rede de atendimento local referem que além de encaminhamentos também realizam assistência direta as mulheres sendo que suas ações se baseiam no seguimento de protocolos, sobretudo nos casos de violência sexual como constatado nas falas que se seguem.

Então às vezes a enfermeira faz a profilaxia... a contracepção de emergência, esses cuidados. (Técnico de enfermagem município de Cruzeiro do sul)

[...] No hospital... hoje a pessoa de violência sexual seja adulto ou criança ou mulher, ela chega na recepção, ela já não passa pela triagem e imediatamente é acionado um dos enfermeiros para fazer esse acompanhamento e a partir dali se inicia o protocolo com menos de 32 horas que é o preconizado pelo Ministério da Saúde e foi adaptado para o hospital.... então, chegando, já tá ali o profissional já sabe que tá toda a medicação ali com todo o lote e... retrovirais, tá tudo ali na quantidade exata. (Enfermeira gestora da rede de atendimento São Lourenço do Sul-RS).

A partir das falas apreendidas pode-se inferir que no contexto pesquisado o enfermeiro assume papel relevante como profissional que estabelece o cuidado imediato e o primeiro contato com a pessoa que sofreu a violência sexual. Quanto ao cuidado prestado por esse profissional, identifica-se a priorização do atendimento clínico direcionado pelo seguimento de um protocolo que estabelece as condutas e a cronologia em que devem ocorrer. Uma abordagem ampliada não é referida neste contexto e se constata uma visão reducionista do problema voltada apenas para o aspecto patológico do problema.

Em sua pesquisa Cortes *et al.* (2015), ratificam o que foi constatado em nosso estudo e referem que as enfermeiras, especificamente em suas práticas assistenciais, prestam o cuidado inicial, fato também percebido por que refere que esses cuidados são orientados por protocolos existentes no serviço e incluem administração de medicamentos e tratamentos de lesões.

Cabe destacar que o protocolo referido nas falas nos casos de violência sexual contra as mulheres, diz respeito ao Manual de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do MS instituído no Brasil com base em diretrizes da OMS que desde 2003, preconiza um rol de ações que devem ser seguidas pelos profissionais de acordo com a realidade local. O referido protocolo além de cuidados imediatos orienta o seguimento ambulatorial da mulher com retornos periódicos sendo que o primeiro atendimento deve ocorrer em até 72 horas da ocorrência do evento e o primeiro



retorno em 30 dias (D 30),45 dias(D 45), 90 dias(D 90, 180 dias (D 180) da ocorrência do evento ( TRIGUEIRO, 2015 ). A autora enfatiza que esse aspecto longitudinal do cuidado assume importância na medida que o agravo usualmente afeta a saúde da pessoa que sofreu o dano embora se constitua em um grande desafio o qual envolve o comprometimento da paciente e da equipe de saúde sendo que, a não concretização do acompanhamento pode refletir a ineficácia do serviço de saúde.

A priorização do cuidado técnico guiado por protocolos nos casos de violência sexual também foi encontrada por Lima (2013), e em sua pesquisa, a autora destaca que a rotina de exclusividade ao seguimento de protocolos não individualiza o cuidado e não leva em conta a biografia do sujeito. A mesma autora refere também que o sofrimento da vítima de violência sexual perpassa pela humilhação, sentimento de culpa e baixa autoestima, dentre outros sentimentos comuns identificados nas pessoas que foram agredidas, mas todos ocorrem em um contexto que lhes são singulares. Ainda de acordo com a mesma autora, o atendimento parece estar limitado ao seguimento de protocolos clínicos de atendimento, seguindo o que orienta A mesma autora aponta que, o seguimento estrito desse protocolo, nega-se um cuidado individualizado a mulher e que, a assistência à mulher em situação de violência deve ser realizada por profissionais sensibilizados, a fim de prestarem um cuidado adequado.

Ainda sobre o cuidado exclusivamente técnico um outro estudo aponta que o cuidado baseado em protocolos a serem seguidas pelos serviços disponíveis na rede de atendimento a mulher em situação de violência, podem organizar as ações intersetoriais, mas é necessário ponderar sua utilização, considerando que, a complexidade do problema exige múltiplas abordagens e soluções que muitas vezes não podem ser alcançadas apenas através de projetos assistenciais puramente técnicos e amparados por protocolos fixos e únicos. (SILVA; PADOIM; VIANA, 2015)

O olhar reducionista é percebido nas práticas de profissionais que atuam em serviços de urgência no contexto deste estudo, uma vez, que esse espaço não é considerado um cenário propício para a interlocução com a mulher, no sentido de ser um espaço de escuta. Assim, o

cuidado é racionalizado e os profissionais nesse contexto concentram seus esforços em resolver o problema de forma pontual como ilustrado nas falas a seguir.

[...]O profissional do Pronto Socorro é aquele que põe na maca e medica... põe na maca e medica[...] (enfermeira do hospital em Registro - SP)

[...]O olhar que eu tenho na atenção básica é diferente do que eu tenho no pronto socorro porque no pronto socorro ela chega para ser atendida então a gente faz aquele atendimento rápido e a gente não consegue conversar[...] (médico do hospital em Registro-SP).

Uma pesquisa abordando as práticas dos profissionais de saúde que fazem atendimento a mulher em situação de violência identificou que estes se limitam a medicar e encaminhar. Essa abordagem biotecnista acaba por desresponsabilizar o serviço sobre o enfrentamento da violência como sendo um problema de saúde (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Um outro ponto a ser considerado no cuidado a mulher em situação de violência, diz respeito aos aspectos sociais, históricos e culturais do sujeito os quais se tornam invisíveis devido medicalização da violência e as condutas prescritivas e intervencionistas. É fundamental considerar que as pessoas que vivenciam o problema apresentam diversas demandas com necessidades biopsicossociais inerentes a cada sujeito, receptor do cuidado (MOREIRA *et al.*, 2014; MENEZES *et al.*, 2014; OLIVEIRA e LEAL, 2016).

Cabe destacar que uma intervenção resolutiva não deve dispensar o cuidado clínico, entretanto vai além precisa mobilizar as tecnologias leves e leve duras disponíveis para o enfrentamento ou prevenção dos problemas e agravos buscando estratégias para promover a saúde já que o cuidado amparado apenas pelo foco clínico tem se mostrado insuficiente para atender as demandas de saúde das mulheres em situação de violência (GUEDES, FONSECA, EGRY, 2013).

### **6.2.3 Esclarecendo sobre as possibilidades de cuidado disponíveis**

A análise de conteúdo em sua abordagem temática contempla um horizonte amplo de identificação, sendo que, no mesmo cenário de pesquisa, podem ser observadas situações antagônicas (BARDIN, 2009). Em contrapartida à categoria anterior, constatou-se neste

estudo que, nos territórios prioritários, alguns profissionais prestam um cuidado que extrapola limites meramente clínicos ou apenas focado no aspecto patológico. Estes profissionais direcionam suas práticas para um cuidado baseado no diálogo, nas orientações e conscientização sobre os direitos da mulher como forma de abordagem da violência contra a mulher. A falas a seguir apresentam um cuidado com este olhar:

[...]Elas criam coragem ali mesmo, na nossa frente; elas tomam a decisão ali, naquela hora, em uma hora e meia, duas horas de conversa. Na verdade não é uma palestra, é uma conversa com ela: “Gente, você têm direito a isso, direito àquilo, tarara, tarara”, esclarece pra ela[...] (assistente social em Cruzeiro do sul).

