

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Kênya Costa Rodrigues da Silva

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: percepção dos
gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde
da mulher dos estados e capitais brasileiros**

Outubro/2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Kênya Costa Rodrigues da Silva

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: percepção dos
gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde
da mulher dos estados e capitais brasileiros**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**.

Área de concentração: **Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Orientadora: **Prof^a. Dra. Elza Machado de Melo**

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

Outubro/2015

S586v Silva, Kênya Costa Rodrigues da.
Violência contra mulher [manuscrito]: percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros. / Kênya Costa Rodrigues da Silva. -- Belo Horizonte: 2015. 107f.
Orientador: Elza Machado 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. Serviços de Saúde da Mulher. 3. Pessoal da Saúde. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Lima-Costa, Maria Fernanda Furtado. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.
NLM: WA 309

KÊNYA COSTA RODRIGUES DA SILVA

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: percepção dos gestores
responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos
estados e capitais brasileiros**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**.

Área de concentração: **Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Orientadora: **Prof^a. Dra. Elza Machado de Melo**

Banca examinadora:

Prof^a. Jandira Maciel da Silva (UFMG)

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi (UFMG)

Prof^a. Dra. Elza Machado de Melo (orientadora - UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte 15/10/2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof.^a Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof.^a Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Social

Prof.^a Ana Cristina Cortês

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

Coordenadora

Prof.^a Dra. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora

Prof.^a Ana Cristina Cortês

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

Prof.^a Elza Machado de Melo

Prof.^a Andréa Maria Silveira

Prof.^a Elizabeth Costa Dias

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.^a Eliane Dias Gontijo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha

Prof.^a Izabel Christina Friche Passos

Prof.^a Eugênia Ribeiro Valadares

Prof. Fernando Madalena Volpe

Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos

Dedico este trabalho a filósofa Nideci, minha amada mãe, fonte inspiradora, quem sempre acreditou no poder transformador da educação, exemplo de fé e perseverança. Mulher que enfrentou os paradigmas da sua época, deu um basta na violência - quando não imaginava mais ter forças, conquistou sua autonomia e hoje vive a liberdade.

Mãe, obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

À Deus que ao preencher meu ser com Sua presença, renova a cada dia minhas forças e capacita me. Tu És fundamental na minha vida.

Lulude, Cristina e Eder, pelo exemplo de profissionais, incentivo e apoio fundamental no início desta caminhada, por me apresentarem ao Núcleo de Promoção de saúde e Paz da Faculdade de Medicina e apostarem no caminho brilhante e transformador da vida acadêmica.

Aos Professores Dra. Jandira Maciel da Silva e Dr. Antônio Leite Alves Radicchi, pelas contribuições ao Programa de Mestrado Profissional e disponibilidade em aceitarem compor a banca avaliadora deste estudo.

A minha Orientadora Professora Dra. Elza Machado de Melo, pela acolhida no Núcleo, pela oportunidade, compreensão, paciência e por respeitar meu tempo. Tenho muita admiração pela sua competência e dedicação. Mulher incrível! Muito obrigada por me permitir caminhar em busca deste sonho.

À minha família, em especial aos meus pais, Nideci e Cláudio, e ao meu irmão, Cláudio Júnio, sempre presentes, meus melhores exemplos. Pelo apoio e por fazerem parte das minhas conquistas. Minha essência!

Ao Marco, meu esposo, por compreender minha ausência e silêncio durante este processo. Obrigada pelo apoio!

À minha princesa Sofia, que fez parte de toda esta história antes mesmo de nascer, companheira de todas as horas, que me faz acreditar em um mundo colorido, mais feliz e menos violento. Te amo filha!

Aos professores e colegas do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência em especial ao Grupo das terças feiras – Saúde da Mulher, pelos momentos de alegria, viagens, carinho, sorrisos, angustias, aprendizado e muita vontade de viver! Mirian Alcântara e Renata Mascarenhas, obrigada pela força e palavras de encorajamento.

À transcritora dos Grupos Focais: Maria Helena Pena Dutra.

Lauriza Maria, pelo abraço afetuoso, delicadeza e respeito de sempre.

Aos amigos que compreenderam minha ausência e sempre torceram por mim, em especial, Vanessa Faria e Carlos Eduardo – “O Trio”. Sou grata pela presença vibrante nos momentos das conquistas e das dificuldades. Companheiros para todas as horas.

A todos os gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros participantes desta pesquisa, que, permitiram que este estudo pudesse ser realizado.

“A poesia e a arte continuam a desvendar lógicas profundas e insuspeitadas do inconsciente coletivo, da vida cotidiana e do destino humano. A ciência é apenas uma forma de expressão dessa busca, não exclusiva, não conclusiva, não definitiva”.

Maria Cecília de Souza Minayo

RESUMO

SILVA, K. C. R. **VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2015.

A presente pesquisa é parte integrante do Projeto nacional intitulado: Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG em parceria com o Ministério da Saúde, que tem como principal objetivo, formar profissionais voltados para a prestação de atenção de saúde, integral e humanizada, à mulher em situação de violência. A violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tornou-se um grave problema social no Brasil e no mundo que afeta a saúde individual e coletiva, causando morbimortalidade precoce e perda de qualidade de vida em todos os ciclos, sendo ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal. Sua elevada prevalência é evidente, assim como é notória a necessidade de melhorar o atendimento a essas mulheres. Neste sentido, a pesquisa teve por objetivo geral, compreender a percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros sobre a violência contra a mulher. Foram realizados 5 Seminários (um em cada região do país) que os denominamos de Seminários Macrorregionais. O público alvo dos Seminários foram os gestores, gerentes e coordenadores da Rede Nacional de Atenção à Mulher em Situação de Violência de cada macrorregião. Para coleta dos dados utilizamos como fonte de pesquisa, os Grupos Focais norteados por um roteiro. Para o tratamento dos dados, optamos pelo método qualitativo de Análise de conteúdo de Bardin, descrito por Minayo, que nos permitiu identificar três categorias: “A violência e os fatores relacionados”; “Cultura e violência – Relação homem e mulher”; “A violência é silenciosa”. Sendo que a última, criamos quatro subcategorias: “Silêncio do afeto”; “Silêncio da vergonha”; “Silêncio da dependência”; “Silêncio do medo”. Analisamos os dados, por meio de artigos selecionados nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde),

SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Na busca pelos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: *violência contra a mulher; violência de gênero; setor saúde e profissionais de saúde*. Selecionamos 29 publicações, conforme critérios de inclusão: a violência contra a mulher como principal objeto de pesquisa pelos autores e o setor saúde neste contexto. Após revisão sistemática e fichamento do corpus da pesquisa, iniciamos com o tratamento dos dados. Optamos por apresentar ao final dos resultados e discussão, um artigo intitulado: “As violências e os fatores relacionados: percepção dos gestores das áreas técnicas da saúde da mulher em âmbito nacional”. Nele são apresentadas as análises das falas dos gestores participantes dos Grupos Focais nos Seminários Macrorregionais. O referido artigo será submetido a uma revista científica posteriormente, ainda sem definição. De acordo com a discussão e resultados, evidenciamos que de forma geral, o gestores conhecem o problema da violência contra a mulher e compreendem sua origem, no entanto assumem que o setor saúde apresenta dificuldades nas possibilidades de intervenções de enfrentamento ao fenômeno, por ser tratar de questões da ordem cultural que se naturalizou na sociedade, sendo até mesmo sustentada pela própria mulher. Porém estes mesmos gestores, também assumem a falta de manejo e preparo para lidar com as vítimas e sugerem uma rotina de capacitação por meio dos órgãos onde atuam. Portanto, é preciso capacitar os profissionais, sensibilizando-os a respeito das questões, possibilitando-os serem elementos importantes no processo de quebra do ciclo de violência em parceria com a mulher vitimizada, elevando assim sua autoestima, resgatando sua dignidade e conquistando sua liberdade.

Palavras-chave: *Violência contra a mulher; Violência de Gênero; Setor Saúde; Profissionais de saúde.*

ABSTRACT

SILVA, K.C.R. **VIOLENCE AGAINST WOMEN: perception of managers responsible for the technical areas of women's health in Brazilian states and capital.** 2015. Dissertation (Professional Master's Degree in Health Promotion and Violence Prevention) - Federal University of Minas Gerais, School of Medicine, Belo Horizonte, 2015.

This research is part of the national project entitled: Comprehensive Health Care for Women in Situations of Violence carried out by the Health Promotion Unit and Peace Department of Preventive and Social Medicine / FM / UFMG in partnership with the Ministry of Health, which has as main objective, to train professionals focused on the provision of health care, integral and humanized, to women in situations of violence. Violence, in various forms as it stands, has become a serious social problem in Brazil and in the world that affects the individual and collective health, causing premature morbidity and loss of quality of life in all cycles, still being one of the most significant causes of family and personal trauma. Its high prevalence is evident, as is evident the need to improve the care of these women. In this sense, the research had as main objective to understand the perception of managers responsible for the technical health areas of women of Brazilian states and capitals on violence against women. 5 seminars (one in each region of the country) that we call macro-regional seminars were held. The target audience of the seminars were managers, managers and coordinators of the National Network for Attention to Women in Situations of Violence at a macro-region. To collect the data used as a source of research, focus groups guided by a script. For the treatment of the data, we chose the qualitative method of Bardin content analysis, Minayo, which allowed us to identify three categories: "Violence and related factors"; "Culture and violence - Relationship man and woman"; "Violence is silent." And the last, we created four sub-categories: "the affection Silence"; "Silence of shame"; "Dependency Silence"; "Silence of fear." We analyzed the data, through selected articles in MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) , LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) , SciELO (Scientific Electronic Library Online) and BIREME (Biblioteca regional Medical). In search of the articles, the following descriptors were used: violence against women; gender violence ; health sector and health professionals . We selected 29 publications , as inclusion criteria: the violence against women as a major subject of research by the authors and the health sector in this context. After systematic review and BOOK REPORT corpus of research, we started with the processing of data. We chose to present the end results and discussion in an article entitled: "Violence and related factors: perception of managers of the technical areas of women's health at the national level." It presents the analysis of participants' speech managers focus groups in macro-regional Seminars. The article will be submitted to a scientific journal later, still undefined. According to the discussion and results, we showed that in general, the managers know the problem of violence against women and understand their origin, however assume that the health sector presents difficulties in the possibilities of coping interventions phenomenon to be treated issues of cultural order that is

naturalized in society, and even sustained by the woman herself. But these same managers also assume the lack of management and preparation to deal with the victims and suggest a training routine by the bodies in which they operate. Therefore, we must train professionals, sensitizing them about the issues, enabling them to be important elements in the process of breaking the cycle of violence in partnership with the victimized woman, raising their self-esteem, recovering their dignity and achieving their freedom.

Key-words: Violence against women; Gender Violence ; Health sector ; Health professionals.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Cronograma Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós. 2013.....	30
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Arma de Fogo
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CMPI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CDC	Centros para Controle de Doenças
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FM	Faculdade de Medicina
GEA	Grupo de Estudos sobre o Aborto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NAVCV	Núcleo de Atendimento a Vítimas de Crimes Violentos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PETP	Programa de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas
PIB	Planejamento Integral Básico
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SPM	Secretaria de Política para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UF	Unidade Federativa

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
1.1 A violência Contra a Mulher	20
1.2 O Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós.....	25
2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	27
2.1 Objetivo Geral	28
2.2 Objetivos Específicos	28
3 PERCURSO METODOLÓGICO	29
3.1 Revisão da Literatura	29
3.2 Método	29
3.3 Material do Estudo	30
3.4 Coleta dos Dados.....	32
3.5 Tratamento dos Dados	34
3.6 Aspectos Éticos	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1 Perfil Sociodemográfico dos Gestores participantes dos Grupos Focais.....	38
4.2 As Violências e os Fatores Relacionados.....	39
4.3 Cultura e Violência – Relação Homem e Mulher.....	45
4.4 A Violência é Silenciosa.....	49
4.4.1 Silêncio do Afeto.....	50
4.4.2 Silêncio da Vergonha.....	52
4.4.3 Silêncio da Dependência.....	53
4.4.4 Silêncio do Medo.....	54
4.5 Artigo	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77

APÊNDICE A-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	83
APÊNDICE B - Roteiro Introdutório do Coordenador do Grupo Focal.....	84
APÊNDICE C – Roteiro de Questões - Grupo Focal.....	85
APÊNDICE D - Planilha Revisão da Literatura-Artigos Selecionados..	86
APÊNDICE E - Planilha Categorização.....	90
ANEXO A – Aprovação do Projeto de âmbito nacional de Saúde Integral da Mulher	98
ANEXO B - Aprovação do COEP	104
ANEXO C - Ata da Defesa	105
ANEXO D – Folha de Aprovação	106

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tornou-se um grave problema social no Brasil e no mundo que afeta a saúde individual e coletiva, causando morbimortalidade precoce e perda de qualidade de vida em todos os ciclos, sendo ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal.

Segundo Minayo (2005), a violência não se resume às delinqüências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos como homossexuais, de abusos e de dominação contra crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos, subsistem em um ambiente sociocultural adverso e que são, frequentemente, vítimas de exclusão e de lesões físicas e emocionais.

Nos anos de 1980 e 2006, a mortalidade por causas externas, registrou um aumento dos homicídios, que passaram de 13.910, para 48.600 óbitos, classificando o Brasil de segundo para o primeiro país na posição de óbitos entre as causas externas em 2006 (BRASIL, 2008). Já no ano de 2013, o Mapa da Violência apresentou relatório onde o Brasil ocupou a terceira posição. Considerando esses dados, pode-se reforçar o que Melo (2010), afirma que para combater a violência é necessário estratégias de intervenção envolvendo implantação de políticas que visam a promoção de “mudanças estruturais, sócio-culturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno.

Ainda no ano de 2006, a faixa etária que concentrou mais homicídios foi de 20 a 39 anos, sendo 62,5%, do sexo masculino e 52,6% do sexo feminino (BRASIL, 2008). No mesmo ano, nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram 11.721.412 internações, sendo 822.412 (7%) por causas externas, 48.283 (5,9%) motivadas por agressões. Na distribuição das internações por agressão segundo o sexo, observou-se que 39.239 eram do sexo masculino e 9.044 do sexo feminino. Na faixa etária de 15 a 49 anos, concentrou-se a maioria das internações (75,8%), sendo esta faixa etária

representada por 79,8% das internações de homens e 58,4% das internações de mulheres (BRASIL, 2008).

Em 2010, a violência urbana foi a principal responsável pela morte dos brasileiros de 1 até 39 anos de idade. No histórico de 30 anos, o Brasil passou de 11,7 homicídios em 100 mil habitantes em 1980 e para 26,2 em 2010. Brasil (2008) e Waiselfisz (2012) ainda nos mostram que nesse mesmo período, próximo de 800 mil pessoas morreram por disparos de algum tipo de arma de fogo (AF) e segundo o Mapa da violência de 2015, foram 880 mil vítimas no ano de 2014.

Os determinantes sociais, as drogas ilícitas, o uso indevido de álcool e o fácil acesso a arma de fogo, têm sido associados à ocorrência de parte da violência no Brasil (MAPA DA VIOLÊNCIA, 2015).

Importante destacar, que o Brasil ocupa o 7º lugar em relação às taxas de homicídio feminino entre 84 países, segundo os dados internacionais da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito - CPMI 2013. No período de 1980 a 2012 foram assassinadas no país mais de 92 mil mulheres, 43,7 mil só na última década, destacando um declínio considerável em 2007 que correspondeu ao primeiro ano de aplicação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 2006). Dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) - Anuário das mulheres brasileiras (2011) apontam que 42 mil mulheres foram assassinadas no País de 1998 a 2008. Segundo a Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República, em 2014, a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 realizou 485.105 atendimentos, uma média de 40.425 ao mês e 1.348 ao dia. Desde a criação do serviço em 2005, foram mais de 4 milhões de atendimentos, desse total aproximadamente 434.734 referiam a informações sobre a Lei Maria da Penha, que tornou mais rigorosas as punições a quem agride mulheres, o que corresponde mais de 22,3% do total das ligações. Durante quase 8 anos de vigência da legislação, foram registrados mais de 237.271 relatos de violência, sendo 141.838 sobre violência física, 62.326 sobre violência psicológica, 23.456 sobre violência moral, 3.780 sobre violência patrimonial, 4.686 sobre violência sexual, 1.021

sobre cárcere privado e 164 sobre tráfico de mulheres. Vale ressaltar que em 2010, os homicídios voltaram a crescer rapidamente, ocorrendo em maior incidência nas residências dessas mulheres (WAISELFISZ, 2012).