[...]A gente não incentiva, apenas a gente esclarece os caminhos. A decisão é dela, ela denuncia se ela quiser. Agora a gente diz: “Você ta sofrendo violência, ta ameaçada de morte, se você denunciar você corre o risco de morte, se você não denunciar você também corre o risco. O que você escolhe? Você vai denunciar e entra pra proteção do Estado ou você vai ficar calada e morrer calada?”. Lógico que não com essas palavras que a gente fala, mas a gente deixa com que elas entendam, que tomem a decisão (assistente social em Cruzeiro do Sul -AC).

O cuidado baseado em dispositivos relacionais, como o que foi constatado neste estudo foi também apontado por outro estudo, realizado no contexto rural com profissionais de saúde que atendem mulheres em situação de violência. Os autores identificaram que o cuidado prestado pode pautar-se em tecnologias leves, tais como o diálogo e a orientação e que, estes são elementos que compõem a integralidade do cuidado, possibilitando mostrar para as mulheres caminhos que fortaleçam suas atitudes de desnaturalização da violência vivenciada por elas, o que pode levar a ruptura dessa situação (COSTA; LOPES, 2012; CORTES *et al.*, 2015).

A próxima fala indica também uma abordagem baseada no diálogo, mas desta vez, o profissional parece realizar orientações como uma prática isolada de outras, que poderiam contribuir para um cuidado efetivo.

[...]Então eu já presenciei situações de chegar e o marido tá batendo na mulher...mas nem uma vez chamei a assistente social... ninguém. Eu resolvi... primeiro...eu acho assim... você que conhece a família...você vai lá e tenta conversar... eu na hora pensei...eu não vou chamar a assistente social...os dois não vão nem saber que existe isso... não vou chamar ninguém...eu vou tentar resolver primeiro[...] (ACS da rede de atendimento em Cruzeiro do sul –AC).

A partir do relato acima se pode inferir que, alguns profissionais fazem orientações com base no conhecimento que possuem do contexto familiar e do vínculo, sem contudo, compartilhar

suas impressões e condutas com outros membros da equipe. Sendo assim, muito de sua prática pode estar pautada em posições pessoais sobre o problema. Outros estudos Gomes, (2013) e Meneghel (2013), têm mostrado que alguns profissionais fazem aconselhamento e orientações, porém de uma forma não qualificada. Condutas e orientações baseadas em crenças pessoais sem apoio a equipe multiprofissional, apresentam-se ineficazes, fragmentas e insuficientes para o enfrentamento da violência (SANTOS *et al.*, 2014).

### **6.3 Segundo Tema: Identificando as dificuldades para cuidar da mulher em situação de violência.**

Os profissionais dos territórios prioritários apontaram em suas falas situações que comprometem o cuidado à mulher em situação de violência, deste tema emergiram quatro categorias que são mostradas e discutidas a seguir; Apontando que valores culturais constituem barreiras para o cuidado, Reconhecendo o despreparo dos profissionais para o cuidado à mulher, Admitindo que a rede de atendimento à mulher não se articula.

#### **6.3.1 Apontando que valores culturais constituem barreiras para o cuidado**

Em nosso estudo foram identificados alguns fatores considerados como “dificultadores” para o processo do cuidado à mulher em situação de violência, no contexto dos territórios prioritários. Tais “dificultadores” ou barreiras para o cuidado foram constatados em uma ou mais dimensões do cuidado. Estas barreiras podem estar impedindo que o cuidado seja realizado de forma holística e integral e dizem respeito a aspectos relacionados a própria mulher ou aos profissionais, assim como, relacionados à organização dos serviços e a implementação de políticas locais para o enfrentamento da violência contra a mulher.

O constrangimento e as humilhações vivenciadas pela mulher estão imbuídos de questões culturais que requerem dos profissionais um atendimento pautado no respeito e na empatia, que levem à sensação de confiança. Trata-se de uma situação complexa, um momento particularmente difícil para a mulher. A interação do profissional com a mulher deve constituir um encontro que possibilite a interação e o início da construção do cuidado, que poderá ser impedido pela falta de confiança nos profissionais. Assim, essas questões podem

constituir fator de permanência da mulher na situação de violência, conforme observado nas falas a seguir:

[...]Porque a pessoa que sofre violência ela se sente envergonhado de procurar o serviço então ela precisa de alguém de confiança se ela não encontrar alguém de confiança então ela não procura[...] (ACS da rede de atendimento município de Augustinópolis - TO).

E ainda todo o estigma que a mulher carrega né...as vezes o marido bate nela e ela aceita porque ela aceita aquilo ali como uma punição porque ela se convence que errou entendeu? Então tem um certo contexto[...]" (enfermeira município de Santana dos Matos- RN).

Essas falas ratificam achados de outros estudos os quais apontam que ao procurar os serviços em busca de atendimento as mulheres o fazem na esperança de romper com o ciclo da violência que geralmente vem ocorrendo por longo período sem que a mulher tenha tomado a atitude de buscar ajuda o que só faz por vezes quando a situação se torna insuportável (VIEIRA *et al.*, 2013; OLIVEIRA; LEAL, 2016).

O aspecto cultural assume relevância ao consideramos que a violência contra entre homens e mulheres retrata a ruptura dos padrões da sociedade que confere poder ao homem para que assuma o domínio sobre a mulher em um contexto patriarcal e machista (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Na mesma perspectiva, um estudo sobre percepção de profissionais de saúde de Angola, em relação a violência contra a mulher, apontou que a omissão da queixa de violência por parte das mulheres, constitui-se em um grande desafio porque dificulta a identificação dos casos. O estudo aponta que tal omissão, usualmente leva a reincidência das ofensas sofridas (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Uma outra referencia apontada pelas falas dos participantes diz respeito à vergonha que leva as mulheres a omitirem a violência vivida, soma a isso, a dificuldade em se relacionar com o profissional de saúde. Esta constatação foi também referida em outros estudos nos quais alguns autores apontam, que a relação entre as usuárias dos serviços e os profissionais é cercado por sentimentos de medo, de preconceito e de descrédito, aspectos também constatados em estudos com os profissionais da rede de atendimento no Brasil. As

constatações podem explicar a pouca visibilidade do problema sobretudo nos serviços não especializados, onde as mulheres apresentam poucas queixas e não se expressam claramente sobre o assunto exceto em casos graves como nas lesões corporais (NASCIMENTO, RIBEIRO e SOUZA, 2014; VIEIRA; HASSE, 2017).

Embora o achado do estudo citado se refira particularmente a percepções de profissionais em Angola, a mesma constatação foi observada em nosso estudo, podendo ainda ocorrer em contextos que favorecem a aceitação da violência, espaços onde o exercício da masculinidade se traduz em atos de dominação e soberania. Esses espaços possibilitam ao homem ter maior liberdade e poder para delimitar comportamento principalmente das mulheres tanto no espaço público quanto no privado, essa ordem cultural leva as mulheres a sentimentos de humilhação, vergonha e culpa (LIMA *et al.*, 2013).

A fala a seguir, sinaliza sobre a fragilidade da mulher no contexto rural devido a dependência econômica, que de acordo com a percepção dos profissionais contribui para a permanência da mulher na situação de violência e com seu receio de falar sobre a situação vivida.

[...]principalmente a mulher do interior, a mulher do interior é frágil, sabe por que ela é? Como é que ela vai abandonar o filho dela, abandonar o marido dela com 5 crianças, como é que ela vai caçar, pescar? Então, muitas vezes, ela deixa de falar o que aconteceu com ela. A mulher do interior é muito assim, a não ser que ela se abra com a pessoa mais íntima que ela tem, a não ser que ela confie.

Um outro estudo realizado com profissionais de saúde da rede de atendimento à mulher em situação de violência, em municípios rurais do estado do RS, revelou que as concepções expressas pelos participantes no que diz respeito à violência nas relações entre homens e mulheres rurais, expressam o poder e a autoridade do homem como provedor e chefe da casa (COSTA; LOPES; SOARES, 2013).

Um aspecto a ser destacado é que alguns profissionais tem a crença de que a violência contra a mulher está associada com estado de pobreza, contudo alguns estudos comprovam que isso não é um fator determinante já que em países emergentes como o Brasil mulheres que adquirem maior autonomia econômica estão expostas a violência por violarem normas de gênero (VIEIRA; HASSEN, 2017).

Um aspecto importante relacionado a barreiras culturais que restringem os profissionais da rede de atendimento à mulher em situação de violência referidos em nosso estudo diz respeito às mulheres indígenas neste espaço intervenções “externas” não são bem aceitas e dependem do julgamento de pessoas em posições de autoridade sobre os demais esses territórios possuem e que seguem suas próprias leis e normas, contudo sabe-se que tribos indígenas são locais onde as iniquidades de gênero e a violência contra a mulher e contra a crianças são realidades bem presentes como ilustram as falas a seguir:

[...]Nós estamos vivendo uma situação extremamente delicada hoje no Amapá com a violência dentro das aldeias indígenas, entendeu? pra mim entrar na aldeia indígena de uma mulher que é agredida ou uma criança... eu tenho que passar pela polícia federal, pela FUNAI, SESAI, pra depois pensar em falar com o cacique. O cacique eu nem discuto. Por que o cacique ele me mata e depois eu discuto com ele. Então esse processo cultural... da justificativa do processo cultural pra manutenção da violência isso precisa ser pautado de forma muito mais clara na sociedade. (Assistente social da rede de atendimento em Igarapé Mirim - PA).

Acontece no Pará e acontece em Santa Catarina, né? A gente faz parte de um comitê em Santa Catarina, aonde tem uma profissional que representa o serviço indígena... e ela faz da mesma forma que você tá fazendo em relação a abuso de menores, por exemplo dentro das tribos de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Por que ela atende também a região do Rio Grande do Sul. Tudo em defesa de aspectos culturais (Assistente social da rede de atendimento em São Lourenço do Sul - RS).

Se em determinadas etnias, se a criança nascer com alguma deficiência... ele é enterrado vivo...E não é algo desconhecido das instituições... E aí a gente continua nesse discurso de culturalmente. Discutir com a polícia federal... é parceiro... FUNAI... é parceiro... SESAI... é parceiro... Mas aí eu não posso entrar na aldeia... e nem ela sabe que ela pode sair... Entendeu? E eu não posso tratar dela e ela tá lá sendo espancada. (Assistente Social São Lourenço do Sul – RS).

A violência contra a mulher indígena constitui-se em uma realidade e sua abordagem e o cuidado a mulher que vive nesse contexto é um desafio, já que fatores culturais conferem maneiras peculiares de viver desses povos. Todas as suas práticas inclusive as de violência contra a mulher perpassam pela discussão e avaliação em várias instituições que cuidam do povo indígena e sua organização impede muitas vezes a intervenção dos profissionais como relatado nas falas apresentadas.

A abordagem e intervenção sobre o problema da violência e discriminação contra a mulher indígena direciona para um debate com foco multicultural da questão da violação dos

direitos humanos, que leve em consideração o respeito e reconhecimento da autonomia do povo indígena, mas que considere a necessidade de se avaliar os aspectos culturais que ferem os direitos fundamentais do ser humano (VERDUN, 2008).

No que se refere aos aspectos culturais discutidos anteriormente cabe ressaltar que a cultura é um construto, social, é nesse território que as crenças e costumes são constituídos e aceitos e passam por mudanças de acordo com os valores, atitudes presentes ao longo da história não sendo dessa forma algo estático. O indivíduo internaliza e reproduz princípios que são transmitidos pela família, pela cultura e pela sociedade em que está inserido, tais relações regeneram a cultura e esta regenera as interações, o processo de mimetização com imitação do outro inicia-se na primeira infância, nesse sentido a realidade é aprendida (BASTOS; RAMOS; SILVA, 2007; WULF, 2016).

### **6.3.2 Reconhecendo o despreparo dos profissionais para o cuidado à mulher**

O despreparo apontado pelos profissionais deste estudo captado sob diferentes aspectos, que restringem o cuidado a mulher. Tais aspectos incluem a precariedade nas notificações, como ilustrado na fala que se segue:

[...]. A ficha fica há muito tempo na unidade mas fala que não conhece porque a gente tem muito problema com notificação ontem eu fiquei sabendo que suspeita também pode notificar eu notificava só as confirmadas[...] (enfermeira da rede de atendimento em Posse -GO).

A Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 avançou na abordagem da violência interpessoal, ao incluir no rol de eventos de notificação compulsória as subcategorias violências doméstica e sexual, ampliando assim as fontes notificadoras. Importante ressaltar que todos os profissionais de saúde, sejam eles na esfera pública ou privada, têm obrigatoriedade em notificar. A portaria trata de modo equivalente situações de violência que afetam idosos, mulheres dentre outros. Vislumbrou-se com essa mudança qualificar os dados nacionais e dar maior visibilidade aos diversos tipos de violência (MOREIRA, 2012; GARBIN, *et al*).

O despreparo dos profissionais interferem diretamente no cuidado, impedindo que ele seja realizado como referido na fala a seguir:



[...]Olha, eu, como diretora do hospital, eu vou começar por aqui. Eu acho que não, nós não temos esse preparo, a começar pela parte, pela equipe médica. Dependendo da violência que chega no hospital não são todos os médicos que falam: Ah, eu vou cuidar disso[...] (médica gestora do hospital no município de Posse GO).

[...]Chegou no hospital uma mulher que tinha sido violentada ela chegou pra mim chorando eu passei para o médico atender...ela saiu com a receita na mão chorando...eu disse...contou pra ele? E ela...“ele não me deixou falar”...eu peguei bati na porta do médico e contei pra ele e ele me disse “então você examina ela[...] (enfermeira município de Posse - GO).

No que diz respeito à restrição de alguns profissionais em cuidar da mulher em situação de violência, sobretudo a violência sexual Lima *et al.*, (2013), referem que a resistência identificada nas atitudes de alguns profissionais fragiliza a atenção dispensada, já é realizada de forma descontínua, muito aquém do que contempla o atendimento integral, humanizado e potencializador da emancipação das mulheres que sofrem a violência.