Relatório produzido pelas Organizações Mundial e Pan-Americana de Saúde em colaboração com os Centros para Controle de Doenças dos EUA (CDC) em 2012 – “Violência contra as mulheres na América Latina e no Caribe: Uma análise comparativa dos dados sobre a população de 12 países”, destaca que um grande número de mulheres que nunca se casaram ou que viviam em união estável relatou ter sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo, sendo esta realidade generalizada em toda a América Latina e nos países do Caribe. A pesquisa apontou também, que em sete dos países estudados, mais de uma em cada quatro mulheres relataram violência. O mesmo Relatório identifica ainda que no período de 2009 a 2012, mulheres e homens, totalizaram 366.426 dos atendimentos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 240.989 mulheres e 125.153 homens, identificando que a mulher é a pessoa mais atingida pela violência doméstica e sexual, independente do nível socioeconômico, cor e idade, caracterizando o cônjuge como o principal agressor.

Atuando como profissional da saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) por 6 anos, observei e acompanhei diversas mulheres nas atividades de Promoção à Saúde, atendimentos de pré natal, puerpério, preventivo, planejamento familiar, grupos operativos e oficinas diversas, ora sozinha, ora em companhia de outros profissionais e por inúmeros momentos ficávamos surpresos com a fala dessas mulheres, trazendo histórias de sofrimento, privação, dor e violência. Com essa vivência, percebi então um despreparo das equipes envolvidas na assistência no que diz respeito a acolhida das mulheres vítimas de violência.

Tocada por essas histórias e incomodada com a postura da equipe multidisciplinar, passei a questionar como o setor saúde enxergava essas

mulheres e qual seria a percepção desses profissionais e gestores responsáveis pela produção do cuidado às mulheres vítimas de violência.

Sendo assim, através da presente pesquisa, propusemos compreender a percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros sobre a violência contra mulher, uma vez que são estes, os responsáveis por avaliar, planejar, gerenciar, contribuir na elaboração e implantação de estratégias de intervenções de combate a violência contra a mulher e auxiliar na produção do cuidado às vítimas.

Antes de continuar a contextualização de alguns aspectos importantes do trabalho, destacamos que o presente estudo é parte integrante de um grande Projeto de abordagem da violência contra mulher, em âmbito nacional, intitulado Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG em parceria com o Ministério da Saúde. O documento de Aprovação do Projeto de âmbito nacional encontra-se no ANEXO A deste estudo.

Acreditamos que a pesquisa ampliará a discussão acerca da violência, proporcionará maior visibilidade ao problema, contribuirá para o desenvolvimento das ações do Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós e subsidiará o fortalecimento das Políticas Públicas do Ministério da Saúde face ao enfrentamento da violência contra mulher em âmbito nacional.

1.1 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A Lei Maria da Penha de 7 de agosto de 2006, aponta que a violência contra a mulher pode se expressar de diversas formas, como analisamos no Art. 7º da referida Lei, sendo estas formas: Violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Tais formas de violência se diluem em diversos tipos, que apresentam-se, como significativa expressão das relações sociais, com sequelas, muitas vezes,

irreparáveis, não atingindo somente as mulheres que a vivenciam, mas também, seus filhos e demais familiares, inscritos nessa relação conflituosa.

Na *Pesquisa-Diagnóstico da Rede de Proteção à Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar no Município de Rio Branco – Acre*, publicada em maio de 2012 e realizada pelo Ministério Público do referido estado, elucida que o conceito de violência foi delimitado na Convenção de Belém do Pará no ano de 1994, sendo no âmbito das políticas públicas para as mulheres, um fenômeno classificado 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, que atinge todas as classes sociais, cor, idade e etnia, sendo assim a *violência contra a mulher*, qualquer conduta / ação ou omissão de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato da vítima ser mulher. Destaca-se nesse contexto o conceito de gênero, por entender que qualquer violência praticada contra a mulher não se dissocia dos contextos sociais, políticos e culturais da masculinidade e da feminilidade, assim como das relações entre homens e mulheres. A violência se manifesta nas relações entre pessoas, num determinado contexto sócio-político em que elas vivem e convivem. A mencionada *Pesquisa-Diagnóstico ainda* classifica a violência contra a mulher enquanto tipologia, como sendo:

- ✓ **Violência Doméstica** – entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, compreendida como espaço permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, no âmbito da família, entendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se considerem aparentados, unidos por laços naturais, afinidade ou por vontade expressa ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (Lei 11.340/2006). A violência doméstica contra a mulher compreende ainda:

- *Violência física*: qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

- *Violência psicológica*: qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- *Violência sexual*: qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- *Violência patrimonial*: qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- *Violência moral*: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria;
- ✓ **Violência Sexual**: “ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyeurismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer” (Taquette, 2007).

- ✓ **Violência Institucional:** “é aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos (...)É perpetrada por agentes que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. A violência institucional compreende desde a dimensão mais ampla, como a falta de acesso aos serviços e a má qualidade dos serviços prestados, até expressões mais sutis, mas não menos violentas, tais como os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário. Uma forma comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião um terreno fértil para a ocorrência de tal violência” (Taquette, 2007). Mulheres em situação de violência são, por vezes, ‘revitimizadas’ nos serviços quando: são julgadas; não têm sua autonomia respeitada; são forçadas a contar a história de violência inúmeras vezes; são discriminadas em função de questões de raça/etnia, de classe e geracionais. Uma outra forma de violência institucional que merece destaque é a violência sofrida pelas mulheres em situação de prisão, que são privadas de seus direitos humanos, em especial de seus direitos sexuais e reprodutivos.

- ✓ **Violência Simbólica:** a forma de violência “suave” que não é percebida enquanto tal pelas mulheres. Bourdieu (2010) utilizou esse conceito para ressaltar a força da dominação social injusta e as possíveis explicações para a submissão feminina em detrimento do poder masculino. É a reprodução do pensamento, sentimento, comportamento diante da visão de mundo que essencializa as disposições “masculina” e “feminina”. Diz ele: é a violência insensível, invisível às suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento.

Atualmente a violência contra mulher é tema de discussão em grande escala e em diferentes contextos sociais, porém, o silêncio, a discriminação, a impunidade, a dependência das mulheres em relação aos homens e as

justificações psicológicas ainda imperam e agravam a violência para as mulheres (BRASIL, 2011).

Santiago e Coelho (2011) citam que diversos fatores culturais e psíquicos motivam e contribuem para a ocorrência da violência contra a mulher, dentre eles o patriarcalismo, o machismo, as noções de masculinidade e virilidade, a idéia de defesa da honra, o uso de substâncias psicoativas, os sentimentos de rivalidade, ciúme, amor, ódio e a intolerância à traição.

Para Meneghel et al., (2003), a violência de gênero é um abuso de poder, que fragiliza as relações entre homens e mulheres e que se fundamenta em uma sociedade patriarcal e machista.

Além de ser caracterizada como um evento histórico, a violência contra a mulher é também produto de um fenômeno cultural, oriundo de uma intolerância à igualdade de direitos e à mudança de comportamento, que vai de encontro, muitas vezes, à violência de gênero contra a mulher (SALIBA E SALIBA, 2006).

Guedes et al (2009) aponta que os impactos causados pela violência contra a mulher estendem-se para toda a família, causando seqüelas não só para a mulher violentada, mas também para as crianças e adolescentes que presenciam as brigas e agressões, tornando-se um ciclo continuo do problema, sendo passada de geração a geração.

Narvaz e Koller (2006) reforçam ainda, que semelhantes às mulheres vítimas de violência, as crianças e adolescentes manifestam ansiedade, dores, problemas no desenvolvimento, dificuldade na concentração e no aprendizado, depressão, sentimento de culpa, angústia, relações sociais e afetivas frágeis, capazes de reproduzirem os modelos violentos vivenciados.

A violência contra a mulher se dá entre homens e mulheres que mantêm uma relação de intimidade e afetividade, onde o agressor conhece os hábitos, sentimentos e atitudes da vítima, tornando-a mais vulnerável, sendo o agressor na sua grande maioria o próprio cônjuge, namorado, ex marido ou ex namorado, evidenciando um fenômeno do poder (BRASIL, 2012).

Sendo a desigualdade de gênero, compreendida como o resultado das relações de força, poder e dominação que influencia de maneira significativa para o fenômeno da violência contra a mulher, faz-se necessário a implementação de políticas públicas que prevêem Atenção Integral a mulher vítima de violência, fortalecimento das políticas públicas específicas existentes e estratégias de combate a violência contra a mulher que proporcionam empoderamento, saúde e dignidade as vítimas (BRASIL, 2011).

1.2 O PROJETO PARA ELAS, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS...

O Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós é um Projeto de âmbito nacional de Saúde Integral da Mulher do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, que junto ao Ministério da Saúde, tem como seu principal objetivo formar profissionais voltados para a prestação de atenção de saúde, integral e humanizada, à mulher em situação de violência.

Entre mais ações do Projeto estão: 1) capacitar 1.250 profissionais de saúde, sendo 50 em cada UF para as linhas de atenção à saúde para mulheres em situação de violência; 2) capacitar 60 profissionais multiplicadores com a finalidade de serem instrutores de novas turmas em seus estados de origem; 3) capacitar 10 equipes multiprofissionais integrando ensino/assistência em 10 regiões de campo e floresta de localidades que contemplem as ações do governo federal quanto ao tema; 4) realização de inquérito nacional para mapeamento de instituições que prestem atendimento às mulheres em situação de violência, visando conhecer seus objetivos, modos de funcionamento e abrangência nas regiões de saúde; 5) realização de 05 seminários macrorregionais para gestores e gerentes da Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres em situação de violência e 6) elaboração de material educativo/informativo relacionado às temáticas da violência doméstica cometida contra as mulheres, com impressão de 120 mil exemplares para distribuição nacional.

Esta proposta vai ao encontro do I e II Plano Nacional de Política para as Mulheres dos anos de 2004 e 2008, que traz os fundamentos de uma política

para o enfrentamento da violência contra a mulher, e estabelece como objetivos: (1) implantar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher; (2) garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência.

Com o Plano, a Secretaria de Política para as Mulheres (SPM) passa a desenvolver uma política com princípios e diretrizes claramente estabelecidos e, o mais importante, a partir de intensa articulação com as outras estruturas de poder, em seus diferentes níveis, e com a sociedade.

A SPM ao formular e implementar a política de enfrentamento à violência contra mulheres, através do Pacto, afirma-se como principal organizadora e articuladora desta política no âmbito federal juntamente com os estados e municípios. Este Pacto representa uma das grandes prioridades da SPM e um acordo federativo entre o Governo Federal e os governos estaduais e municipais que tem por objetivo estabelecer ações de cooperação e solidariedade entre a União, os Estados e Municípios para a efetivação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. (Comissão Parlamentar Mista De Inquérito - CPMI / 2013).

O Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como um marco histórico na Saúde e também como um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais no que se refere ao processo saúde/doença de todas as mulheres em âmbito nacional (BRASIL, 2012).

Segundo a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) 2013, os Estados e os Municípios quando pactuam comprometem-se, entre outras coisas, garantir a sustentabilidade dos projetos, bem como o acolhimento e o atendimento à mulher em situação de violência, elaborando o Planejamento Integral Básico – PIB que deve conter um diagnóstico do Estado, a definição dos Municípios - pólo, um Plano para Implementação do Pacto e a especificação dos Recursos Financeiros necessários.

Assim o Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós busca atender às necessidades de expansão e sensibilização do Sistema Único de Saúde no que se refere às questões que ainda dificultam o adequado atendimento às

mulheres em situação de violência em todo o país, ampliando o alcance das políticas de saúde.

2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Encontrei por diversas vezes, durante a vivência enquanto enfermeira na Estratégia Saúde da Família, dificuldades para identificar a violência e reconhecer de fato sua real magnitude, até porque tal agravo permanece velado, caracterizado como uma questão de cunho individual, que não desrespeito ao outro.

Em contrapartida, não posso deixar de citar sobre os avanços alcançados nos últimos anos referente a divulgação da temática, elaboração de Políticas Públicas e Leis, mas que ainda há muito a se fazer no tocante ao enfrentamento da violência contra a mulher.

Em 2010, o Ministério da Saúde criou uma Norma Técnica na Prevenção de Agravos Resultantes da Violência contra a Mulher, determinando que o sistema de saúde seja a principal porta de entrada no atendimento às vítimas de violência, oferecendo capacitação aos profissionais para atender esses casos, visto que em algum momento a mulher vai procurar os serviços no caso de violência (BRASIL, 2012). Sendo assim, entendemos que para o setor saúde acolher as mulheres vítimas de violência de forma integral e humanizada, primeiramente faz se necessário que os atores envolvidos nesse processo de produção de cuidado, tenham clareza e se apropriem do conceito da violência contra a mulher, dos possíveis fatores relacionados ao fenômeno e dos impactos causados por ele.

Diante disso, justifica-se a relevância da pesquisa, somada à preocupação e comprometimento dos profissionais envolvidos com a qualidade da assistência integral à saúde da mulher em situação de violência, tornando se necessário, compreender o que pensam os gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros sobre a violência contra a mulher, uma vez que são estes, os responsáveis por avaliar, planejar, gerenciar, contribuir na elaboração e implantação de estratégias de

intervenções de combate a violência contra a mulher e auxiliar na produção do cuidado às vítimas.

O presente estudo poderá contribuir com o fortalecimento das Políticas Públicas do Ministério da Saúde face ao enfrentamento da violência contra mulher em âmbito nacional, subsidiar e ampliar a discussão sobre o tema, contribuir para a implementação das ações do Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós, que propõe um modelo de organização de serviços de saúde, que constituem elementos fundamentais que favoreçam a atuação integral diante da violência contra a mulher, melhor aproximação e abordagem diferenciada com respeito aos problemas de saúde das usuárias se comparados com modelos de atenção timidamente integrados existentes atualmente.

2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros sobre a violência contra a mulher.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil sócio demográfico dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros;
2. Compreender a percepção desses profissionais sobre a violência contra mulher, suas principais formas de expressão e os fatores relacionados a ela;
3. Compreender a percepção desses profissionais sobre a violência contra a mulher, à luz das relações de gênero.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Revisão da Literatura

Foi realizada revisão da literatura adotando como critério de inclusão, artigos científicos que tratavam a violência contra a mulher, gênero e setor saúde. Foram eleitos os seguintes descritores: violência contra a mulher; violência de gênero; setor saúde e profissionais de saúde. Selecionamos 29 artigos através das bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Pesquisamos também sites oficiais, tais como Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, Brasil e sites de Organizações Não Governamentais (ONGs).

Uma planilha com os artigos selecionados e estudados encontra se disponível no APÊNDICE D desta pesquisa.

3.2 Método

Optamos por trabalhar com o método qualitativo, por acreditar que esta abordagem responderia aos nossos questionamentos de forma peculiar, revelando significados, ideias, motivos, emoções, percepções, valores e atitudes dos participantes. Sustentamos nossa expectativa na afirmativa de Minayo (2010) que caracteriza a pesquisa qualitativa como um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, capaz de capturar dos participantes suas percepções, significações e opiniões.

Para Chizzotti (2006), as pesquisas qualitativas pretendem interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem.

Desta forma, o estudo presente, voltou se para os aspectos subjetivos, que permitiram aprofundar nas redes de significações das ações e relações humanas, tentando compreender o que pensam os gestores responsáveis

pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros.

3.3 Material do Estudo

A presente pesquisa é parte integrante do Projeto nacional intitulado: Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG em parceria com o Ministério da Saúde, que tem como objetivo geral: formar profissionais voltados para a prestação de atenção de saúde, integral e humanizada, à mulher em situação de violência e como uma das metas do Projeto, a realização de 5 seminários macrorregionais que nos subsidiou o material para o presente estudo.

Destacamos aqui 3 objetivos dos Seminários macrorregionais que nos despertou o interesse pela pesquisa: 1)- discutir o contexto da violência, as soluções, propostas e as redes de atenção; 2)- realizar o mapeamento parcial da rede de atenção à saúde da mulher em situação de violência; 3)- compreender a percepção dos profissionais participantes sobre a violência e sobre o perfil das mulheres que se encontram nesta situação.

No quadro abaixo, listamos as regiões brasileiras e os respectivos estados participantes dos Seminários Macrorregionais:

Quadro 1 - Seminários Macrorregionais Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós.

Região	Estados	Local do Seminário	Data
Nordeste	AI, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN, SE	Salvador/BA	Maiio/2013
Norte	AC, AM, AP, PA, RO, RR, TO	Palmas / TO	Junho/2013
Sul	PR, RS, SC	Curitiba / PR	Agosto/2013
Sudeste	MG, SP, RJ, ES	BH/MG	Fevereiro/2013
Centro - Oeste	DF, GO, MT, MS	Goiânia/GO	Novembro/2014

Fonte: Cronograma Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós / 2013.