Destaca-se em nosso estudo a resistência dos profissionais em realizar o aborto previsto em lei, fato atribuído a convicções pessoais, sugerindo a necessidade de sensibilização desses profissionais sobre o cuidado nessa área.

[...]Sim nós montamos uma equipe que tá lá até hoje a questão do aborto legal...mas tá muito restrito... quem faz o aborto legal sou eu o (anonimato)...agora tem médico da equipe que se eu sair do plantão e dizer olha tem uma paciente que tá induzindo o aborto legal ele não vai se recusar a tender tá... dentro da equipe tem um que vai recusar e que tem objeção de consciência tá...mas dentro da equipe sempre tem alguém então a gente tem que sensibilizar o profissional pra isso e sensibilizar que é direito da paciente e em respeito da Lei... então alguém da equipe tem que se prontificar a fazer[...] (médica do Hospital em Registro – SP).

Dentre as consequências da violência sexual, a gravidez é destacada como a mais complexa devido aos seus impactos psicológicos, sociais e biológicos. A gestação indesejada ou forçada consiste como uma segunda violência sendo algo intolerável para várias mulheres. Os direitos reprodutivos são considerados inalienáveis e são considerados como fundamentais para os direitos humanos. Eles foram ratificados por diversas conferências, tais como a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995). A relevância do problema no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva são

apontadas pelas Conferências das Nações Unidas, das quais o Brasil é signatário (BRASIL, 2012).

Embora o direito reprodutivo de mulheres e adolescentes seja uma premissa que assegura os direitos e a interrupção da gravidez em casos previstos pela lei seja um direito constitucional garantido o médico que é o profissional responsável para realizar esse procedimento não está obrigado a realizá-lo.

De acordo o artigo 7 do cap. I do Código de Ética Médica “o médico deve exercer a profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente[...]. Também é direito do médico(a), artigo 9, “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (BRASIL, 2012).

Considerando que no contexto rural as mulheres já tem seu acesso aos serviços de saúde restringido pelo isolamento social e barreiras geográficas, dentre outros, a resistência em realizar procedimentos, independente da justificativa constitui em mais uma barreira para o cuidado a mulher diante da violência vivenciada.

Embora os apontamentos anteriores se refiram a categoria médica, as falas seguiram apontando que o despreparo para o cuidado da mulher em situação de violência envolvendo também outros profissionais. Este fato revela-se na dificuldade apresentada por eles para identificar a situação de violência e ainda para realizar uma abordagem adequada no sentido de resolver a demanda que se apresenta como ilustram as falas a seguir:

[...]Depois assim a pessoa passa quinhentas vezes no serviço de saúde ninguém para...Ninguém presta atenção porque que ela tá voltando quinhentas vezes no serviço de saúde porque ela não foi vista de forma integral na verdade ela não foi nem vista[...] (Gestora da saúde em Registro- SP).

[...]então chega pra mim eu notifico e passo pra uma psicóloga... a psicóloga também não está preparada e passa pro delegado que também não está preparado e passa pro judiciário e isso vai virando uma bola de neve e é onde não se resolve nada aí daqui a um mês essa mulher volta pra você novamente violentada[...] (Assistente social Posse -GO).

[...] Então assim, falta um psicólogo, falta um médico especialmente atender...pra esse caso. Então quando vem chegar o caso a família...Então ainda falta muita preparação em geral: tanto pro médico, tanto pro ACS, pro enfermeiro, a equipe em geral (enfermeira município de posse- GO)

[...]o policial tava muito chateado e eu entenderia com justa razão ele disse olha minha senhora se a senhora chamar a gente outra vez por esse motivo eu vou levar a

senhora ao invés de levar o seu marido porque o marido dela batia nela ela fazia aquele carnaval todinho e quando eles chegavam ela pedia pelo amor de Deus pra não levar o cidadão[...] (médico do hospital em Santana dos Matos).

[...]Porque pro paciente assim é um tema muito pesado entendeu? Aí a gente pensa assim se eu começar a puxar esse assunto aqui eu posso perder o paciente...ele pensa não vou não porque ele já está querendo entra na minha vida pessoal entende? Eu tenho dificuldade em entrar nesse tema com a mulher (ACS em Registro – SP).

Concordando com nossos achados, outros estudos têm postulado sobre o despreparo dos profissionais para cuidar da mulher de forma adequada (GOMES *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2013; VIEIRA, 2013). Esse despreparo se traduz por meio de relatos sobre a dificuldade para identificar ou suspeitar que a mulher esteja vivenciando uma situação de violência na relação conjugal. A falta de preparo se manifesta na medida que o profissional não sabe o que fazer ao constatar um caso de violência. Este também não associa a busca frequente da mulher pelo serviço de saúde à violência vivenciada no seu cotidiano. Cabe destacar, que por vezes, espaços de busca de cuidados, sobretudo dos serviços de saúde pelas mulheres, podem se constituir em espaços de captação da violência, que se manifesta por queixas implícitas (GOMES *et al.*, 2013; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

O despreparo dos profissionais se traduz ainda como manifestação de medo em relação ao agressor, esse sentimento é motivo de grande insegurança, dessa forma, quando a queixa é violência contra a mulher é comum que eles não queiram se envolver e não raro são omissos. Os profissionais submetidos a esse sentimento reconhecem que não estão agindo da forma inadequada, mas o fazem por não se sentirem apoiados, assim eles também estão vulneráveis à violência.

[...]a gente não tem apoio nenhum ...eu vejo a violência numa casa aí eu vou e denuncio mês vem eu tenho que voltar lá na casa nós estamos na escuridão então assim as vezes a gente vê e finge que não vê e na verdade a gente não tinha que fazer isso mas a gente tem que ter apoio porquê é complicado é difícil[...] (ACS da rede de atendimento em Augustinópolis-TO)

[...]a falta de apoio faz gente ficar omissa porque a mulher só tem o agente de saúde...só confia nele e ele é a única pessoa que sabe do caso... e o homem sabe quando tem alguém que tá orientando a mulher porque ela é sempre submissa... aí a gente vai conversando ...dá conselho ....se valoriza mais... depois ela conta pro marido e aí? Então também isso é perigoso pra nós[...] (ACS da rede de atendimento em Posse – GO).

O medo de retaliação percebido pelos profissionais identificado em nosso estudo, ratifica os achados de outros autores e em um deles o temor é apontado como a principal justificativa para a subnotificação dos casos. Gomes *et al.* (2015), aponta ainda, que o medo gera nos profissionais sensação de impotência e revolta.

### **6.3.3 Admitindo que a rede de atendimento à mulher não se articula**

Uma questão recorrente que foi apontada pelos profissionais que atuam nos territórios prioritários se refere ao funcionamento da rede de atendimento à mulher, que não acontece adequadamente, tanto no aspecto da articulação dos serviços, quanto no atendimento das demandas da mulher, conforme evidenciado nas falas a seguir:

O marido agrediu a mulher e ela ta toda roxa, toda machucada ... Aí eu pergunto: “O que é que você fez?” e ela: “Eu fui pra delegacia, da delegacia me mandaram pro hospital e do hospital eles me mandaram pra delegacia novamente” (ACS em Igarapé Mirim).

Às vezes a gente encaminha uma paciente pra um acompanhamento psicológico e a gente encontra com ela e pergunta e aí já foi? E ela fala a não... não tem vaga então [...] (assistente social em Posse -GO).

[...]não é só da área da saúde que não está funcionando... então assim tinha gente de todos os municípios além de não ter os serviços os que tem não funcionam então assim é preocupante (assistente social da rede município de Posse - GO).

O enfrentamento da violência contra a mulher devido a sua complexidade pressupõe uma abordagem intersetorial, sendo essa constatação consenso entre os profissionais. Assim, as ações de cuidado a mulher requerem o aporte de uma rede bem estruturada e intersetorial, com a participação da segurança pública, justiça, assistência social e educação, dentre outros, a fim de assegurar que as mulheres não tenham seus direitos violados (SILVA *et al.*, 2012; GOMES, 2013; LETTIERE; NAKANO, 2015).

Apesar desse posicionamento dos profissionais, constata-se que a articulação, quando ocorre, evidencia iniciativas pontuais e pessoais. Não se identifica uma rede articulada e referenciada para a atenção a mulher (SCHRAIBER, 2012; SILVA; PADOIM; VIANNA, 2015; GOMES, 2015). Outros estudos têm alertado sobre a necessidade de superação do

problema, uma vez que inúmeros serviços têm funcionado de forma isolada (GOMES, 2013; LIMA, 2013; GOMES, 2015).

Um problema grave, apontado pelos profissionais nos territórios prioritários para o enfrentamento da violência refere-se à ineficácia do Estado em proteger a mulher, como pode-se constatar nas seguintes falas:

No meu serviço, como advogada, sempre elas chegam a mim já muito revoltadas dizendo que a lei não funciona, que ele tá solto[...] (setor segurança pública Quixadá - CE).

[...]Então às vezes eu chego lá no fórum pra acompanhar o processo aí o servidor diz assim: “Falta só o oficial de justiça encaminhar a decisão, aí eu falo assim: “Então falta tudo, porque o que adianta ele passar a decisão e a pessoa não ta sabendo”, então falta tudo. Então isso aí é a maior dificuldade que a gente tem[...] (delegada no município de Quixadá – CE).

As falas apresentadas denotam a descrença das mulheres que sofreram violência e que buscam pelo cuidado no setor de segurança pública no contexto do estudo. Assim, pode-se inferir que apesar destas estarem cientes da existência da lei de proteção a mulher, ainda acreditam que a mesma lei não seja eficaz. Soma-se a isso a ineficiência do judiciários em implementar as medidas previstas em legislação, causando sentimento de revolta e como um motivo para silenciarem a violência sofrida. Essa constatação reitera com outros estudos que polemizaram a aplicabilidade e efetividade da Lei nº 11.340/2006, chamada Lei Maria da Penha. Ressalta-se que na época da coleta de dados deste estudo, a Lei nº 13.104/15, Lei do Feminicídio, ainda não havia sido publicada, daí nosso entendimento de que a fala anterior se refere a lei Maria da Penha.

Um estudo realizado por Carneiro e Fraga (2012), em um município do interior do Rio Grande do Sul aponta que, embora o número de denúncias feitas pelas mulheres que sofreram violência tenha aumentado no ano de 2010 em relação ao ano de 2009, o número de instaurações e apurações de crimes contra a mulher diminuíram em 2010. As autoras ressaltam que as mulheres denunciaram, ou seja, deram o primeiro passo. Contudo, menos da metade dos crimes denunciados foram apurados e os agressores punidos. As mesmas autoras citam ainda que:

a Lei Maria da Penha foi criada como forma de intervenção para combater a violência doméstica dando uma base legal para esse tipo de crime ela é

fundamentada no parágrafo 8º do artigo 226 da Constituição Federal, na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, na Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher e em outros tratados internacionais ratificados a violência contra a mulher e em outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil, com o objetivo de criar “mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme refere o art. 1º da referida legislação (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Além disso, as mesmas autoras inferem que a Lei Maria da Penha possibilitou a instituição de juizados especiais para os crimes de violência contra a mulher e estabeleceu medidas protetivas e de assistência a mulher, além de garantir a elaboração de políticas públicas que assegurem os direitos da mulher.

No tocante a sua importância, a lei foi um marco importante ao publicitar a violência contra a mulher, evidenciando o problema acontecia no contexto domiciliar de relações afetivas e que, até então, era visto como um problema a ser abordado no espaço privado, onde a impunidade prevalecia sobre os agressores (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Outra questão relevante da mesma lei diz respeito à agilidade para resolução dos casos de crime contra a mulher, permitindo assim uma rapidez na sua resposta, já que os procedimentos adotados ocorrem de forma diferenciada em relação às demais ocorrências com normas específicas, prevista pela lei n 11.340/2006. As autoras referem também que a lei, assim como outras, é passível de críticas, sendo questionada em termos de constitucionalidade por alguns juristas.

Na mesma linha, buscando maior rigor na punição dos crimes contra a mulher a lei 13.104/15 alterou o código penal incluindo o crime de gênero contra a mulher como homicídio qualificado e entrando no rol de crimes hediondos (BRITO, 2015).

A precariedade dos serviços da rede de atendimento à mulher encontra-se caracterizada também na sobrecarga de trabalho dos profissionais que lidam com a questão da violência contra a mulher. Em nosso estudo, identificamos esta dificuldade sobretudo da atenção primária. Assim inferimos que os profissionais estão sensíveis a questão da violência contra a mulher, mas são dificultados pela insuficiência de recursos humanos disponíveis em seu serviço, o que se caracteriza na fala a seguir:

Além dos problemas que foram falados o que eu vejo na atenção primária é que tem vários programas tem que ser desenvolvidos e estão chegando mais programas então a sobrecarga é bem grande... não por falta de interesse é que a gente está sobrecarregados mesmo [...] (enfermeira em Posse- GO).

## **6.4 Estruturando o cuidado para responder a violência contra as mulheres**

Algumas estratégias para cuidar da mulher de forma qualificada, são apontadas pelos profissionais, que vão desde a estruturação dos serviços passando pela capacitação, que embora fundamental para o cuidado, não encerra todas as possibilidades considerando a complexidade do problema. As propostas denotam uma expectativa que os profissionais têm de poder intervir no problema, de forma mais efetiva e prestar um cuidado, que ao invés da fragmentação, seja realizado de forma continuada e intersetorial, como referido nas falas que se seguem.

### **6.4.1 Estabelecendo fluxos e promovendo a articulação dos serviços para configurar a rede**

Foi possível constatar neste estudo que os profissionais, entendem que há uma necessidade de que os serviços atuem de forma articulada corroborando com os apontamentos de diversos estudos que abordam a temática, assim, eles sinalizam para a necessidade de que em seu contexto de prática essa intersetorialidade ocorra mas de forma integrada e apontam ainda que o cuidado deve ser oferecido com qualidade como ilustrado nas falas apresentadas.