O público alvo dos Seminários Macrorregionais foram os gestores, gerentes e coordenadores da Rede Nacional de Atenção à Mulher em Situação de Violência, indicados para representarem os estados e capitais de sua respectiva macrorregião. Em cada cidade-sede da macrorregional foi criada uma Comissão que auxiliou na organização do evento, criando assim subcomissões:

- Secretaria Geral
- Comissão Social
- Comissão de Divulgação
- Comissão Científica
- Comissão de Infraestrutura e Logística

Os Seminários tiveram Instituições / Parceiros regionais e nacionais que foram de extrema importância para o desenvolvimento das atividades, são eles: Faculdade de Medicina/UFMG; Departamento de Medicina Preventiva e Social; Departamento de Ginecologia e Obstetrícia; Escola de Enfermagem/UFMG; Pró-Reitoria de Extensão/PAIR; Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria de Estado de Defesa Social – Programa de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (PETP); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Hospital das Clínicas da UFMG; Hospital Odilon Behrens; Maternidade Odete Valadares; Hospital Júlia Kubitscheck; Maternidade Sofia Feldman; Núcleo de Atendimento a Vítimas de Crimes Violentos (NAVCV); Instituto Albam; Residência Multiprofissional de Saúde da Mulher/Odilon Behrens; Maternidade Pública de Betim; Hospital Regional de Betim; Sistema Judiciário; Instituto de Medicina Legal (Cadeia de custódia); Centro de Referência da Saúde da Mulher de Santa Luzia; Faculdade de Educação Física (Mestrado em Lazer – EFFETO); Instituto Patrícia Galvão; Ipas Brasil (AADS / Ipas Brasil); CEMICAMP; GEA – Grupo de Estudos sobre o Aborto; Redes de Atenção à Saúde da Mulher; OPAS.

As tarefas iniciais para os Seminários Macrorregionais foram:

1. Definir data e local do seminário macrorregional

2. Criar grupo de trabalho regional
3. Enviar para o e-mail *paraelas.ufmg@gmail.com* 2 nomes para fazer o curso de multiplicadores (um do Estado e outro da Capital)

Sendo o perfil do multiplicador:

- Profissional de nível superior
- Possuir vínculo empregatício com o Estado e/ou com a Capital
- Atuar com o tema da violência contra a mulher
- Ser proativo, ter iniciativa, comunicativo, gostar de trabalhar com o público e saber trabalhar em equipe.

3.4 Coleta dos Dados

Para coleta dos dados do presente estudo, utilizamos como fonte de pesquisa os Grupos Focais, técnica de origem anglo saxônica introduzida na década de 1940, empregada principalmente como metodologia de pesquisas sociais. Gondim (2002) ressalta que desde a segunda metade dos anos 80, a área da saúde vem se apropriando da técnica. Talvez justifica-se essa adesão pelo fato do custo ser relativamente baixo associado a seu emprego, possibilidade de obtenção de dados válidos e confiáveis em um tempo abreviado (SILVA, 2005).

Para colher informações detalhadas através da técnica, elaboramos dois roteiros distintos: Roteiro Introdutório do Coordenador do Grupo Focal; Roteiro de Questões – Grupo Focal. Ambos encontram-se disponíveis nos APÊNDICES B e C deste estudo.

O Grupo Focal tem sua base na comunicação e na interação entre as pessoas. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, como por exemplo - reserva de espaços apropriados, de preferência em território neutro e de fácil acesso aos participantes, que abriguem confortavelmente o número previsto de

participantes e moderadores de forma que todos possam ser distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval, ou dispostos em cadeiras arrumadas em forma circular (TRAD, 2009). Importante que estejam protegidos de ruídos, interrupções externas e um ambiente que permita aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (PATTON, 1990). Este ambiente deve propiciar um debate aberto, acessível em torno de um tema de interesse comum, possibilitar discussão racional na qual as diferenças de status entre os participantes não são levadas em consideração (GASKELL, 2002).

Para aplicação da técnica, utilizamos gravadores, instrumento imprescindível, pois nos possibilitou capturar as falas na íntegra.

Trad (2009), esclarece que o número ideal de pessoas em um Grupo Focal é aquele que permite a participação efetiva de todos e a discussão adequada do tema proposto. Na literatura existe uma variação ideal entre 6 a 15 participantes, sendo que esse quantitativo irá influenciar consideravelmente na duração da atividade que em média tem uma variação entre 90 (tempo mínimo) e 110 minutos (tempo máximo), tudo isso dependendo da complexidade do tema, número de questionamentos (perguntas), o perfil dos participantes e habilidade do moderador.

Nos Seminários Macroregionais, tanto o número de Grupos, assim como o número de pessoas, oscilaram de acordo com o número de participantes. Geralmente em cada Grupo, tinham uma média de 7 a 12 participantes. Tivemos um moderador que administrou o diálogo, estimulou um ambiente de troca e deixou os participantes à vontade para compartilharem suas ideias, sentimentos e opiniões. Também tivemos um redator, que teve a função de identificar e anotar as percepções, falas importantes, sentimentos, atitudes e reações diversas dos participantes durante o desenvolvimento da técnica.

Os Grupos tiveram características heterogêneas, o que possibilitou maior discussão e uma enorme produção de informações. Após a realização dos Seminários, todas as gravações foram transcritas e enviadas para que pudessemos iniciar o processo de tratamento dos dados.

3.5 Tratamento dos Dados

Para melhor compreensão da percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros sobre a violência contra a mulher e considerando a análise uma etapa fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, elegemos a Análise de Conteúdo de Bardin, descrita por Minayo (2010) que define a metodologia como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que permite a interpretação e inferência de conhecimentos através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (falas).

Minayo (2010) afirma em sua obra, que a análise de conteúdo, de Laurence Bardin é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

Durante o processo de análise, o pesquisador buscará compreender as características e estruturas que estão por trás dos fragmentos das mensagens (GODOY, 1995).

Segundo Bardin (2007), a Análise de Conteúdo abarca três fases essenciais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Descreveremos cada uma das fases a seguir:

1. **Pré Análise:** Denominada como “leitura flutuante”, compreendida como um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Identificada também como a fase de organização. No caso de entrevistas, elas serão transcritas constituindo assim o corpus da pesquisa (conjunto de textos que serve como base de análise). Para tanto, é preciso obedecer às regras de *exaustividade* (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada); *representatividade* (a amostra deve representar o universo); *homogeneidade* (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos

por indivíduos semelhantes); *pertinência* (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e *exclusividade* (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria) (HOFFMAN, 2013). Portanto ainda nessa primeira fase, Bardin, 2007, orienta que após a transcrição das informações, faz-se a elaboração dos índices ou categorias, que surgirão das questões norteadoras (perguntas) ou hipóteses, e a organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetem com muita frequência são recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados (HOFFMAN, 2013).

2. **Exploração do material:** Processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto (OLIVEIRA, 2008). Nesse momento faremos o processo de codificação das informações através da categorização. *Técnica esta, que reunirá maior número de informações e correlacionará classes de acontecimentos para ordená-los.* A organização do material ou dados da pesquisa se realiza em colunas, com vazios à esquerda e à direita, para anotar e marcar semelhanças (BARDIN, 2007).

Como cita Hoffman (2013), para Bardin (2007) após elaborar as categorias, passa-se à construção da definição de cada categoria. A definição pode obedecer ao conceito definido no referencial teórico ou ser fundamentada nas verbalizações relativas aos temas, como por exemplo, a fala de um sujeito. Vale ressaltar que em todo o processo de construção de categorias, procura-se preservar na íntegra a fala do sujeito.

3. **Tratamento dos resultados:** Nessa fase, o pesquisador ficará atento ao sentido que se encontra por trás das falas. Fará interpretação e inferência. Segundo Bardin (2007), a inferência na análise de conteúdo é orientada por diversos pólos de atenção, ou seja, pólos de comunicação (emissor receptor, mensagem e canal). Após esclarecimentos sobre os

pólos de comunicação passa-se à interpretação de conceitos e proposições, sendo que os conceitos derivam da cultura estudada e da linguagem dos informantes, e não de definição científica, dão um sentido de referência geral e produzem imagem significativa. Ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique. Quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possam existir entre eles.

Para Santos (2012), a proposição é a exposição geral do texto baseado nos dados. Enquanto os conceitos podem ou não ajustar-se, as proposições são verdadeiras ou falsas, mesmo o pesquisador podendo ou não demonstrá-las. Sendo assim, compreende-se que as proposições derivam de um estudo mais cuidadoso e aprofundado dos dados. Na fase de interpretação, Santos (2012) cita Bardin (2007) dizendo que o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação, uma vez que, as interpretações pautadas em inferências buscam compreender em profundidade, o que se esconde por trás das falas (discurso) apresentadas pelos sujeitos.

Contudo, utilizamos para nossa pesquisa, as questões norteadoras 1 e 2, extraídas do Roteiro de Questões - Grupo Focal aplicado nos 5 Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós:

1. O que você entende por violência?
2. Quais são as principais formas de violência contra a mulher e por que elas ocorrem?

3.6 Aspectos Éticos

Como dissemos anteriormente, a presente pesquisa é parte integrante do Projeto nacional intitulado: Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG em parceria com o Ministério da Saúde, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP / UFMG - Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149, disponível no ANEXO B deste estudo, adequando-se aos princípios éticos conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2.012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, após terem sido informados a respeito da confidencialidade dos dados colhidos nos Grupos Focais. O Termo encontra se acessível no APÊNCICE A da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conteúdo analisado dos Grupos Focais é de uma riqueza imensurável e diversas leituras poderiam ser realizadas a partir das falas ali descritas, porém priorizamos questões estritamente ligadas aos objetivos da pesquisa de compreender a percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros sobre a violência contra a mulher, suas principais formas de expressão e os fatores relacionados a ela.

A seguir, apresentaremos os resultados e discussão, iniciando pelo perfil sociodemográfico dos gestores participantes da pesquisa, logo após trataremos as categorias e subcategorias criadas, sendo estas, respectivamente: “As violências e os fatores relacionados”, “Cultura e violência – relação homem e mulher”, “A violência é silenciosa; – sendo as subcategorias: Silêncio do afeto; Silêncio da vergonha; Silêncio da dependência; Silêncio do medo”. A planilha de categorização encontra-se no APÊNDICE E da pesquisa.

Ainda como parte integrante deste estudo, apresentaremos ao final dos resultados e discussão, um artigo intitulado: “*As violências e os fatores relacionados: percepção dos gestores das áreas técnicas da saúde da mulher em âmbito nacional*”. Nele são apresentadas as análises das falas dos gestores participantes dos Grupos Focais nos Seminários Macrorregionais. O referido artigo será submetido a uma revista científica posteriormente, ainda sem definição.

4.1 Perfil Sociodemográfico dos Gestores participantes dos Grupos

Focais

Participaram dos Grupos Focais dos Seminários Macrorregionais, 126 gestores e gerentes das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher dos Estados e Capitais Brasileiros ou profissionais por eles indicados, especificamente convidados para esse fim.

Houve uma predominância do sexo feminino, idade média entre 31 e 50 anos. A maioria dos gestores eram médicos e enfermeiros, sendo que tivemos

participações de assistentes sociais, educadores físicos, sociólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e dentistas.

Ao se apresentarem, muitos disseram o tempo de serviço enquanto gestor na área técnica de saúde da mulher, permeando entre 4 meses à 5 anos.

Enquanto formação, a maioria relatou possuir especialização e/ou mestrado.

É interessante mencionar, que todos conviviam diretamente com a discussão do tema e tinham conhecimento do assunto que abordaríamos. Sendo estes, fatores importantes para que aconteça o Grupo Focal, recomendado por Barbour (1999), onde o autor cita que os participantes devem ser selecionados dentro de um grupo de indivíduos que convivam com o assunto a ser discutido e que tenham conhecimento dos fatores que afetam os dados mais pertinentes.

4.2 As violências e os fatores relacionados

A categoria “As violências e os fatores relacionados” se refere como os gestores percebem a violência de forma geral e a violência contra a mulher e quais são os fatores relacionados a elas. Em relação a esta categoria, podemos perceber falas com frequência significativa, no tocante o significado de violência, sua complexidade e algumas de suas apresentações, exemplificadas nas expressões abaixo:

“... a violência é... um fenômeno, multifacetado, multicausal, ele fere o direito do respeito ao outro, ele é democrático porque ele tá inserido em todas as classes sociais. Independe da classe, da raça, da cor, da etnia, da opção sexual”. Ela pode ser física, psicológica, moral, verbal, institucional, patrimonial, a negligência, sexual, a doméstica e muitas outras”.

“...mas de fato o porquê que ela ocorre, ela não é por uma única causa. Ela é bem complexa.”

(28 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

Silva, 2015, parece concordar com o que disseram os 28 gestores acerca da violência, pois reforça que a violência é um fenômeno complexo e, conseqüentemente, multifacetado. O referido autor cita Faleiros (2010) dizendo, que a violência é caracterizada pela relação de poder onde estão

presentes e se confrontam atores e forças diferentes, com pesos e poderes desiguais, de conhecimento, de força, autoridade, experiência, maturidade, estratégias e recursos.

Ainda outros 24 gestores, apontaram a questão da agressão física como sendo um dos acontecimentos mais recorrentes na violência em geral e na violência contra a mulher. Estes discursos foram capturados nos relatos a seguir:

"...qualquer tipo de privação, é omissão, é agressão física, sexual, psicológica... são várias as formas de violência"

"...agressão, agressão física, vocês não acham?"

"...qualquer coerção à vontade da pessoa que está sendo violentada, então pode ser uma coerção moral ou física"

"...é a agressão física. Pelo menos é essa que é estampada, você vê que ela está associada com o uso abusivo de drogas, drogas ilícitas ou lícitas mesmo, tem muita correlação".

"A violência eu entendo como uso da força real ou que passa a obter vantagens de uma pessoa ou de um grupo de pessoas".

(24 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

Para Brasil, 2013, a violência física é caracterizada pela ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa, podendo causar lesões internas, externas ou ambas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2012), 15 a 71% das mulheres em algum momento de suas vidas já sofreram algum tipo de violência física chegando até mesmo a fatalidade, sendo que o mais revelador é o fato das agressões serem praticadas de forma quase unânimes pelos próprios companheiros ou ex companheiros (ROSA, D.O.A. *et al*, 2013).

Rosa, D.O.A. *et al*, 2013, referem a violência física e sexual como atos que geralmente ocorrem juntos e que podem ser por diversas vezes, relacionados por problemas como o alcoolismo e dependência química. Considera se também a violência física como da ordem do visível *"agressão que se pode ver"*, portanto, mas fácil de identificar, de se perceber.

As falas aqui apresentadas sugerem a princípio, como sendo a agressão física a mais comum, porém por diversas vezes durante os Grupos Focais, ouvimos

dizer sobre a violência psicológica, historicamente frequente, impactante, extremamente prejudicial e de difícil discernimento, considerando que se trata de uma forma de violência sutil e silenciosamente devastadora, tendo seu conceito revisto e ampliado a seguir:

A violência psicológica é ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação, à autoestima ou ao desenvolvimento pessoal.

(BRASIL, 2012)

Como podemos perceber, a violência psicológica contribui para que a mulher tenha sua autoestima prejudicada, desencorajada e sem esperança de sair dessa condição, levando a mulher ao adoecimento, podendo chegar ao autoextermínio (CPMI, 2013).

Quando os gestores são provocados a falar um pouco mais sobre a violência, eles são incisivos ao dizerem:

"...são ações que destroem, que prejudicam, eliminam, matam e que, de alguma maneira, restringem a integridade do ser".

"...violência é uma violação dos direitos humanos... ela passa por todas as classes, todas as idades, não escolhe. Então é a forma mais ... de violação dos direitos"

"...a primeira coisa que me veio na cabeça foi essa violação mesmo do respeito, dessa invasão com outro mesmo, independente da forma que seja..."

"...violência é tudo aquilo que te tira a alma. Quando eu sou violentada eu perco a minha dignidade; eu perco, às vezes, a vontade de viver; eu sempre estou perdendo..."

"...toda violência eu acredito que seja ação que gere assim... que fira o ser humano, que tira a sua dignidade. Que traz constrangimento, né...."

"A primeira é que eu acho que o tipo, talvez, que eu vejo como o pior tipo de violência é a tortura".

"...eu diria também a violência racial contra a mulher...a mulher de etnia negra é mais violentada sim".

(17 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como um grave problema de saúde pública, além de constituir uma violação dos direitos humanos, sendo estes direitos previstos e garantidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) nos referidos artigos:

Artigo 1º

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo 2º

1. *Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.*

Artigo 3º

Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 5º

Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

(Declaração Universal dos Direitos Humanos – 1948)

Diante dos estudos analisados e dentre tantos artigos que sugerem proteção ao indivíduo, elencamos acima os que afirmam expressamente os direitos iguais entre homens e mulheres que de certa forma desencadeou o processo histórico de criação de leis que tem como escopo a proteção da mulher e a tão sonhada erradicação da violência contra a mulher, tornando por diversas épocas do contexto histórico de luta pelo enfrentamento da violência, um discurso utópico, por termos a sensação de impotência diante do fenômeno mundial que destrói não só a mulher, mas toda estrutura familiar a cada dia (CPMI, 2013; MANSUR, 2014; SCHRAIBER, 2013).