[...]Não seria mais fácil se um órgão responsável que acompanhe esse caso, um programa direitinho, passo a passo: “Olha, se chegar uma mulher você façam isso, isso, e isso”, e depois encaminhar pra outro serviço, porque aí teria uma continuidade aqui e não apenas uma conversa[...] (médica em Cruzeiro do Sul- AC)

[...]E eu só acredito na questão de integração. Uma área sozinha não vai dar conta, né? Ahh... a questão que a gente trabalha... até o atendimento da pessoa em situação de violência tem que ser em rede. Não adianta atender bem na saúde, ela fez o BO na delegacia, mas depois esse processo não dá continuidade né[...] (Enfermeira em São Lourenço do Sul- RS)

É importante ressaltar que o cuidado oferecido pelos vários equipamentos às mulheres que vivenciam a violência necessita ser realizado sob a perspectiva da integralidade. Nesta linha a

abordagem deve ser articulada dentro dos próprios serviços de forma interdisciplinar e multiprofissional e externamente na expressão da intersetorialidade caracterizando realmente a configuração de rede e não apenas uma somatória de vários setores que muitas vezes atuam de forma justaposta e sem interlocução uns com os outros (SCHRAIBER *et al.*, 2012).

#### **6.4.2 Capacitando os profissionais para identificar situações de violência contra a mulher**

Ao se depararem com uma situação de violência, os profissionais necessitam e querem responder de forma adequada, nesse sentido, os profissionais apontam para a necessidade de aprimorar seu conhecimento e entendimento sobre o tema violência contra a mulher, visando ao esclarecimento adequado das mulheres, a fala seguinte retrata essa consideração.

[...]A questão de curso eu acho que seria uma saída: palestras, oficinas pra gente falar dos tipos de violência pras mulheres ficarem informadas, porque elas também desconhecem. E aí trabalhar a capacitação profissional, né, pra que eles se sensibilizem cada vez mais, pra ter um olhar diferente[...] (enfermeira em Cruzeiro do Sul)

[...]Capacitação não é a salvação do mundo primeiro a gente tem que organizar o serviço...cês me desculpem mas na minha opinião[...] (Assistente social gestora de serviço de saúde em Registro SP)

A capacitação como necessidade e expectativa dos profissionais para cuidar da mulher foi apontada também por outros estudos, trata-se da mobilização dos profissionais no sentido de preparar o cuidado e modificar o contexto da violência (GOMES *et al.* 2013a; GUEDES, FONSECA, EGRY, 2013).

As autoras apontam ainda a necessidade de que as mulheres sejam informadas sobre os seus direitos na situações de violência e como os serviços disponíveis poderão auxiliá-las no exercício desses direitos.

Um contraponto à questão da capacitação surge se ela for considerada como uma estratégia isolada, assim, ponderou-se que a organização do serviço, visando o cuidado adequado á mulher se consiste em aspecto importante e que deve ser priorizado.



Em concordância com os achados, a questão da organização dos serviços, foi apontado por outros autores também como fundamental, para o atendimento à mulher em situação de violência, esses autores referem que a organização deve ocorrer de forma a atender todas as demandas da mulher, na direção da promoção da saúde e do acesso aos direitos. O modelo de atendimento em rede é o mais adequado, mas necessita funcionar de forma horizontalizada na relação de uns com os demais, o acionamento dos serviços irá depender de qual recurso a mulher aciona e a porta de entrada poderá ser qualquer dos equipamentos disponíveis (SILVA *et al.*, 2015). Nesse sentido é importante que os profissionais compreendam e tenham a visão de organização, visando esses aspectos.

Uma estratégia importante para o cuidado a mulher apontada pelos participantes do presente estudo, diz respeito a atuação dos ACS. Esses profissionais são vistos como pessoas estratégicas para a construção do cuidado, devido ao conhecimento que possuem da rede social e pelo conhecimento das dinâmicas familiares no território onde atuam como ilustrado na fala a seguir:

[...] é ter um foco do Programa Saúde da Família e os ACS estarem em cima. Porque os meus ACS são impressionantes, eles conhecem todo mundo: “Olha doutora, fulano de tal não sei o quê[...]

[...]Graças a Deus eu nunca tive uma violência doméstica, mas assim, os meus ACS ficam bem cães de guarda, principalmente em relação à violência infantil e idosos[...]

O protagonismo desses profissionais foi também foi identificado em um estudo realizado em Pernambuco abordando, práticas dos profissionais de saúde de equipes da ESF. Os resultados mostraram, dentre outras questões, que o ACS relata ter mais experiência em lidar com mulheres em situação de violência do que médicos e enfermeiros da equipe. Isso foi atribuído pelas autoras à maior proximidade desses agentes com as mulheres na comunidade. O estudo evidenciou ainda que, a atuação do ACS no cuidado a mulher neste contexto ocorre sob dois aspectos: o primeiro diz respeito ao cuidado construído de forma compartilhada com a equipe de saúde. Sob essa ótica, eles mencionaram que ao identificarem uma situação de violência, sua ação prioritária é relatar o ocorrido para a equipe a fins de socializar e discutir as estratégias de cuidado que serão implementadas em casa situação. Uma segunda forma de abordagem adotada por eles é a de conversar com a mulher, constituindo vínculo com ela. O

vínculo necessário nessa direção possibilita escuta qualificada como ferramenta essencial para identificação de problemas e implementação da atenção necessária a mulher (HESLER *et al.*, 2013).

#### **6.4.3 Esclarecendo as mulheres e reeducando dos homens sobre os aspectos relacionados a violência**

No que se refere a abordagem do agressor os profissionais deste estudo apontaram que além de esclarecer as mulheres sobre aspectos relacionados a violência e suas formas de manifestação, é necessário trabalhar com os homens sobre esses aspectos, a fim de reeducá-los como referido na seguinte fala:

[...]É porque em Cruzeiro do Sul ainda não tem um tratamento para os homens como a lei coloca. Lá em Rio Branco já tem: onde se trabalha a mulher também se trabalha os homens, porque muitas vezes a mulher é violentada e não sabe que ta sendo violentada. Por exemplo: “Esse seu batom aí ta feio, esse seu vestido está démodé” e ela nem sabe que isso é uma violência e, a partir do momento que ela compreende que isso é uma violência, ela vai se tocar[...] (Assistente social em Cruzeiro do Sul).

[...]Nós trabalhamos com palestras de esclarecimento, dando informação não só pra mulheres, mas pra mulheres, pra homens, pra quem quiser. E assim: se você trabalha só as mulheres, quando ela chega em casa ela não tem coragem nem de abrir a boca pra dizer pros homens aquilo que ouviu. Então você tem que trabalhar todo mundo, trabalha a família (Assistente social em Quixadá).

Alguns autores destacam que agressores do sexo masculino na VPI muitas vezes não se reconhecem como tal por não conceber seus atos de agressão como violência, dessa forma procuram minimizar sua ofensa transferindo a culpa para o outro (KRUG, 2002). Assim, cabe ao profissional que presta o cuidado implementar ações para a reabilitação e reeducação do agressor, além das medidas restritivas conforme previsto pela Lei Maria da Penha. Dentre as ações a serem implementadas destacam-se as de auxiliar o agressor na identificação de situações que desencadeiam seus comportamentos de violência e pensar outras formas para expressar sua raiva que não seja a prática da violência, trabalhar com ele situações de violência familiar vivenciadas. Além disso é necessário trabalhar com o agressor questões emocionais que envolvam sensação de baixa autoestima e abandono que podem levar a atos violentos como forma de expressão de desses sentimento (DELZIOVO; OLIVEIRA, 2014).