Sempre a primeira pergunta lançada no Grupo Focal – *O que você entende por violência?* leva os participantes a remeterem conceitos engessados, no entanto com o desenrolar da atividade, eles acabam trazendo para a roda, relatos da vivência profissional e de como as vítimas de violência, em especial a mulher violentada é interpretada. A manifestação de um dos gestores, apoiado por outro participante nos chamou a atenção e observamos naquele exato momento, que todos os participantes do Grupo Focal refletiram sobre o papel dos profissionais frente ao fenômeno – violência contra a mulher:

“...tem também aquela mulher que todos os dias vai na Unidade de Saúde e os profissionais a chamam de Dona Problema - vai ter problema porque a mulher é problemática. E aí, aquela mulher tem como a Unidade de Saúde, o único lugar que ela pode sair sem sofrer violência...será mesmo? A institucional acontece porque nós não percebemos que a Unidade de Saúde se torna lazer, lugar de papo e fala dela e a maioria dos nós profissionais da saúde não conseguimos identificar isto, preferimos não enxergar, seria mais uma demanda...concordam?”

(2 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

A violência institucional, citada no manifesto acima, permeia tanto os setores públicos quanto privados, apresentando uma relação desigual entre profissional e paciente, reforçando as relações de poder como expressa outros 16 (dezesseis) participantes:

“ onde tem sempre alguém que tem uma relação de dominação sobre o outro...”

“...sempre vai ter a questão do poder, sobressaindo a relação de dominação”.

“...você usar da sua força, do seu vigor, aproveitando da fragilidade do outro, isso é uma violência”.

(16 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

Essa relação pode se dá por motivos variados, como por exemplo: aumento da demanda dos casos desta natureza nos serviços de saúde, não valorização do profissional, ineficácia e negligência no atendimento, discriminação de gênero, etnia...etc., intolerância e escuta pouco qualificada desencadeada pela falta de

informação ou falta de empatia causando a desqualificação do saber do outro, uso de poder, dentre outros (HASSE,M; VIEIRA, E. M, 2014; CARMO,E.A. *et al.*2015; SILVA, E.B, PADOIN, S.M.M.2015).

Através da citação de Carmo,E.A. *et al*, 2015 e em mais 6 (seis) artigos estudados que tratam a atuação dos profissionais de saúde frente a violência, percebemos com clareza que tanto os profissionais de saúde quanto os gestores reconhecem a relevância e a gravidade da violência praticada contra a mulher, entretanto, existe um despreparo da equipe de saúde em assistir essas mulheres, questionam sobre a falta de abordagem no tema durante a graduação e apontam a discreta oferta de capacitação por parte das Secretarias de Saúde, dificultando o atendimento às vítimas, deixando os paralisados por não saberem o que fazer (CARMO,E.A. *et al.*2015 cita BORSOI et al., 2009).

Diante disso, fica expressivo não só a desqualificação do saber prático, diante do saber científico. A postura dos profissionais de saúde anulada a possibilidade de uma assistência humanizada e resolutiva. Os autores concluem seus estudos, evidenciando a necessidade da ampliação dos estudos sobre a violência / violência contra mulher, contribuição esta, que ajudará no fortalecimento das políticas públicas que apresentam propostas de garantir acolhimento / escuta qualificados e atendimento integral a essas mulheres, pautado no respeito, confiança, estabelecimento de vínculo, valorização do outro e resolubilidade (HASSE,M; VIEIRA, E. M, 2014).

Outra manifestação significativa foi a acerca da questão sistêmica familiar, onde dois participantes apontam o surgimento da violência no espaço relacional do patriarcado. Os 3 (três) participantes são perspicazes em afirmarem que além das questões históricas da dinâmica familiar, ainda é notória nos dias atuais, a diferença de gênero na sociedade como um todo e não só no ninho familiar. Seguem as exposições dos mesmos, como critério de elucidação:

"... é uma questão sistêmica de família"

"... Sem querer entrar na vitimização da mulher, mas basta ser mulher pra tá correndo o risco de sofrer violência e, ampliando, não basta ser só mulher, basta ser do gênero feminino pra você correr o risco pra sofrer violência. Eu acho que a principal violência é a violência de gênero".

Ao que se percebe, estes discursos revelam aspectos relacionados a cultura e ao gênero, elementos da próxima categoria a ser analisada.

4.3 Cultura e violência: relação homem e mulher

Até bem pouco tempo, as agressões acometidas pelos companheiros ou ex-companheiros, eram atos acobertados pela lei com a justificativa de que esses episódios representavam “lavagem da honra”. O mais interessante disso tudo, é que ainda nos dias atuais, ouvimos dizer que “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”.

No final da discussão da categoria anterior, citamos as manifestações de três gestores, onde colocam a questão da violência de gênero, como sendo uma forma diferenciada de agressão que faz parte da cultural brasileira.

Silva (2014), refere se ao gênero, como sendo uma categoria histórica que pode ser concebida por várias perspectivas e reduzida a construção social do masculino e do feminino em que as diferenças entre os sexos, mediadas pelas relações de poder e hierarquia, são transformadas em desigualdades.

Nas discussões veementes dos Grupos Focais, dezenove gestores são ímpetos ao afirmarem que vivemos em uma cultura de hierarquização de poder baseada nas diferenciações de sexo:

“...vivemos a desigualdade de poder, desigualdade...de sexo...”

“...Mas mesmo que você tenha uma profissão, que você trabalhe fora, que você tenha um serviço estressante você não deixa de fazer as suas coisas em casa - a sua jornada triplica: lavar a louça, lavar a roupa, cuidar das crianças, ser mulher, digo mulher. Você não divide tarefa, você dá conta de tudo...estou errada? Eles não ajudam mesmo!”

“...Mãe, você deixa o Gabriel – meu filho – dormir fora de casa e não me deixa dormir fora de casa. Por que ele pode e por que eu não posso?”, de certa forma é uma violência contra a mulher. Por que ela não tem direitos iguais a ele? Aí eu falo: “Não, porque ele é homem e você é mulher. Você precisa entender isso minha filha!”

“...A violência, eu acho que ela, contra a mulher, se tornou algo naturalizado por essa cultura machista e temos aí as relações de gênero. Tem aí uma hierarquia, existe uma diferença de poder do homem e da mulher, como se o homem tivesse o direito de dominar a mulher, controlar, ter a posse sobre o corpo da mulher, sobre o corpo e a alma da mulher. Então, eu acredito que é essa cultura machista que perpetua esse tipo de comportamento”.

(19 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

De forma geral, os gestores apontam a violência de gênero, como sendo decorrente de padrões de comportamento, pensamento e linguagem dos papéis de mulher e homem e da relação entre estes, radicados em uma cultura machista. Nesta mesma discussão eles também são enfáticos ao dizerem que as mudanças que estão sendo construídas nas relações de gênero nos tempos modernos, a partir de uma nova construção social do feminino, manifestam-se em violência contra a mulher cometida geralmente pelos companheiros e/ou ex – companheiros. Em contrapartida, alguns poucos gestores alertam quanto ao fato da violência não ser um fenômeno justificável.

A cultura machista, segundo Carmo (2015), estabelece papéis diferentes para mulheres e homens, onde o homem é detentor do poder e a mulher submissa ao homem. Esta cultura valoriza a violência como privado da masculinidade e do poder, levando a sociedade a aceitar a violência como ação da ordem da normalidade, sendo portanto justificável, como ilustra as manifestações seguintes:

“... De você, na sua casa, a sua relação de submissão: é eu que faço o prato do meu marido, é eu que escolho a roupa pro meu marido, será que não tem umas coisinhas mínimas, de mínimos detalhes, algumas coisas que vêm sendo impregnadas e que ainda hoje a gente não conseguiu vencer?”

“...isto é cultural, é questão cultural”.

“...uma violência de gênero é a construção da sociedade patriarcal, machista, misógina, sexista e homofóbica. Eu acho que é isso”.

“...tem os aspectos culturais”.

“...às vezes elas viram isso desde a infância, as irmãs vivem a mesma coisa, as tias, a mãe. Então, assim, elas não tem nem o que almejar, porque ela é isso, essa mulher está fadada a esse tipo de relação...é cultural”.

“...um processo histórico, histórico e social. Então não é possível a gente entender isso hoje negligenciando nosso passado, o fator cultura e sociedade. Há os estudiosos aí que estudando a bíblia percebem que lá a gente vê traços da violência assim, né. Então, se a gente tá aqui hoje vivendo nesse mundo sofrido é porque Eva mordeu a maçã, a culpa é da mulher. Não foi Adão que fez isso, foi Eva a pecaminosa. Então é um processo histórico, social, cultura”.

“...Quando você casa, você sonha em casar e ter uma família feliz e nem sempre isso acontece. Quando isso não acontece ainda tem aquela questão cultural que separar é ruim , que é bem pior pra mulher...”

Ainda para estes gestores, o discurso que justifica a prática da violência contra mulher vai além do cultural, como podemos perceber nas manifestações dos mesmos:

"...A mulher não consegue se ver fora daquele contexto e aí, quando você vai conversar, se você aprofunda mais um pouco ela tá num contexto social, às vezes assim, de droga e criminalidade, não todas é lógico, que a violência acontece em todas as esferas, a gente sabe disso, e aí você vai perguntar e ela veio de uma família em que o pai agredia a mãe, o irmão tá preso porque matou alguém, então assim, ela tá numa rede, ela tá presa a situações, por isso que a coisa é muito complexa e tem que ser muito bem trabalhada, porque o negócio vem lá de trás, iniciou no seio da família".

"...isto é uma coisa que se carrega de antepassados, meu pai era assim, minha mãe era assim, e assim ela vai repassando"

(08 gestores – Grupos Focais Seminário Macrorregionais)

Costa, *et al* (2015), cita sobre a mulher enquanto propriedade, onde existe a prática de posse, marcada pelo desejo do homem em manter a mulher como tutelada ou propriedade exclusiva.

Os participantes dos Grupos Focais também discorrem a respeito da mulher no papel de propriedade e tutelada, como demonstram as falas abaixo:

"Já vem obrigado, é como uma obrigação. À partir do momento que você é mulher fica implícito que, historicamente, você vai cozinhar, que você vai se submeter a todos os tipos de violência. Por isso que eu acho que é a questão de propriedade né".

"...o corpo da mulher casada não é o corpo reconhecido como autônomo..."

"...mas por quê é muito difícil pra mulher? Porque o corpo dela sempre esteve sobre tutela. Ele esteve sobre a tutela do pai ou da própria mãe, enquanto criança e agora o corpo é do marido".

(10 Gestores – Grupos Focais Seminários Macrorregionais)

Mais uma vez, observa-se nas falas dos gestores, a submissão da mulher atrelada aos fatores de vida sistêmica familiar e que a cultura das obrigações de esposa, impostas ao longo da história humana, define os papéis do homem

e da mulher de forma rígida, benéfica ao homem, que anula o papel da mulher sujeito, um ser limitado, instrumento de reprodução e servidão à família apenas, pertencendo ao homem as decisões quanto as regras a serem seguidas, pois ele é o detentor do poder, da força e da soberania (SCHRAIBER, L.B, 2013).

Em contraponto, destacou se através das manifestações dos participantes, um clamor por uma atenção também aos agressores, assim como veremos nas falas seguintes:

“... e o homem é vítima também... acho que a gente não vai evoluir se a gente não entender os caminhos do dialeto, o quanto o menino tem que ser forte, não pode chorar, tem que bater, tem que se impor pela força física, não pode brincar de boneca, panelinha, então é uma questão de evolução da sociedade.”

“...na verdade, só vai resolver o problema da mulher vítima quando o trabalharmos com o homem agressor também, o homem opressor...”

(02 Gestores – Grupos Focais Seminários Macrorregionais)

Um dos mesmos participantes justificou as falas, considerando “o ciclo da violência como algo da ordem do perpetrado, em que o agressor não encerra o ciclo, pois a produção de sentidos sobre a violência dificilmente é alterada”.

Os gestores continuam o discurso afirmando que existe a necessidade de implantação de serviços de atendimento aos agressores, onde os mesmos possam ser acolhidos e acompanhados.

“Esses agressores precisam refletir sobre a realidade que os cercam, numa abordagem capaz de lidar com os significados que a violência carrega no particular e no coletivo”.

(01 gestor – Grupos Focais Seminários Macrorregionais)

Após a fala do gestor, os demais permaneceram em silêncio e o medeador do Grupo Focal, seguiu com as provocações, porém ficou evidenciado que os participantes preferiram não se posicionar frente a esta discussão –

necessidade de escuta e acolhida humanizada ao agressor, podendo então considerar ainda um assunto pouco discutido. Vale ressaltar que dentre os dezesseis Grupos Focais, apenas nesse momento foi citado a necessidade em cuidar do agressor. Saliento também, que através de uma pesquisa, detectamos que ainda existem poucos estudos sobre o cuidado com o agressor, se comparado ao volume de publicações direcionado para a Atenção Integral a mulher em situação de violência.

4.4 A Violência é Silenciosa

Sabemos que a violência contra a mulher afeta todas as classes sociais, desde mulheres de renda familiar baixa à alta, ou seja, este tipo de violência perpassa as questões sociais. Compreendemos também, que as agressões só são reconhecidas quando tornam se aparentes, pois a grande maioria das pessoas tendem a menosprezar as agressões emocionais, as quais aqui denominamos de silenciosas.

Além dos aspectos histórico, cultural e de gênero, vários são os motivos que levam as mulheres a sofrerem caladas e submissas, sendo que o silêncio impede que se tenha uma dimensão precisa deste fenômeno e conseqüentemente dificulta as possíveis ações de enfrentamento da violência.

Os motivos pelos quais as mulheres vitimizadas permanecem nessa relação são inúmeros. Podemos citar a dependência emocional e econômica, a valorização da família, a preocupação com os filhos, a idealização do amor e do casamento, o desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha, a ausência de apoio social, entre outros (CARMO, E.A. *et al*, 2015).

Através das falas dos gestores, identificamos que o silêncio é um comportamento essencial para o êxito da violência, sendo assim, a seguir, apresentaremos e discutiremos as subcategorias da última das quais criamos. São as subcategorias: *Silêncio do afeto*; *Silêncio da vergonha*; *Silêncio da dependência*; *Silêncio do medo*.

4.4.1 Silêncio do Afeto

“... mas elas sempre voltam atrás dizendo que amam o companheiro. O que vamos fazer nesse momento?”

(04 gestores – Grupos Focais Seminários Macrorregionais)

Na narrativa supracitada, os gestores apontam a afetividade como sendo um dos motivos pelos quais a mulher vítima de violência permanece em mutismo, acreditando que um dia acontecerá uma mudança e seu companheiro terá outra postura, apresentará se de fato, como o tão desejado príncipe encantado.

Entendemos, que a violência evidenciada como o *silêncio do afeto*, geralmente é praticada no âmbito privado e o agressor mantém uma relação afetivo conjugal com a vítima, alimentando nessa convivência o amor e a dor oscilantemente. Para Souza e Ros (2010), esse tipo de violência, faz parte de um jogo, estabelecido entre marido e mulher por meio de uma linguagem relacional. Jogo de sentimento, afeição, cumplicidade e sonhos.

Os mesmos autores reforçam a ideia de que as mulheres não são culpadas pela situação de violência, mas são responsáveis por buscar soluções para a situação vivenciada. Isso pode ser observado, por exemplo, na fala de um dos gestores:

“...Um dia uma mulher me falou que não o largava porque ele foi seu primeiro homem, seu primeiro amor e superaria toda aquela situação...ele iria mudar”.

(01 Gestor – Grupos Focais Seminários Macrorregionais)

Das manifestações anteriores, vale extrair o questionamento tal: *“... O que vamos fazer nesse momento?”*. Esta fala traz à tona a dificuldade que o setor saúde tem em acolher essas mulheres. Situa-nos sobre a realidade dos serviços existentes, no que se refere a esse tema e nos aponta o despreparo dos profissionais para atenderem adequadamente às mulheres (PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. 2011).

Logo em outro manifesto, um gestor participante sinaliza não acreditar que tal situação aconteça e parecendo ironizar, diz “... *parece ser brincadeira né, que amor é esse?*”. Através destas falas, identificamos a limitação do pessoal da saúde em perceber a violência contra a mulher, como algo muito além do que se pode ver, podendo causar uma inabilidade diante da acolhida a esta mulher (HASSE, M; VIEIRA, E.M. 2014).

Segue a pontuação feita pelo gestor, para esclarecer nossa percepção citada acima:

“...ela já teve 1, 2, 3, 4 maridos, teve filhos com cada um e aí fica mais complicado ainda, um filho de um pai e outro de outro pai; fica nessa: tá ruim com ele, pior sem ele - sem contar que a mulher insiste em dizer que ama o marido (o atual) e não pode separar os filhos do pai...parece ser brincadeira né, que amor é esse?”

(01 gestor – Grupos Focais Seminários Macrorregionais)

Entendemos que nas relações que caracterizamos como o *silêncio do afeto*, a mulher torna se convencida de que é amada – “... *ele foi seu primeiro homem, seu primeiro amor e superaria toda aquela situação...*”.

Reforçando nosso entendimento, os estudos nos mostraram que em geral, o companheiro agressivo toma-se muito afetivo após as situações de violência e a mulher alimenta a esperança de que ele vai mudar, e ainda dizem que essa mudança é só uma questão de tempo, mas em contrapartida, autores sustentam a ideia de que é comum o sentimento de culpa assolar a mente das mulheres vitimizadas pelos próprios companheiros, pois permanecem no relacionamento violento por não terem realizado a "escolha ideal" do parceiro, por sentirem vergonha.

Posteriormente, apresentaremos a discussão sobre o *Silêncio da vergonha*.

4.4.2 Silêncio da Vergonha

“...mesmo em famílias de classe média e alta, existe a violência e nós é que não temos conhecimento porque eles abafam, têm vergonha de falar, expor...”

“Um dia uma disse que não poderia separar do companheiro, porque a família dela não aceitaria isso, por isso retirou a queixa e pediu para que esquecêssemos que um dia ela esteve no serviço pedindo ajuda”.

“...muitas vezes as pessoas omitem, não têm coragem de falar, por vergonha...”

(13 Gestores, Grupos Focais - Seminários Macrorregionais)

Compreendemos que parte considerável das mulheres não denunciam as agressões, por ficarem intimidadas com o que os outros (sociedade em geral – familiares, profissional da saúde, vizinho, polícia...) vão pensar, deixando que aceite para si, uma culpa da qual não têm responsabilidades.

É comum a mulher vitimizada isolar se do convívio social em virtude da vergonha, sente se humilhada e sem esperança. Não consegue encontrar saída (COSTA, M.C. *et al.* 2015).

O silêncio da vergonha é alimentado pelo receio que a mulher tem de ser criticada. Por isso ela se fecha, sofre sozinha, retira a denúncia, volta atrás e permanece alimentando o fenômeno.

No momento em que os gestores foram provocados a falarem mais sobre a segunda pergunta do roteiro, uma gestora coloca a tona a realidade que para ela, assola todas as mulheres:

“Mas a gente fala “aquelas mulheres”, mas aqui a maioria é de mulheres e quem de nós já não sofreu violência aqui? Eu acho que todas. Não posso falar... (falas ao mesmo tempo) ... a gente fala como se fosse uma coisa tão longe isso e, na verdade, a realidade é não, porque acontece com praticamente todas. Quem já não passou por alguma violência? Na verdade temos vergonha de dizer, de denunciar”.

(01 gestora, Grupo Focal – Seminários Macrorregionais)

No momento em que a gestora se manifestou, todos os participantes falaram ao mesmo tempo, causando ruídos na gravação, dificultando capturar todas as colocações, no entanto, compreendemos que falamos da violência contra mulher como algo muito distante de nós e também nos silenciemos - Por vergonha talvez? Sou gestora, profissional, responsável técnica, não posso me expor, não posso denunciar.

A valorização do silêncio e a ausência da denúncia favorecem a perpetuação, a repetição da violência contra a mulher, reforça cada vez mais os aspectos culturais do fenômeno da violência contra a mulher.

A vergonha é uma das principais armas que o agressor tem para controlar a mulher. Sabe-se que não é fácil romper com o silêncio, sair desta situação e encarar a sociedade, mas é importante procurar ajuda e contar com uma rede de apoio (GUIMARÃES, M.C & PEDROZA, R.L.S. 2015).

4.4.3 Silêncio da Dependência

“...Pelo amor de Deus. Eu prefiro assim. Prefiro levar uns tapas de vez em quando e ter onde morar, ficar com os meus filhos e ter o que comer. Eu prefiro viver assim”.

“...acho que tem também as condições financeiras. Quando a gente vai atender, a gente fala: “Mas porque você não separa dele?”. E elas falam assim: “Ah, é porque eu tenho um filho, eu não trabalho, e eu não tenho como manter ele, então, se eu separar dele, eu vou prá onde?”

“Existem também as mulheres que trabalham no lar, que trabalham em casa, que se calam, por medo, porque ficam muito dependentes do homem financeiramente”.

(15 gestores, Grupos Focais – Seminários Macrorregionais)

Como percebemos nas falas dos gestores, a dependência financeira faz com que muitas mulheres, vítimas de violência renunciem a luta pelos seus direitos, por receio de fracassarem e por acreditarem não conseguirem manter sua vida e a de seus filhos sem o companheiro agressor. Além disso, estas mulheres amam seus companheiros e ainda que isso não seja recíproco, elas querem o companheiro do lado delas e não se vêem sem eles.

Considerável número destas mulheres aceitam a situação de violência, pela necessidade de proventos, tanto para elas quanto para os seus filhos, tornando – se a dependência financeira, um fator de aceitação de um relacionamento violento (LIMA,P. B. M. A. *et al*, 2014).

Para alguns estudiosos, a dependência financeira ainda não é a mais perversa. Eles caracterizam a dependência emocional, como sendo a mais preocupante, pois as mulheres nessa situação, não desconhecem o mal que sofrem, mas querem que seus parceiros melhorem (ainda que nós que estamos fora da situação achemos isso impossível) e permaneçam ao seu lado (PIOSIADLO, L.C.M. *et al*, 2014).

“...A dependência não é financeira, ela é psíquica, emocional. Então, é uma coisa intrigante, que a gente não consegue compreender, é desafiador para nós profissionais”.

“...E o que mais chama atenção é que, por regra, a gente poderia falar assim “mas elas dependem financeiramente desse homem” e não é verdade. A grande maioria sustenta a casa. Ela trabalha, ela se sustenta...”

(13 gestores, Grupos Focais – Seminários Macrorregionais)

Como vemos nos trechos acima, outros gestores também apontam a dependência emocional, como sendo o mais encarcerador para as mulheres vítimas de violência, acentuando ainda mais baixa auto estima, sentimento de inferioridade, baixa auto confiança, pouco auto conhecimento e propensão para diversas patologias (GUIMARÃES, M. C. & PEDROZA, R. L. S, 2015).

4.4.4 Silêncio do Medo

E depois de denunciar, o que acontece? O medo do inserto, de não ter ninguém por perto, não ter para onde ir, risco de morrer. Tudo isso contribui para o silêncio do medo.

“... E se você fala: “Você tem um abrigo, você tem um lugar pra você ir com seus filhos”, elas falam: “Vai que ele me acha. Ele vai me procurar, ele falou que vai me matar se eu contasse pra alguém.”. Elas não vão. Elas preferem se submeter, a viver esse nunca, a levar um tapinha, porque nunca é frequente – “Ah, é de vez em quando só. Ele não bebe todos os dias” – mas e se bebe todos os dias? A gente não sabe o que responder nessas horas...até a gente tem medo em alguns casos”.

(01 gestor - Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

A fala deste gestor nos apresenta uma certa passividade demonstrada por muitas mulheres ao serem violentadas, no entanto, essa passividade e esse silêncio, nascem do pânico frente ao agressor e ao medo da morte (PIOSIADLO, L.C.M. *et al.*,2014).

“... Eu já atendi mulheres que eram torturadas, principalmente pelos seus companheiros, e a tortura tem um componente de subjugação psicológica que é ainda maior que a relação de poder é, - “Eu quero de ti, além do teu sofrimento físico, que tu me confesse coisas que talvez tu não tenha praticado ou talvez tu não tenha feito” – Então eu penso que às vezes a gente tem dificuldade, inclusive, de notificar como tortura, porque o que vem notificado como tortura ainda é em relação, por exemplo, a violência em relação à componente estatal, em relação à polícia, porque quer que confessa... mas isso também ocorre dentro do seio da família quando o marido diz algumas coisas pra mulher, como: “Tu me confessa onde é que tu tava”, e ela não estava em lugar nenhum, mas daí é tanto, a violência é tão grande que as pessoas se convencem”.

(01 gestor, Grupos Focais – Seminários Macrorregionais)

Notamos que algumas mulheres preferem mentir, assumir às vezes situações fantasiosas diversas do companheiro, do que enfrenta-lo, assim evitam sofrimento.

Interessante perceber também, que em mais uma fala, um dos gestores expressa a dificuldade dos profissionais em conduzir o caso, em especial ele pontua a dificuldade para se efetivar a notificação do evento da violência. O mais angustiante é constatar, que não só a mulher vitimizada sente medo do agressor, mas também o profissional de saúde, medo que não ficou expresso o motivo, mas temos conhecimento da insegurança em trabalhar com situações delicadas como a violência, as quais envolvem notificações e denúncia.

“... Eles maltratam mesmo... vemos todos os dias mulheres pedindo ajuda, com medo de morrer”.

“... aquele agressor que ela tem todo dia é ele que garante o sustento; ela não consegue ter uma vida fora desse espaço, ela não consegue viver longe desse espaço opressor porque ela não tem como se sustentar: não é escolarizada, não tem um meio de sustento; e ela se subjugou naquela situação: “É o que eu tenho por hoje, ele pode acabar comigo e com minha família”

(13 gestores, Grupos Focais – Seminários Macrorregionais)

Existe o medo das mulheres, em sua grande maioria, de não conseguirem sustentar os filhos, devido a dificuldade em ter um emprego, baixa escolaridade, por isso não conseguem se separar do companheiro. Preferem o silêncio, sustentar a violência, que colocar em risco sua vida e a de seus filhos.

"...a violência socialmente permitida. A violência que a mulher se sente quase obrigada a sustentar...o medo de falar".

(15 gestores, Grupos Focais – Seminários Macrorregionais)

4.5 Artigo

As violências e os fatores relacionados: percepção dos gestores das áreas técnicas da saúde da mulher em âmbito nacional

Kênya Costa Rodrigues da Silva¹

Elza Machado de Melo²

Introdução

A violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tornou-se um grave problema social no Brasil e no mundo que afeta a saúde individual e coletiva, causando morbimortalidade precoce e perda de qualidade de vida em todos os ciclos, sendo ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal.

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

² Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: elzamelo.ufmg@gmail.com

Segundo Minayo (2005), a violência não se resume às delinqüências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos como homossexuais, de abusos e de dominação contra crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos, subsistem em um ambiente sociocultural adverso e que são, frequentemente, vítimas de exclusão e de lesões físicas e emocionais.

As formas de violência doméstica e familiar contra mulher são enunciadas no artigo 7º da Lei nº 11.340/2006 - Maria da Penha, como sendo:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação:

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Se tratando dos tipos de violência, a Lei Maria da Penha destaca: **1)- Violência contra a mulher:** é qualquer conduta, ação ou omissão de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Essa violência pode acontecer tanto em espaços públicos como privados. **2)- Violência de gênero:** violência sofrida pelo fato de se ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição, produto de um sistema social que subordina o sexo feminino. **3)- Violência doméstica:** quando ocorre em casa, no ambiente doméstico, ou em uma relação de familiaridade, afetividade ou coabitação. **4)- Violência familiar:** violência que acontece dentro da família, ou seja, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, filha etc.) ou civil (marido, sogra, padrasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa). **5)- Violência física:** ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa. **6)- Violência institucional:** tipo de violência motivada por desigualdades (de gênero, étnico-raciais, econômicas etc.) predominantes em diferentes sociedades. Essas desigualdades se formalizam e institucionalizam nas diferentes organizações privadas e aparelhos estatais, como também nos diferentes grupos que constituem essas sociedades. **7)- Violência intrafamiliar/violência doméstica:** acontece dentro de casa ou unidade doméstica e geralmente é praticada por um membro da família que viva com a vítima. As agressões domésticas incluem: abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono. **8)- Violência moral:** ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher. **9)- Violência patrimonial:** ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores. **10)- Violência psicológica:** ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal. **11)- Violência sexual:** ação que obriga uma pessoa a manter contato

sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. Considera-se como violência sexual também o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros (MENEGHEL, S.N. *et al.*, 2013).

Elucidando um panorama geral da violência, destacamos que nos anos de 1980 e 2006, a mortalidade por causas externas, registrou um aumento dos homicídios, que passaram de 13.910, para 48.600 óbitos, classificando o Brasil de segundo para o primeiro país na posição de óbitos entre as causas externas em 2006 (BRASIL, 2008). Já no ano de 2013, o Mapa da Violência apresentou relatório onde o Brasil ocupou a terceira posição. Considerando esses dados, pode-se reforçar o que Melo (2010), afirma que para combater a violência é necessário estratégias de intervenção envolvendo implantação de políticas que visam a promoção de “mudanças estruturais, sócio-culturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno.

Ainda no ano de 2006, a faixa etária que concentrou mais homicídios foi de 20 a 39 anos, sendo 62,5%, do sexo masculino e 52,6% do sexo feminino (BRASIL, 2008). No mesmo ano, nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram 11.721.412 internações, sendo 822.412 (7%) por causas externas, 48.283 (5,9%) motivadas por agressões. Na distribuição das internações por agressão segundo o sexo, observou-se que 39.239 eram do sexo masculino e 9.044 do sexo feminino. Na faixa etária de 15 a 49 anos, concentrou-se a maioria das internações (75,8%), sendo esta faixa etária representada por 79,8% das internações de homens e 58,4% das internações de mulheres (BRASIL, 2008).

Em 2010, a violência urbana foi a principal responsável pela morte dos brasileiros de 1 até 39 anos de idade. No histórico de 30 anos, o Brasil passou de 11,7 homicídios em 100 mil habitantes em 1980 e para 26,2 em 2010. Brasil (2008) e Waiselfisz (2012) ainda nos mostram que nesse mesmo período, próximo de 800 mil pessoas morreram por disparos de algum tipo de arma de fogo (AF) e segundo o Mapa da violência de 2015, foram 880 mil vítimas no ano de 2014.

Os determinantes sociais, as drogas ilícitas, o uso indevido de álcool e o fácil acesso a arma de fogo, têm sido associados à ocorrência de parte da violência no Brasil (MAPA DA VIOLÊNCIA, 2015).

Importante destacar, que o Brasil ocupa o 7º lugar em relação às taxas de homicídio feminino entre 84 países, segundo os dados internacionais da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito - CPMI 2013. No período de 1980 a 2012 foram assassinadas no país mais de 92 mil mulheres, 43,7 mil só na última década, destacando um declínio considerável em 2007 que correspondeu ao primeiro ano de aplicação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 2006). Dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) - Anuário das mulheres brasileiras (2011) apontam que 42 mil mulheres foram assassinadas no País de 1998 a 2008. Segundo a Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República, em 2014, a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 realizou 485.105 atendimentos, uma média de 40.425 ao mês e 1.348 ao dia. Desde a criação do serviço em 2005, foram mais de 4 milhões de atendimentos, desse total aproximadamente 434.734 referiam a informações sobre a Lei Maria da Penha, que tornou mais rigorosas as punições a quem agride mulheres, o que corresponde mais de 22,3% do total das ligações. Durante quase 8 anos de vigência da legislação, foram registrados mais de 237.271 relatos de violência, sendo 141.838 sobre violência física, 62.326 sobre violência psicológica, 23.456 sobre violência moral, 3.780 sobre violência patrimonial, 4.686 sobre violência sexual, 1.021 sobre cárcere privado e 164 sobre tráfico de mulheres. Vale ressaltar que em 2010, os homicídios voltaram a crescer rapidamente, ocorrendo em maior incidência nas residências dessas mulheres (WAISELFISZ, 2012).

Relatório produzido pelas Organizações Mundial e Pan-Americana de Saúde em colaboração com os Centros para Controle de Doenças dos EUA (CDC) em 2012 – *“Violência contra as mulheres na América Latina e no Caribe: Uma análise comparativa dos dados sobre a população de 12 países”*, destaca que um grande número de mulheres que nunca se casaram ou que viviam em união estável relatou ter sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo, sendo esta realidade generalizada em toda a América Latina e nos países do Caribe. A pesquisa apontou também, que em sete dos países

estudados, mais de uma em cada quatro mulheres relataram violência. O mesmo Relatório identifica ainda que no período de 2009 a 2012, mulheres e homens, totalizaram 366.426 dos atendimentos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 240.989 mulheres e 125.153 homens, identificando que a mulher é a pessoa mais atingida pela violência doméstica e sexual, independente do nível socioeconômico, cor e idade, caracterizando o cônjuge como o principal agressor.

Muitos foram os avanços alcançados nos últimos anos, referente ao enfrentamento da violência, mas entendemos que ainda há muito a se fazer no tocante ao enfrentamento da violência contra a mulher.

Em 2010, o Ministério da Saúde criou uma Norma Técnica na Prevenção de Agravos Resultantes da Violência contra a Mulher, determinando que o sistema de saúde seja a principal porta de entrada no atendimento às vítimas de violência, oferecendo capacitação aos profissionais para atender esses casos, visto que em algum momento a mulher vai procurar os serviços no caso de violência (BRASIL, 2012). Sendo assim, entendemos que para o setor saúde acolher as mulheres vítimas de violência de forma integral e humanizada, primeiramente faz-se necessário que os atores envolvidos nesse processo de produção de cuidado, tenham clareza do conceito da violência e dos possíveis fatores relacionados ao fenômeno.