As autoras destacam também sobre a importância de se considerar que a VPI tem impacto negativo sobre as mulheres e os homens assim, algumas iniciativas no sentido de abordar o homem agressor já tem sido implementadas no Brasil concordando com o que foi apontado pela fala apresentada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visibilizar a violência contra a mulher ainda hoje se constitui em um desafio que requer compromisso e sensibilização de todos os profissionais que atuam na rede de atendimento às mulheres. Em que pese a sua elevada magnitude e repercussões negativas na saúde e na vida das mulheres, a violência é um problema que permanece oculto, e por vezes invisibilizado pelos profissionais.

O estudo apontou que as intervenções de cuidado dos profissionais da rede de atendimento local, a mulher em situação de violência nos 10 territórios prioritários estudados, se configuram principalmente pela prática dos encaminhamentos desvinculados entre os serviços e profissionais, dessa forma estão longe de constituir uma rede de cuidados. Consta-se que o princípio da integralidade pressuposto das políticas atinentes não se concretiza, o que pode agravar às situações de violência vivenciadas pelas mulheres nesses contextos.

O estudo mostrou ainda, o despreparo dos profissionais para cuidar da mulher que vivencia a violência, ora evidenciado nas condutas adotadas pelos profissionais, ora expresso por eles próprios através da dificuldade em reconhecer que, as mulheres que rotineiramente estão presentes no serviço, sobretudo os de saúde, podem estar vivenciando uma situação de VPI e tendo sua saúde afetada.

Esse despreparo foi também constatado nos relatos do desconhecimento acerca das circunstâncias que requerem a notificação da violência contra a mulher e o conhecimento dos fluxos e equipamentos da rede local disponível. O medo de represálias por parte do agressor, a sobrecarga de trabalho e a falta de infraestrutura emergiram também no campo das dificuldades para o cuidado a mulher, estes achados apontam para a necessidade de ascender o reconhecimento da violência contra a mulher a um lugar que não é exclusivo do setor de saúde, mas lhe diz respeito e que ele se configura como um espaço estratégico de escuta, vinculação e apoio que pode fortalecer a mulher para a libertação do ciclo de violência. Além disso, o despreparo em reconhecer a violência como problema de saúde é um indicativo de formação deficiente dos profissionais para atuarem nesse território.

Um outro aspecto identificado neste estudo, foi o anseio dos profissionais que buscam modificar o contexto de suas práticas através da capacitação e da organização dos serviços. As expectativas para implementação de um cuidado de qualidade que possa atender as reais necessidades das mulheres, surgiu como possibilidades vislumbradas pelos profissionais. Eles referem a necessidade de se estabelecer estratégias para melhor articular a rede, assim como, a construção e socialização dos fluxos entre os serviços existentes destacando-se, maior interlocução com o setor de segurança pública e judiciário.

Embora, não tenha sido objeto deste estudo, chamou atenção referências feitas pelos profissionais, sobre a violência contra meninas nos Territórios prioritários. Essa violência se expressa na negligência e abandono, no abuso sexual e nas relações incestuosas entre pais e filhas. Nesses espaços, conforme afirmaram os participantes essas constatações são rotineiras. Assim, faz-se necessários estudos que investiguem tais aspectos.

O estudo apontou os desafios existentes para o cuidado a mulher em situação de violência, no contexto rural onde são produzidos e reproduzidos os modos de viver de populações do campo da floresta e das águas. Esse espaço é propício para aspectos que exacerbam os desafios, por constituírem territórios permeados por iniquidades sócias culturais e econômicas, fatores que, aprofundam as desigualdades de gênero.

Tais apontamentos visam contribuir para reflexões acerca das práticas de cuidado, a fins de buscar mudanças em direção a integralidade e a prática acolhedora e humanizada, que seja um construto coletivo e que respeite as singularidades e projetos de vida das mulheres que vivem nesses territórios. Cabe aos profissionais, auxiliar tais mulheres no protagonismo dessa construção e na busca de direitos fundamentais e da sua autonomia em defesa da vida se contrapondo às práticas de cuidado que visam o controle da vida.

Destaca-se que, o presente estudo limita seus achados às condições de produção e recepção das mensagens e do conteúdo apreendido relacionado ao contexto social, econômico, cultural e político dos dez territórios pesquisados o que direciona para a necessidade de realização de novas pesquisas que contemplem contextos semelhantes.

## REFERÊNCIAS

AYRES, JRCM. **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas.** Saúde e Sociedade. v.18, supl.2, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70. 2009. 281 p.

BASTOS, S, RAMOS, MLCO, SILVA, AL DA. Aspectos culturais da violência doméstica como Problema de Saúde Pública– **Boletim do Instituto de Saúde Nº 41**, Abril de 2007 Disponível em <periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n41/n41a05.pdf> acesso em Julho de 2017.

COSTA, MC DA. Violência contra as mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: O visível e o invisível na inconsciência do óbvio. Tese (Doutorado em Enfermagem). **Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 370p. 2012.

BRASIL. . Diário Oficial da União. **Lei nº 11.340/2006.** Rede de Enfrentamento da violência contra as mulheres. Brasília, 2011b.

COSTA, MC; LOPES, MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev Esc Enferm USP.** 2012; 46(%): 1088-1095.

COSTA, MC; LOPES, MJM; SOARES, JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. **Rev Esc Enferm USP.** 2013; 48(2):214-22.

COSTA, MC; LOPES, MJM; SOARES, JSF. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 19(1) Jan-Mar, 2015 pg 163.

CORTES, LF *et al.* Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 2015, v. 36, n. especial, p.77:84. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe /0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.

GOMES, NP *et al.* Percepções dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. Enfem. UFRJ.** Rio de Janeiro, 2012 abr/jun;20(2):173-8.

GOMES, NP *et al.* Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc Anna Nery** (impr.) 2013a out - dez; 17 (4): 683 – 689. GOMES,

GOMES, NP *et al.* Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2013b; 37(4): 377-384.

GOMES, NP *et al.* Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família, **Psicologia USP** 25(1):63-69,2014.

GOMES, NP *et al.* Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Rev. Salud pública**. 17 (6): 823-835, 2015.

GROSSI, PK; TAVARES, FA; OLIVEIRA, SB. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital** - núm. 14: 267-280 (otoño 2008) - CARPETA- ISSN: 1578-8946.

GUEDES, RN; FONSECA, RMG; EGRY, EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, 2013; 47(2): 304-11.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Revista de Estudos Feministas**, v.18, n.1, p.33-60, 2010.

LIMA, HS *et al.*, Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 7(esp):6964-72, dez., 2013.

MENEGHEL, SN. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3):691-700, 2013.

MENEZES, PRM. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde soc. São Paulo**, v23, n.3 p 778-786, 2014.

MOREIRA *et al.* A Construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família. 2012. Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-30102012-173833/pt-br.php>> . Acesso em: 17 nov. 2016.

MOREIRA *et al.* A Construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família. 2014. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.814-827. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf>>. Acesso me: 15 nov. 2016>.

NASCIMENTO, EFGA; RIBEIRO, AP; SOUZA, ER. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(6):1-10, jun, 2014.

OLIVEIRA, RNG; FONSECA, RMGS. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar.-abr. 2015;23(2):299-306.