Diante do exposto, o presente estudo propôs descrever quais são as violências e os fatores relacionados a elas na percepção dos gestores das áreas técnicas da saúde da mulher em âmbito nacional, sendo esses profissionais os responsáveis por avaliar, planejar, gerenciar, contribuir na elaboração e implantação de estratégias de intervenções de combate a violência contra a mulher.

Método

Antes de delinear o método do estudo, salientamos que na seleção do material para a revisão de literatura, adotamos como critério de inclusão, artigos científicos que tratavam a violência contra a mulher, gênero e setor

saúde. Foram eleitos os seguintes descritores: violência contra a mulher; violência de gênero; setor saúde e profissionais de saúde, dos quais selecionamos 29 artigos através das bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), além de sites oficiais, tais como Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, Brasil e sites de Organizações Não Governamentais (ONGs).

Destacamos que a natureza do presente estudo cumpriu os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, que nos possibilitou atentar para os aspectos subjetivos das falas dos gestores.

Para Chizzotti (2006), as pesquisas qualitativas pretendem interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem. Ainda para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa se caracteriza como um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, capaz de capturar dos participantes suas percepções, significações e opiniões.

Como parte integrante do Projeto nacional intitulado: Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG em parceria com o Ministério da Saúde, o presente artigo teve como objetivo descrever as violências e os fatores relacionados a elas na percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher em âmbito nacional.

O material de pesquisa analisado, foram os Grupos Focais (técnica empregada como metodologia de pesquisas sociais, que tem sua base na comunicação e na interação entre as pessoas) realizados com os gestores nos 5 Seminários Macrorregionais.

As regiões brasileiras e os respectivos estados participantes dos Seminários foram: 1)- Nordeste: Alagoas, Bahia, Ceará, Manaus, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe; 2)- Norte: Acré,

Amazonas, Amapá, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins; 3)- Sul: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina; 4)- Sudeste: Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo; 5)- Centro Oeste: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Ao todo, participaram 126 gestores, sendo que estes profissionais se dividiram em 13 Grupos Focais distintos. Nos Grupos Focais, utilizamos as questões 1 e 2, extraídas do Roteiro de Questões - Grupo Focal aplicado nos 5 Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós. Sendo as questões: 1)- O que você entende por violência? 2)-Quais são as principais formas de violência contra a mulher e por que elas ocorrem?

Para o tratamento dos dados coletados, optamos por trabalhar com a Análise de Conteúdo de Bardin, descrita por Minayo (2010) que define a metodologia como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que permite a interpretação e inferência de conhecimentos através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (falas). A abordagem constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, permitindo ao pesquisador compreender as características e estruturas que estão por trás dos fragmentos das falas. (GODOY, 1995).

Compreende-se três fases essenciais na Análise de Conteúdo, sendo elas: 1)- *Pré-análise*: Denominada como “leitura flutuante”, compreendida como um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Identificada também como a fase de organização (MINAYO, 2010); 2)- *Exploração do material*: Processo em que os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto (OLIVEIRA, 2008). Nesse momento foi elaborado o processo de codificação das informações através da categorização, sendo que as informações foram organizadas em colunas, com vazios à esquerda e à direita, para anotar e

marcar semelhanças (BARDIN, 2007); 3)- *Tratamento dos resultados*: Nessa fase, o pesquisador ficará atento ao sentido que se encontra por trás das falas. Fará interpretação e inferência. Segundo Bardin (2007), a inferência na análise de conteúdo é orientada por diversos polos de atenção, ou seja, polos de comunicação (emissor receptor, mensagem e canal). Após esclarecimentos sobre os polos de comunicação passa-se à interpretação de conceitos e proposições, sendo que os conceitos derivam da cultura estudada e da linguagem dos informantes, e não de definição científica, dão um sentido de referência geral e produzem imagem significativa.

A participação dos gestores se deu de forma voluntária, sendo que os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, após terem sido informados a respeito da confidencialidade dos dados coletados nos Grupos Focais.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP / UFMG - Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149, adequando-se aos princípios éticos conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2.012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Resultados e discussão

Pensando em dar aporte teórico as manifestações dos gestores, realizamos revisão da literatura, que nos possibilitou organizar o estado da arte selecionado e elaborar uma planilha intitulada: *Planilha de Revisão da Literatura – Artigos Selecionados*.

Para melhor análise das falas dos participantes, construímos uma planilha de categorização que nos auxiliou organizar e descrever quais as violências e os fatores relacionados as elas na percepção dos gestores das áreas técnicas da saúde da mulher em âmbito nacional.

Em relação a categoria “*As violências e os fatores relacionados*”, pudemos perceber falas frequentes, no tocante ao significado da violência, sua complexidade e algumas de suas apresentações, exemplificadas nas expressões abaixo:

"... a violência é... um fenômeno, multifacetado, multicausal, ele fere o direito do respeito ao outro, ele é democrático porque ele tá inserido em todas as classes sociais. Independe da classe, da raça, da cor, da etnia, da opção sexual". Ela pode ser física, psicológica, moral, verbal, institucional, patrimonial, a negligência, sexual, a doméstica e muitas outras".

"...mas de fato o porquê que ela ocorre, ela não é por uma única causa. Ela é bem complexa."

(28 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

Silva, 2015, parece concordar com o que disseram os 28 gestores acerca da violência, pois reforça que a violência é um fenômeno complexo e, conseqüentemente, multifacetado. O referido autor cita Faleiros (2010) dizendo, que a violência é caracterizada pela relação de poder onde estão presentes e se confrontam atores e forças diferentes, com pesos e poderes desiguais, de conhecimento, de força, autoridade, experiência, maturidade, estratégias e recursos.

Ainda outros 24 gestores, apontaram a questão da agressão física como sendo um dos acontecimentos mais recorrentes na violência em geral e na violência contra a mulher. Estes discursos foram capturados nos relatos a seguir:

"...qualquer tipo de privação, é omissão, é agressão física, sexual, psicológica... são várias as formas de violência"

"...agressão, agressão física, vocês não acham?"

"...qualquer coerção à vontade da pessoa que está sendo violentada, então pode ser uma coerção moral ou física"

"...é a agressão física. Pelo menos é essa que é estampada, você vê que ela está associada com o uso abusivo de drogas, drogas ilícitas ou lícitas mesmo, tem muita correlação".

"A violência eu entendo como uso da força real ou que passa a obter vantagens de uma pessoa ou de um grupo de pessoas".

(24 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

Para Brasil, 2013, a violência física é caracterizada pela ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa, podendo causar lesões internas, externas ou ambas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2012), 15 a 71% das mulheres em algum momento de suas vidas já sofreram algum tipo de violência física chegando até mesmo a fatalidade, sendo que o mais revelador é o fato das agressões serem praticadas de forma quase unânimes pelos próprios companheiros ou ex companheiros (ROSA, D.O.A. *et al*, 2013).

Rosa, D.O.A. *et al*, 2013, referem a violência física e sexual como atos que geralmente ocorrem juntos e que podem ser por diversas vezes, relacionados por problemas como o alcoolismo e dependência química. Considera se também a violência física como da ordem do visível “*agressão que se pode ver*”, portanto, mas fácil de identificar, de se perceber.

As falas aqui apresentadas sugerem a princípio, como sendo a agressão física a mais comum, porém por diversas vezes durante os Grupos Focais, ouvimos dizer sobre a violência psicológica, historicamente frequente, impactante, extremamente prejudicial e de difícil discernimento, considerando que se trata de uma forma de violência sutil e silenciosamente devastadora, tendo seu conceito revisto e ampliado a seguir:

A violência psicológica é ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação, à autoestima ou ao desenvolvimento pessoal.

(BRASIL, 2012)

Como podemos perceber, a violência psicológica contribui para que a mulher tenha sua autoestima prejudicada, desencorajada e sem esperança de sair dessa condição, levando a mulher ao adoecimento, podendo chegar ao autoextermínio (CPMI, 2013).

Quando os gestores são provocados a falar um pouco mais sobre a violência, eles são incisivos ao dizerem:

"...são ações que destroem, que prejudicam, eliminam, matam e que, de alguma maneira, restringem a integridade do ser".

"...violência é uma violação dos direitos humanos... ela passa por todas as classes, todas as idades, não escolhe. Então é a forma mais ... de violação dos direitos"

"...a primeira coisa que me veio na cabeça foi essa violação mesmo do respeito, dessa invasão com outro mesmo, independente da forma que seja..."

"...violência é tudo aquilo que te tira a alma. Quando eu sou violentada eu perco a minha dignidade; eu perco, às vezes, a vontade de viver; eu sempre estou perdendo..."

"...toda violência eu acredito que seja ação que gere assim... que fira o ser humano, que tira a sua dignidade. Que traz constrangimento, né...."

"A primeira é que eu acho que o tipo, talvez, que eu vejo como o pior tipo de violência é a tortura".

"...eu diria também a violência racial contra a mulher...a mulher de etnia negra é mais violentada sim".

(17 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como um grave problema de saúde pública, além de constituir uma violação dos direitos humanos, sendo estes direitos previstos e garantidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) nos referidos artigos:

Artigo 1º

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo 2º

1. *Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.*

Continuação.

Artigo 3º

Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 5º

Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

(Declaração Universal dos Direitos Humanos – 1948)

Diante dos estudos analisados e dentre tantos artigos que sugerem proteção ao indivíduo, elencamos acima os que afirmam expressamente os direitos iguais entre homens e mulheres que de certa forma desencadeou o processo histórico de criação de leis que tem como escopo a proteção da mulher e a tão sonhada erradicação da violência contra a mulher, tornando por diversas épocas do contexto histórico de luta pelo enfrentamento da violência, um discurso utópico, por termos a sensação de impotência diante do fenômeno mundial que destrói não só a mulher, mas toda estrutura familiar a cada dia (CPMI, 2013; MANSUR, 2014; SCHRAIBER, 2013).

A primeira pergunta lançada no Grupo Focal – *O que você entende por violência?* levou os participantes a remeterem conceitos engessados, no entanto com o desenrolar da atividade, eles acabaram trazendo para a roda, relatos da vivência profissional e de como as vítimas de violência, em especial a mulher violentada é interpretada. A manifestação de um dos gestores, apoiado por outro participante nos chamou a atenção e observamos naquele exato momento, que todos os participantes do Grupo Focal refletiram sobre o papel dos profissionais frente ao fenômeno – violência contra a mulher:

“...tem também aquela mulher que todos os dias vai na Unidade de Saúde e os profissionais a chamam de Dona Problema - vai ter problema porque a mulher é problemática. E aí, aquela mulher tem como a Unidade de Saúde, o único lugar que ela pode sair sem sofrer violência...será mesmo? A institucional acontece porque nós não percebemos que a Unidade de Saúde se torna lazer, lugar de papo e fala dela e a maioria dos nós profissionais da saúde não conseguimos identificar isto, preferimos não enxergar, seria mais uma demanda...concordam?”

(2 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

A violência institucional, citada no manifesto acima, como expressa outros 16 (dezesseis) participantes:

“ onde tem sempre alguém que tem uma relação de dominação sobre o outro...”

“...sempre vai ter a questão do poder, sobressaindo a relação de dominação”.

“...você usar da sua força, do seu vigor, aproveitando da fragilidade do outro, isso é uma violência”.

(16 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

Essa relação pode se dá por motivos variados, como por exemplo: aumento da demanda dos casos desta natureza nos serviços de saúde, não valorização do profissional, ineficácia e negligência no atendimento, discriminação de gênero, etnia...etc., intolerância e escuta pouco qualificada desencadeada pela falta de informação ou falta de empatia causando a desqualificação do saber do outro, uso de poder, dentre outros (HASSE,M; VIEIRA, E. M, 2014; CARMO,E.A. et al.2015; SILVA, E.B, PADOIN, S.M.M.2015).

Através da citação de Carmo,E.A. et al, 2015 e em mais 6 (seis) artigos estudados que tratam a atuação dos profissionais de saúde frente a violência, percebemos com clareza que tanto os profissionais de saúde quanto os gestores reconhecem a relevância e a gravidade da violência praticada contra a mulher, entretanto, existe um despreparo da equipe de saúde em assistir esses mulheres, questionam sobre a falta de abordagem no tema durante a graduação e apontam a discreta oferta de capacitação por parte das Secretarias de Saúde, dificultando o atendimento às vítimas, deixando os paralisados por não saberem o que fazer (CARMO,E.A. et al.2015 cita BORSOI et al., 2009).

Diante disso, fica expressivo não só a desqualificação do saber prático, diante do saber científico. A postura dos profissionais de saúde anulada a possibilidade de uma assistência humanizada e resolutiva. Os autores concluem seus estudos, evidenciando a necessidade da ampliação dos estudos sobre a violência / violência contra mulher, contribuição esta, que

ajudará no fortalecimento das políticas públicas que apresentam propostas de garantir acolhimento / escuta qualificados e atendimento integral a essas mulheres, pautado no respeito, confiança, estabelecimento de vínculo, valorização do outro e resolubilidade (HASSE,M; VIEIRA, E. M, 2014).

Outra manifestação significativa foi a acerca da questão sistêmica familiar, onde dois participantes apontam o surgimento da violência no espaço relacional do patriarcado. Os 3 (três) participantes são perspicazes em afirmarem que além das questões históricas da dinâmica familiar, ainda é notória nos dias atuais, a diferença de gênero na sociedade como um todo e não só no ninho familiar. Seguem as exposições dos mesmos, como critério de elucidação:

"... é uma questão sistêmica de família"

"... Sem querer entrar na vitimização da mulher, mas basta ser mulher pra tá correndo o risco de sofrer violência e, ampliando, não basta ser só mulher, basta ser do gênero feminino pra você correr o risco pra sofrer violência. Eu acho que a principal violência é a violência de gênero".

(03 gestores – Grupos Focais, Seminários Macrorregionais)

Ao que se percebe, estes discursos revelam ainda, aspectos relacionados a cultura e ao gênero, fatores também associados as violências na percepção dos gestores, sobretudo um tema que permanece velado nos dias de hoje, pois os próprios gestores reforçam a prevalência do sistema patriarcal, onde a mulher é considerada o sexo frágil, submetida e o homem o detentor do poder, da força, da virilidade, sendo então essa diferença de gênero, um dos fatores primordiais para que se tonifique na sociedade a cultura da violência, principalmente a violência contra a mulher (DUARTE, M. C. *et al.*2015).

Diante das manifestações dos gestores, percebemos que a violência é um fenômeno complexo e, conseqüentemente, multifacetado, assim como cita Faleiros (2010), caracterizado pela relação de poder, onde se confrontam forças e atores diferentes com pesos e poderes desiguais, de conhecimento, de força, autoridade, experiência, maturidade, estratégias e recursos.

Importante destacar, que a agressão física é citada por alguns gestores como sendo um dos acontecimentos mais recorrentes na violência em geral e na violência contra a mulher, colocando em risco ou causando dano à integridade física do indivíduo levando a lesões internas e/ou externas, porém por diversos momentos durante os Grupos Focais, ouvimos dizer sobre a violência psicológica, historicamente frequente, impactante, extremamente prejudicial e de difícil discernimento, considerando que se trata de uma forma de violência sutil e silenciosamente devastadora que também é muito frequente.

Como é referido na CPMI (2013), a violência psicológica talvez seja a mais preocupante, pois contribui para que a mulher tenha sua autoestima prejudicada, desencorajada e sem esperança de sair dessa condição, levando a mulher ao adoecimento, revogação, podendo chegar ao autoextermínio.

Outra manifestação eloquente dos participantes dos Grupos Focais, foi a acerca da questão sistêmica familiar, apontam o surgimento da violência no espaço relacional do patriarcado, como um evento relacionado a condição cultural.

Os gestores também mencionaram a violência institucional, tipo de violência que eles designam como responsável por permear tanto os setores públicos quanto privados, apresentando uma relação desigual entre profissional e paciente, reforçando as relações de poder, evidenciada por motivos diversos, como por exemplo anulação da valorização da categoria profissional, baixa qualidade no serviço prestado, discriminação de gênero, falta de empatia, dentre outras possíveis causas.

Percebemos que os gestores reconhecem quais são as violências e os fatores relacionados a elas, a relevância e a gravidade do fenômeno da violência em geral e da violência contra a mulher, no entanto ficou claro também, que os próprios gestores admitem mesmo que de forma discreta, que ainda existe receio e despreparo por parte dos profissionais de categorias diversas, em assistir vítimas de violência, principalmente as mulheres vitimizadas. Os gestores questionam sobre a falta de abordagem do tema durante a formação acadêmica e apontam a baixa oferta de capacitação por

parte das Secretarias de Saúde, dificultando o atendimento às vítimas, deixando os paralisados por não saberem o que fazer.

Sem pretensão, por não ter sido o objetivo de estudo do presente artigo, identificamos também pela fala de alguns gestores, que os profissionais de saúde encontram-se despreparados no que tange o atendimento às vítimas de violência, em desconforto com uma assistência humanizada e resolutiva preconizada pelas políticas existentes.

Sendo assim, fica evidente a necessidade de ampliação dos estudos sobre a violência em geral e a violência contra mulher, fatores relacionados a elas, as possibilidades de intervenções, enfrentamento, a necessidade de fortalecimento da Rede de Atendimento às vítimas, maior discussão e aplicabilidade das políticas públicas já existentes que apresentam propostas de garantia a um acolhimento e escuta qualificados, com vista ao atendimento integral às vítimas, pautado no respeito, confiança, estabelecimento de vínculo, valorização do outro e resolubilidade.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.2007. (Obra original publicada em 1977).

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos** (Resolução 466/12). Diário Oficial da União. 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Secretaria de Políticas para Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2012. Disponível em <http://www.sepm.gov.br/noticias/documentos-1/relatório-trimestral-ligue-180-2012> Acessado em 17 de julho de 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CARMO, E. A. *et al.* **Atuação dos profissionais de saúde na atenção à mulher vítima de violência de gênero.** In: Congresso Interdisciplinar Sobre Qualidade de Vida. Jequié. Revista Saúde.com. Jequié: Saúde.com, 2015. v. 11. p. 17-19. 2015.

CPMI - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, **relatório final da situação da violência contra a mulher no Brasil**, Presidenta: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG) Vice-presidente: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP) Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES) Brasília, junho 2013.

DIEESE - Dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Anuário das Mulheres Brasileiras.** São Paulo. 2011.

DUARTE, M. C. *et al.* **Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2015 v. 68, p. 325-332.

DUDH .Assembleia Geral da ONU .**Declaração Universal dos Direitos Humano.** A/Res/3/217A -10 de dezembro de 1948.

FALEIROS,E.T.S. **Repensando os conceitos de abuso, exploração sexual de crianças e adolescentes.** Brasília/DF. 2010. Thesaurus.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de Administração de Empresas. Fundação Getulio Vargas. São Paulo. 35(4), 65-71. 1995.

HASSE, M.; VIEIRA, E.M. **Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados.** Saúde em Debate, v. 38, p. 482-493, 2014.

MAPA DA VIOLÊNCIA 2015. **Mortes matadas por armas de fogo.** Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos/ FLACSO Brasil, 2015. Disponível em: <
http://mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf
Acessado em 15 de junho de 2015.

MANSUR, T. S. ; MACHADO, L. A. D. . **Problematizando a noção de 'vítima' de violência.** Psicologia & Sociedade (Online), v. 26, p. 183-192, 2014.

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

MINAYO, M. C. S. **Violência um problema para a saúde dos brasileiros.** In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12ª. edição ampliada e aprimorada. São Paulo; Editora Hucitec, 2010.

MELO, E. M. **Podemos Prevenir a Violência**. 1ª. ed. Brasília: OPAS, 2010.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização**. Revista Enfermagem (UERJ), v. 16, p. 569-576, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência contra a mulher na América Latina e Caribe: análise comparativa com base em dados da população de doze países**. Washington, DC: OPS/OMS; 2012.

ROSA, D. O. A. ; RAMOS, R. C. S. ; MELO, V. H. ; MELO, E. M. . **A violência contra a mulher provocada pelo parceiro íntimo**. Femina (Rio de Janeiro), v. 41, p. 81-87, 2013.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Violência dói e não é direito: A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP. 2005.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. **Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde**. Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso), v. 24, p. 229-37, 2015.

WASELFISZ, J. J.. Mapa da violência 2012. **Atualização: homicídios de mulheres no Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. FLACSO Brasil, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf ≥. Acessado em: 13 de julho de 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve participação de gestores predominantemente do sexo feminino, em sua grande maioria médicos e enfermeiros, sendo que participaram também, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e dentistas, estando estes profissionais como gestores das áreas técnicas de seus municípios e estados, em períodos que oscilaram entre 4 meses à 5 anos.

À partir das categorias e subcategorias que criamos, fomos analisando as falas dos gestores à luz da literatura selecionada.

Evidenciamos que de forma geral, os gestores conhecem o problema da violência contra a mulher e compreendem sua origem, no entanto assumem que o setor saúde apresenta dificuldades nas possibilidades de intervenções de enfrentamento ao fenômeno, por ser tratar de questões de ordem cultural e de gênero, que se perpetua na sociedade.

Por diversas vezes, sugeriram uma rotina de capacitação por meio dos órgãos onde atuam. Enfatizaram também o fato da violência contra a mulher, equivocadamente, ser mantida como um fenômeno natural, o que causa ainda mais silêncio e resistência ao enfrentamento da violência, principalmente por parte das próprias mulheres.

Em se tratando de silêncio, identificamos quatro subcategorias, das quais as denominamos de: Silêncio do afeto; Silêncio da vergonha; Silêncio da dependência; Silêncio do medo.

Nestas subcategorias, percebemos os fatores emocionais como sendo a influência da baixa autoestima presente na personalidade das mulheres, descreditando em si mesmas, culpando se pelos atos de agressões e acreditando plenamente que são merecedoras dos atos violentos, passando a enxergar-se como uma sombra do companheiro agressor. Outro fator importante identificado através das falas dos gestores, foi a dependência financeira, como aprisionamento das mulheres num lugar de submissão. Muitas destas mulheres não trabalham nem desempenham qualquer tipo de atividade fora do ambiente em que vivem, sendo seu papel cuidar do marido, dos filhos e do lar. Desta forma, o marido agressor fica seguro, pois a mulher está afastada

do convívio social e de informações que poderiam levá-la a dar um fim nesta situação. Assim, a mulher teme por não conseguir dar sustento aos filhos e a si mesma, ou ainda teme não ter onde morar, pois a baixa escolaridade em sua grande maioria e a falta de apoio, aliadas a sua baixa autoestima, faz com que a mulher sinta-se incapaz de levar sua vida adiante, sem contar o medo de morta pelo companheiro.

Ainda na percepção dos gestores participantes dos Grupos Focais, constatou-se com relevância a questão da cultura patriarcal, onde mostra que muitas destas mulheres, convivem com a violência desde a infância, vendo seus pais agredirem suas mães ou, ainda, sendo agredidas, como forma de educação e correção, alimentando o silêncio do medo, da vergonha, da dependência e do afeto por toda a vida. Desta forma, mesmo que inconscientemente, elas passam a enxergar o relacionamento afetivo e a violência como parceiros que andam juntos, visto que tal visão está inserida em sua personalidade, o que faz com que a mulher perpetue a violência.

Contudo, visto que a violência contra mulher quase sempre não é percebida, sendo difícil o enfrentamento, destacamos a necessidade de ampliar a rede de atendimento e o fortalecimento da rede de enfrentamento à violência contra a mulher. É preciso capacitar os profissionais, sensibilizando-os e possibilitando-os a serem elementos importantes no processo de quebra do ciclo de violência em parceria com a mulher vitimizada, ajudando - a na elevação de sua autoestima, resgatando sua dignidade e conquistando sua liberdade.

REFERÊNCIAS

BARBOUR, R.S.; KITZINGER, J. **Developing focus group research**. London: Sage, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.2007. (Obra original publicada em 1977).

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 7. ed. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. [Internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf> Acessado em: 08 de junho de 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. [Internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/pnpm/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf> Acessado em: 08 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos** (Resolução 466/12). Diário Oficial da União. 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. [Internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional> Acessado em: 14 de junho de 2015.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Secretaria de Políticas para Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2012. Disponível em <http://www.sepm.gov.br/noticias/documentos-1/relatório-trimestral-lique-180-2012> Acessado em 17 de julho de 2015.

CARMO, E. A. *et al.* **Atuação dos profissionais de saúde na atenção à mulher vítima de violência de gênero.** In: Congresso Interdisciplinar Sobre Qualidade de Vida. Jequié. Revista Saúde.com. Jequié: Saúde.com, 2015. v. 11. p. 17-19. 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis: Vozes, 2006.

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M ; SOARES, J. S. **Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde.** Escola Anna Nery revista de enfermagem, v. 19, p. 162-168, 2015.

CPMI - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, **relatório final da situação da violência contra a mulher no Brasil**, Presidenta: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG) Vice-presidente: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP) Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES) Brasília, junho 2013.

DIEESE - Dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Anuário das Mulheres Brasileiras.** São Paulo. 2011.

DUDH .Assembleia Geral da ONU .**Declaração Universal dos Direitos Humano.** A/Res/3/217A -10 de dezembro de 1948.

FALEIROS,E.T.S. **Repensando os conceitos de abuso, exploração sexual de crianças e adolescentes.** Brasília/DF. 2010. Thesaurus.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2002.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de Administração de Empresas. Fundação Getulio Vargas. São Paulo. 35(4), 65-71. 1995.

GONDIM, S. M. G. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários** *Estud. Psicologia*, Natal, v. 7, n. 2, 2002.

GUEDES, R.N., SILVA, A.T.M.C., FONSECA, R.M.G.S. **A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, 2009.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. **Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas**. Psicologia & Sociedade (Online), v. 27, p. 256-266, 2015.

HASSE, M.; VIEIRA, E.M. **Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados**. Saúde em Debate, v. 38, p. 482-493, 2014.

HOFFMAN, C. R. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, p. 166, 2013.

LIMA, P. B. M. A. *et al* . **Ações da enfermagem diante da violência de gênero na atenção primária em saúde**. CATUSSABA, v. 4, p. 11-16, 2014.

MANSUR, T. S. ; MACHADO, L. A. D. . **Problematizando a noção de 'vítima' de violência**. Psicologia & Sociedade (Online), v. 26, p. 183-192, 2014.

MAPA DA VIOLÊNCIA 2012. **Os novos padrões da violência homicida no Brasil**. 1.ed. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: ≤ http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2015.

MAPA DA VIOLÊNCIA 2012: caderno complementar 2. **Acidentes de trânsito**. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. Disponível em: ≤ http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_transito.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2015.

MAPA DA VIOLÊNCIA 2015. **Mortes matadas por armas de fogo**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos/ FLACSO Brasil, 2015. Disponível em: < http://mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf < Acessado em 15 de junho de 2015.

MELO, E. M. **Podemos Prevenir a Violência**. 1ª. ed. Brasília: OPAS, 2010.

MENEGHEL, S. N.; BARBIANI, R.; STEFFEN, H.; WUNDER, A. P.; ROZA, M. D. ; ROTERMUND, J. ; BRITO, S.; KORNDORFER, C . **Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero**. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 955-963, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Violência um problema para a saúde dos brasileiros**. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, ed. 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12ª. edição ampliada e aprimorada. São Paulo; Editora Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO. Estado do Acre. Projeto **Circulando pela Rede**. Diagnóstico da Rede de Proteção à Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar no município de Rio Branco-Acre. 2012.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. **A concepção de família de uma mulher-mãe de vítimas de incesto**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo**. In: **Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência**. Organização Mundial da Saúde. p. 11-17.2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência contra a mulher na América Latina e Caribe: análise comparativa com base em dados da população de doze países**. Washington, DC: OPS/OMS; 2012.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização**. Revista Enfermagem (UERJ), v. 16, p. 569-576, 2008.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.

PIOSIADLO, L.C. *et al.* **Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher**. Escola Anna Nery, v. 18, p. 728-733, 2014.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. **A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica**. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

ROSA, D. O. A. ; RAMOS, R. C. S. ; MELO, V. H. ; MELO, E. M. . **A violência contra a mulher provocada pelo parceiro íntimo**. *Femina* (Rio de Janeiro), v. 41, p. 81-87, 2013.

SALIBA, M. G.; SALIBA, M. G. **O poder patriarcal**. Revista Mulheres e Literatura, v. 11, p. 1-3, São Paulo, 2006.

SANTIAGO, R. A. ; COELHO, M. T. A. D. **A violência contra a mulher numa perspectiva histórica e cultural**. In: II Seminário Enlaçando Sexualidades, 2011, Salvador BA. Núcleo de Estudos de gênero e sexualidade Nugsex Diadorim - UNEB, 2011.

SANTOS, F. M. **ANÁLISE DE CONTEÚDO: A VISÃO DE LAURENCE BARDIN**. São Paulo: Revista Eletrônica de Educação, 2012

SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Violência dói e não é direito: A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP. 2005.

SILVA, E. P. **Gênero e Violência**. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 127-140 jan./jun. 2014.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. **Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde**. Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso), v. 24, p. 229-37, 2015.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Balanco 2014 – Disque 180: Central de Atendimento à Mulher**. Presidência da República. Brasília, DF. 2015. Disponível em: ≤ http://www.spm.gov.br/central-deconteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180_2014-versaoweb.pdf>. Acessado em: 08 de junho de 2015.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2015.

Silva, J. P. **Direitos humanos: as múltiplas faces da violência**. IESP. Biblioteca Central – SESP / PB2015.

SOUZA, P.A; ROS, M.A. **Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento**. Revista de Ciências Humanas. Florianópolis, v. 40, p. 000-005, 2010.

TAQUETTE, Stela R. (Org.) **Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF, 2007.

TRAD, L. A. B. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde.** Rio de Janeiro: Physis *Revista de Saúde Coletiva*, p.777-796. 2009.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2012. **Atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos.** FLACSO Brasil, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf. Acessado em: 13 de julho de 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Questionário – gestores, gerentes e profissionais de saúde

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

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

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

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

Baseado neste termo, eu, _____,
aceito participar preencher o questionário do Projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro das condições acima expostas.

Responsáveis:

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

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

APÊNDICE B – Roteiro Introdutório do Coordenador do Grupo Focal

ROTEIRO INTRODUTÓRIO DO COORDENADOR DE GRUPO FOCAL

Vamos iniciar o grupo focal, que terá duração de 02 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) evitem conversas paralelas;
- 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 posição que o grupo venha a 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; passar à 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, entonações, 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 do autor 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 anotar 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.

APÊNDICE C – Roteiro de Questões – Grupo Focal

ROTEIRO DE QUESTÕES 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 tem serviço de saúde que faz a atenção à mulher em situação de violência?
- 5) O que o serviço em que 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 a sua opinião sobre a formação e disponibilidade dos profissionais de saúde para cuidar da mulher em situação de violência?

APÊNDICE D – Planilha Revisão da Literatura – Artigos Selecionados

Trabalho	Título	Palavras chave	Autores	Ano Publicação
Artigo 01	Problematizando a noção de “vítima” de violência	Violência; Subjetividade; Vítima.	Thiago Sandrini Mansur e Leila Aparecida Domingues Machado	2014
Artigo 02	Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem	Gênero; Violência de Gênero; Violência Contra a Mulher;	Maiara Cardoso Duarte, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Vânia de Souza, Érica Dumont Pena	2015
Artigo 03	Violência Contra a Mulher: Perfil dos Envolvidos em Boletins de Ocorrência da Lei Maria da Penha	Violência contra a mulher; Perfis dos envolvidos; Boletins de ocorrência; Lei Maria da Penha.	Charlize Naiana Griebler e Jeane Lessinger Borges	2013
Artigo 04	Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas	Violência Doméstica Contra Mulheres; Gênero; Direitos Humanos.	Máisa Campos Guimarães e Regina Lucia Sucupira Pedroza	2015
Artigo 05	Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno	Violência, Violência Doméstica, Gênero e Saúde.	Ricardo de Mattos Russo Rafael e Anna Tereza Miranda Soares de Moura	2014
Artigo 06	Violência contra as mulheres – tempo de atuar	Violência contra a mulher, Gênero	Pedro Mrogado	2015
Artigo 07	Ações da enfermagem diante da violência de gênero na atenção primária em saúde	Violência de gênero. Violência contra mulher. Atenção primária.	Paula Beatriz de Morais Arcanjo Lima, <i>et al</i>	2014
Artigo 08	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde	<i>Atenção primaria à saúde, Violência doméstica, Violência contra a mulher, Violência por parceiro íntimo, Serviços de saúde para mulheres</i>	Lilia Blima Schraiber, <i>et al</i>	2010
Artigo 09	Atuação dos profissionais de saúde na atenção à mulher vítima de violência de gênero	Violência contra a mulher, gênero, pessoal de saúde	<i>Érica Assunção Carmo, et al</i>	2015