OLIVEIRA, LAS; LEAL, SMC. Mulheres em situação de violência que buscaram apoio no centro de referência. **Geny Lehen/RS. Enferm Foco**. 2016: 7(2):78-82.

PAZ, PO. Violência física e homicídios em mulheres rurais: Vulnerabilidade de gênero e iniquidades sociais, 2013. **(Dissertação de mestrado)**. Universidade Federal do Rio Grande do sul. 113 f.

PIOSIADIO, LCM; FONSECA, RMGS; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery** [online]. 2014, vol.18, n.4, pp.728-733.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTO, M; BUCHER-MAUSHKE, JSNF. **A Permanência de Mulheres em Situações de Violência: Considerações de Psicólogas**. 2014. *Psic: Teor. e Pesq.*, Brasília, Jul-Set 2014, Vol. 30 n. 3, pp. 267-276.

SANTOS, SMP *et al.* Concepções e práticas de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. 2014. **Ver enferm UFPE on line**, Recife, 8 (1): 77-82, jan., 2014.

SHRAIBER, *et al.* **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e dos direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, LB; D' OLIVEIRA, AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP. São Paulo, 2003.

SCHRAIBER, LB *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital** - 12(3): 237-254 (noviembre 2012).

SILVA, RA *et al.* Enfrentamento da violência por mulheres do Nordeste. **Rev Saúde Pública**, 2012;46 (6):1014-22.



SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. de M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.249-258, 2015.

SPRAGUE, C *et al.* How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low and Middle-Income Country Health Systems. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26092654>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

TRIGUEIRO, TH. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual enfoque fenomenológico. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** - , Escola de Enfermagem, **Universidade de São Paulo**. São Paulo, 114p. 2015.

VIEIRA, EM *et al.* **Respostas a violência de gênero entre profissionais de saúde**. Saúde Cienc. Saúde coletiva vol. 18 nº3 rio de Janeiro 2013.

VIEIRA, EM; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Comunicação Saúde Educação**. 2017; 21(60):51-62.

VERDUM, R (organizador). **Mulheres Indígenas, Direitos e Políticas Públicas**. Wiecko V. de Castilho [et al]. - Brasília: Inesc, 2008.

WULF, C. Aprendizagem cultural e mimese: jogos, rituais e gestos **Rev. Bras. Educ.** vol.21 n.66 Rio de Janeiro jul./set. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782016216629>>. Acesso em 20 Jul. de 2017.

## ANEXO A – PARECER DO COEP



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

Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149

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

### DECISÃO

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

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

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

## **ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Grupo Focais – gestores, gerentes e profissionais da saúde

Você está sendo convidado (a) a participar do grupo focal 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, 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 serão 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 Integrada à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro das condições acima expostas.

Responsáveis:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – DMPS/Faculdade de Medicina/UFMG, tel. 3409-9945  
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: 3127-901.  
Telefax (31) 3409-4592

## ANEXO C- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Grupos Focais	
Identificação dos participantes	
Nome:	
Idade:	Sexo:    ( ) Masculino        ( ) Feminino
Estado Civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) divorciado ( ) união estável ( ) viúvo	
Raça/ cor: ( ) branco ( ) negro ( ) pardo ( ) indígena	
Formação Profissional:	
Função/ cargo:	
Instituição:	
Município:	Estado:

## **ANEXO D- ROTEIRO DE QUESTÕES DO GRUPO FOCAL**

- 1) O que você entende por violência?
- 2) Quais são as principais formas de violência contra a mulher e por que elas ocorrem?
- 3) O que pode ser feito para prevenir, enfrentar e superar a violência contra a mulher?
- 4) Em sua cidade em serviço de saúde que faz a atenção à mulher em situação de violência?
- 5) O que o serviço no qual você trabalha faz em relação à mulher em situação de violência e quais são as dificuldades e facilidades para que o seu serviço possa cuidar da mulher em situação de violência?
- 6) Qual sua opinião sobre a formação e disponibilidade dos profissionais de saúde para cuidar da mulher em situação de violência?

## **ANEXO E- ROTEIRO INTRODUTÓRIO DO GRUPO FOCAL**

Vamos iniciar o grupo focal, que terá duração de 2 horas. Trata-se de um exercício de reflexão em profundidade sobre a mulher em situação de violência. É preciso que todos se concentrem na discussão. A partir do momento que iniciarmos, ninguém mais deverá entrar na sala (salvo em caso de urgência) e a porta ficará fechada para que não haja interrupções da discussão. Solicitamos também a todos que:

- 1) desliguem o celular;
- 2) evitem saídas;
- 3) falem um por vez, para garantir a qualidade da gravação;
- 4) peçam a palavra sempre que assim desejarem.

O coordenador deve conduzir a discussão de modo a distribuir a palavra entre os participantes. Não deve opinar sobre qualquer assunto ou oposição que o grupo venha tomar. O que ele deve fazer é remeter sempre a discussão ao grupo.

O coordenador deverá acompanhar atentamente a discussão, pois cabe a ele organizar o que está sendo discutido e, em caso de divergência ou surgimento de um ponto novo, saber como remetê-lo ao grupo; encerrar o ponto em discussão quando entender que ele se esgotou; a próxima pergunta, enfim, organizar todo o processo.

### **OBSERVADOR**

O observador tem papel fundamental na apreensão de aspectos que o gravador não consegue registrar: atitudes, aspectos emocionais, anotações, expressões corporais, silêncios, polarizações, etc. Deve anotar esses pontos.

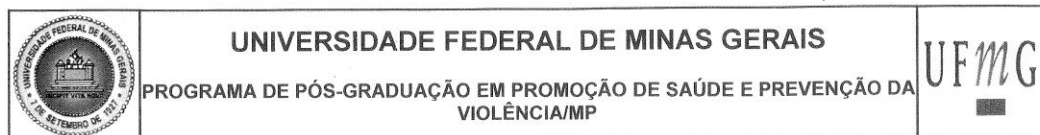
Logo no início das apresentações, deve fazer o desenho em círculo, colocando nele a posição de todos os participantes, indicados por seus respectivos nomes. Muitas das observações sobre o comportamento dos participantes podem ser escritas nesse desenho, ao lado do nome da ação ou fala comentada.

Deve ter cuidado especial (obsessivo) com a gravação – checagem e funcionamento dos gravadores; verificação periódica se continua gravando.

Se houver vários pedidos de palavra, de uma só vez, o observador pode ajudar o coordenador a notar a ordem dos pedidos.

Para ambos, o mais importante é garantir ao máximo que as falas de cada participante do grupo sejam livres e expressem sua real opinião. E que essa forma de expressão se dê de modo organizado e reflexivo de uns em relação aos outros.

## ANEXO F- FOLHA DE APROVAÇÃO DA DEFESA



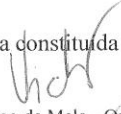
### FOLHA DE APROVAÇÃO

**CUIDADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM DEZ  
TERRITÓRIOS PRIORITÁRIOS BRASILEIROS**

#### CLARA MARIZE CARLOS

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 VIOLÊNCIA.

Aprovada em 07 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:

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

  
Prof(a). Francisco José Machado Viana  
FHEMIG

  
Prof(a). Miguir Terezinha Viacelli Donoso  
UFMG

Belo Horizonte, 7 de julho de 2017.