Artigo 10	Gênero e violência	Gênero, Violência, Saúde, Violência Contra a Mulher.	Eliana Pereira Silva	2014
Artigo 11	<i>Jogos para Capacitação de Profissionais de Saúde na Atenção à Violência de Gênero</i>	Violência contra a Mulher; Profissionais de Saúde; Jogos de Vídeo; Educação.	Luana Rodrigues de Almeida, <i>et al</i>	2012
Artigo 12	Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher	Violência Contra a Mulher; Violência Doméstica; Identidade de Gênero.	Laura Christina Macedo Piosiadlo, <i>et al</i>	2014
Artigo 13	Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde	Violência Contra a Mulher; Gênero e Saúde; Saúde da População Rural; Atenção Primária a Saúde.	Marta Cocco da Costa, <i>et al</i>	2015
Artigo 14	Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação	Violência contra a mulher, Violência de gênero, Violência Institucional, Lei Maria da Penha.	Lourdes Maria Bandeira	2014
Artigo 15	A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica	Violência contra a Mulher; Educação Médica; Psicologia Social; Construcionismo Social.	Claudia Mara Pedrosa e Mary Jane Paris Spink	2012
Artigo 16	Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados	Violência contra a mulher; Pessoal de saúde; Educação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Humanização da assistência.	Mariana Hasse e Elisabeth Meloni Vieira	2014
Artigo 17	Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral	Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Atenção à Saúde; Ação Intersetorial; Enfermagem.	Paulo Ricardo de Macedo Menezes, <i>et al</i>	2014
Artigo 18	Mulher em situação de violência: limites da assistência	<i>Violência contra a mulher, Profissional de saúde, Programa Saúde da Família, Rede social</i>	Ethel Bastos da Silva, <i>et al</i>	2013

Artigo 19	Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas	Violência contra mulher, Determinação de necessidades de cuidados de saúde	Rebeca Nunes Guedes de Oliveira e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca	2015
Artigo 20	<i>O setor saúde e a configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica</i>	<i>Violência Do méstica, Saúde Pública, Redes Sociais</i>	<i>Maria de Lourdes Dutra e Wilza Vieira Villela</i>	2015
Artigo 21	Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais	Violência contra a mulher, Trabalho em saúde, Gênero e saúde, Violência e saúde	Lígia Bittencourt Kiss e Lília Blima Schraiber	2013
Artigo 22	Violência: um problema global de saúde pública	<i>Violência e saúde, Informe Mundial sobre Violência e Saúde, Causas externas</i>	Linda L. Dahlberg e Etienne G. Krug	2010
Artigo 23	Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial	Violência contra a mulher; Programa saúde da família; Enfermagem em saúde pública; Enfermagem em atenção primária; Enfermagem prática	Ethel Bastos da Silva, <i>et al</i>	2013
Artigo 24	Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde	Violência contra a mulher. Pessoal de saúde. Saúde da família. Assistência.	Ethel Bastos da Silva, <i>et al</i>	2015
Artigo 25	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	Agentes comunitários de saúde. Violência contra a mulher. Serviços de saúde. Gênero e saúde.	Lilian Zielke Hesler, <i>et al</i>	2013
Artigo 26	<i>Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde</i>	Violência; Profissional de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde.	<i>Cristiano Claudino Oliveira, et al</i>	2011
Artigo 27	Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família	Violência; Violência Doméstica; Saúde da Família.	Juliana Costa Machado, <i>et al</i>	2015
Artigo 28	Violência, sofrimento social e a saúde pública	Violência, Sociedade Contemporânea, Saúde Pública, Sofrimento Social.	<i>Rubens de Camargo Ferreira Adorno</i>	2010

Artigo 29	Sentimentos experienciados por mulheres vítimas de violência doméstica	Violência. Vulnerável. Mulher. Sentimentos	Geane Silva, <i>et al</i>	2014
-----------	---	--	---------------------------	------

APÊNDICE E – Planilha Categorização

Categories	Subcategorias	Indicadores / Unidades de contexto	Frequência
As violências e os fatores relacionados	-	"agressão, agressão física, vocês não acham?"	5
		"qualquer tipo de privação, é omissão, é agressão física, sexual, psicológica...são várias as formas de violência"	9
		"qualquer coerção à vontade da pessoa que está sendo violentada, então pode ser uma coerção moral ou física"	4
		"Toda violência eu acredito que seja ação que gere assim... que fira o ser humano, que tira a sua dignidade. Que traz constrangimento, né...."	1
		"A violência eu entendo como uso da força real ou que passa a obter vantagens de uma pessoa ou de um grupo de pessoas".	1
		"...a violência é um fenômeno, multifacetado, multicausal, ele fere o direito do respeito ao outro, ele é democrático porque ele tá inserido em todas as classes sociais. Independe da classe, da raça, da cor, da etnia, da opção sexual..."	12
		<i>"...sempre vai ter a questão do poder, sobressaindo a relação de dominação".</i>	4
		"...tem também aquela mulher que todos os dias vai na Unidade de Saúde e os profissionais a chamam de Dona Problema -vai ter problema porque a mulher é problemática. E aí, aquela mulher tem como a Unidade de Saúde, o único	2

		lugar que ela pode sair sem sofrer violência...será mesmo? A institucional acontece porque nós não percebemos que a Unidade de Saúde se torna lazer, lugar de papo e fala dela e a maioria dos nós profissionais da saúde não conseguimos identificar isto, preferimos não enxergar, seria mais uma demanda...concordam?"	
		"...violência é tudo aquilo que te tira a alma. Quando eu sou violentada eu perco a minha dignidade; eu perco, às vezes, a vontade de viver; eu sempre estou perdendo..."	1
		"...a primeira coisa que me veio na cabeça foi essa violação mesmo do respeito, dessa invasão com outro mesmo, independente da forma que seja..."	7
		"Sem querer entrar na vitimização da mulher, mas basta ser mulher pra tá correndo o risco de sofrer violência e, ampliando, não basta ser só mulher, basta ser do gênero feminino pra você correr o risco pra sofrer violência. Eu acho que a principal violência é a violência de gênero".	1
		"...é a agressão física. Pelo menos é essa que é estampada, você vê que ela está associada com o uso abusivo de drogas, drogas ilícitas ou lícitas mesmo, tem muita correlação".	5
		"A primeira é que eu acho que o tipo, talvez, que eu vejo como o pior tipo de violência é a tortura".	1
		"...são ações que destroem, que prejudicam, eliminam, matam e que, de alguma maneira, restringem a integridade do ser".	3
		"onde tem sempre alguém que tem uma relação de dominação sobre o outro".	4
		"Física, psicológica, moral, verbal, institucional,	11

		patrimonial, a negligência, sexual, a doméstica"	
		"é uma questão sistêmica de família"	7
		"...mas de fato o porquê que ela ocorre, ela não é por uma única causa. Ela é bem complexa."	5
		"eu diria também a violência racial contra a mulher...a mulher de etnia negra é mais violentada sim".	2
		"...violência é uma violação dos direitos humanos... ela passa por todas as classes, todas as idades, não escolhe. Então é a forma mais ... de violação dos direitos"	2
		"Você usar da sua força, do seu vigor, aproveitando da fragilidade do outro, isso é uma violência".	8
		"...vivemos a desigualdade de poder, desigualdade...de sexo..."	9
Cultura e violência – relação homem e mulher	-	"Quando você casa, você sonha em casar e ter uma família feliz e nem sempre isso acontece. Quando isso não acontece ainda tem aquela questão cultural que separar é ruim , que é bem pior pra mulher..."	1
		"...A mulher não consegue se ver fora daquele contexto e aí, quando você vai conversar, se você aprofunda mais um pouco ela tá num contexto social, às vezes assim, de droga e criminalidade, não todas é lógico, que a violência acontece em todas as esferas, a gente sabe disso, e aí você vai perguntar e ela veio de uma família em que o pai agredia a mãe, o irmão tá preso porque matou alguém, então assim, ela tá numa rede, ela tá presa a situações, por isso que a coisa é muito complexa e tem que ser muito bem trabalhada, porque o negócio vem lá de trás, iniciou no seio da	2

		família".	
		“...isto é uma coisa que se carrega de antepassados, meu pai era assim, minha mãe era assim, e assim ela vai repassando”	7
		“Mas mesmo que você tenha uma profissão, que você trabalhe fora, que você tenha um serviço estressante você não deixa de fazer as suas coisas em casa - a sua jornada triplica: lavar a louça, lavar a roupa, cuidar das crianças, ser mulher, digo mulher. Você não divide tarefa, você dá conta de tudo...estou errada? Eles não ajudam mesmo!”	1
		“... De você, na sua casa, a sua relação de submissão: é eu que faço o prato do meu marido, é eu que escolho a roupa pro meu marido, será que não tem umas coisinhas mínimas, de mínimos detalhes, algumas coisas que vêm sendo impregnadas e que ainda hoje a gente não conseguiu vencer?”	1
		“...isto é cultural, é questão cultural”.	12
		“... e o homem é vítima também... acho que a gente não vai evoluir se a gente não entender os caminhos do dialeto, o quanto o menino tem que ser forte, não pode chorar, tem que bater, tem que se impor pela força física, não pode brincar de boneca, panelinha, então é uma questão de evolução da sociedade.”	1
		“...na verdade, só vai resolver o problema da mulher vítima quando o trabalharmos com o homem agressor também, o homem opressor...”	1
		“Mãe, você deixa o Gabriel – meu filho – dormir fora de casa e não me deixa dormir fora de casa. Por que ele pode e por que eu não posso?”, de certa forma é uma violência contra a mulher. Por que ela não tem direitos iguais a ele? Aí eu falo: “Não, porque ele é homem e você é mulher. Você	2

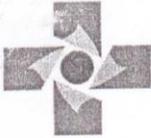
		precisa entender isso minha filha!" "	
		"...uma violência de gênero é a construção da sociedade patriarcal, machista, misógina, sexista e homofóbica. Eu acho que é isso".	1
		"Tem os aspectos culturais".	15
		"A violência, eu acho que ela, contra a mulher, se tornou algo naturalizado por essa cultura machista e temos aí as relações de gênero. Tem aí uma hierarquia, existe uma diferença de poder do homem e da mulher, como se o homem tivesse o direito de dominar a mulher, controlar, ter a posse sobre o corpo da mulher, sobre o corpo e a alma da mulher. Então, eu acredito que é essa cultura machista que perpetua esse tipo de comportamento".	7
		"...às vezes elas viram isso desde a infância, as irmãs vivem a mesma coisa, as tias, a mãe. Então, assim, elas não tem nem o que almejar, porque ela é isso, essa mulher está fadada a esse tipo de relação...é cultural".	6
		"Um processo histórico, histórico e social. Então não é possível a gente entender isso hoje negligenciando nosso passado, o fator cultura e sociedade. Há os estudiosos aí que estudando a bíblia percebem que lá a gente vê traços da violência assim, né. Então, se a gente tá aqui hoje vivendo nesse mundo sofrido é porque Eva mordeu a maçã, a culpa é da mulher. Não foi Adão que fez isso, foi Eva a pecaminosa. Então é um processo histórico, social, cultura".	7
		"...o corpo da mulher casada não é o corpo reconhecido como autônomo..."	3
		"Já vem obrigado, é como uma obrigação. À partir do momento que você é mulher fica implícito que, historicamente, você vai cozinhar, que você vai se	6

		submeter a todos os tipos de violência. Por isso que eu acho que é a questão de propriedade né".	
		"Mas por quê é muito difícil pra mulher? Porque o corpo dela sempre esteve sobre tutela. Ele esteve sobre a tutela do pai ou da própria mãe, enquanto criança e agora o corpo é do marido".	1
A violência é silenciosa	Silêncio do afeto	"...mas elas sempre voltam atrás dizendo que amam o companheiro. O que vamos fazer nesse momento?"	2
		"Um dia uma mulher me falou que não o largava porque ele foi seu primeiro homem, seu primeiro amor e superaria toda aquela situação...ele iria mudar".	3
		"...ela já teve 1, 2, 3, 4 maridos, teve filhos com cada um e aí fica mais complicado ainda, um filho de um pai e outro de outro pai; fica nessa: tá ruim com ele, pior sem ele - sem contar que a mulher insiste em dizer que ama o marido (o atual) e não pode separar os filhos do pai...parece ser brincadeira né, que amor é esse?"	1
	Silêncio da vergonha	"Um dia uma disse que não poderia separar do companheiro, porque a família dela não aceitaria isso, por isso retirou a queixa e pediu para que esquecêssemos que um dia ela esteve no serviço pedindo ajuda".	1
		"...muitas vezes as pessoas omitem, não têm coragem de falar, por vergonha..."	8
		"...mesmo em famílias de classe média e alta, existe a violência e nós é que não temos conhecimento porque eles abafam, têm vergonha de falar, expor..."	4
		"Mas a gente fala "aquelas mulheres", mas aqui a	1

		<p>maioria é de mulheres e quem de nós já não sofreu violência aqui? Eu acho que todas. Não posso falar ... (falas ao mesmo tempo) ... a gente fala como se fosse uma coisa tão longe isso e, na verdade, a realidade é não, porque acontece com praticamente todas. Quem já não passou por alguma violência? Na verdade temos vergonha de dizer, de denunciar”.</p>	
		<p>"Às vezes a gente tem até uma dificuldade de abordar, porque não é a minha área, mas assim, nós temos que procurar ajuda, porque realmente ela não vai conseguir sair disso sozinha".</p>	11
	Silêncio da dependência	<p>“Pelo amor de Deus. Eu prefiro assim. Prefiro levar uns tapas de vez em quando e ter onde morar, ficar com os meus filho e ter o que comer. Eu prefiro viver assim”.</p>	2
		<p>"...E o que mais chama atenção é que, por regra, a gente poderia falar assim “mas elas dependem financeiramente desse homem” e não é verdade. A grande maioria sustenta a casa. Ela trabalha, ela se sustenta...”</p>	10
		<p>“... A dependência não é financeira, ela é psíquica, emocional. Então, é uma coisa intrigante, que a gente não consegue compreender, é desafiador para nós profissionais”.</p>	3
		<p>"... acho que tem também as condições financeiras. Quando a gente vai atender, a gente fala: “Mas porque você não separa dele?”. E elas falam assim: “Ah, é porque eu tenho um filho, eu não trabalho, e eu não tenho como manter ele, então, se eu separar dele, eu vou prá onde?” “</p>	9
	Silêncio do medo	<p>“Existem também as mulheres que trabalham no lar, que trabalham em casa, que se calam, por medo, porque ficam muito dependentes do homem financeiramente”.</p>	4
			2

		<p>“...aquele agressor que ela tem todo dia é ele que garante o sustento; ela não consegue ter uma vida fora desse espaço, ela não consegue viver longe desse espaço opressor porque ela não tem como se sustentar: não é escolarizada, não tem um meio de sustento; e ela se subjuga naquela situação: “É o que eu tenho por hoje, ele pode acabar comigo e com minha família”.</p>	
		<p>"...a violência socialmente permitida. A violência que a mulher se sente quase obrigada a sustentar...o medo de falar".</p>	15
		<p>“Eu já atendi mulheres que eram torturadas, principalmente pelos seus companheiros, e a tortura tem um componente de subjugação psicológica que é ainda maior que a relação de poder é, - “Eu quero de ti, além do teu sofrimento físico, que tu me confesse coisas que talvez tu não tenha praticado ou talvez tu não tenha feito” – Então eu penso que às vezes a gente tem dificuldade, inclusive, de notificar como tortura, porque o que vem notificado como tortura ainda é em relação, por exemplo, a violência em relação à componente estatal, em relação à polícia, porque quer que confessa... mas isso também ocorre dentro do seio da família quando o marido diz algumas coisas pra mulher, como: “Tu me confessa onde é que tu tava”, e ela não estava em lugar nenhum, mas daí é tanto, a violência é tão grande que as pessoas se convencem”.</p>	1
		<p>“Eles maltratam mesmo...vemos todos os dias mulheres pedindo ajuda, com medo de morrer”.</p>	11
		<p>“E se você fala: “Você tem um abrigo, você tem um lugar pra você ir com seus filhos”, elas falam: “Vai que ele me acha. Ele vai me procurar, ele falou que vai me matar se eu contasse pra alguém.”. Elas não vão. Elas preferem se submeter, a viver esse nunca, a levar um tapinha, porque nunca é frequente – “Ah, é de vez em quando só. Ele não bebe todos os dias” – mas e se bebe todos os dias? A gente não sabe o que responder nessas horas...até a gente tem medo em alguns casos”.</p>	1

ANEXO A – Aprovação do Projeto de âmbito nacional de Saúde Integral da Mulher

	Ministério da Saúde Secretaria Executiva Fundo Nacional de Saúde GESCON - Sistema de Gestão de Convênios Relatório Proposta de Projeto Nº 172179850001110-57	Página: 1
<p>Entidade: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CNPJ: 17.217.985/0001-04 Ano Exercício: 2011 Nº Processo: 25000.218534/2011-82 Situação FNS: APROVADO Esfera: FEDERAL Valor Total Empenhado: 0,00 Valor Total Pago 0,00 Convênio / Portaria 201/2011 Tipo Entidade: ORGAO FEDERAL Situação Externa: Processo Protocolado no Ministério da Saúde - Nº: 25000218534201182 Endereço: AV. ANTONIO CARLOS - 6627 Complemento: REITORIA/5 ANDAR Bairro: PAMPULHA Caixa Postal: CEP: 31270901 DDD: 031 Fax: 34994130 Município: BELO HORIZONTE UF: MG E-mail: reitor@ufmg.br Banco: 001 Agência: 018791 Conta: Dt Cadastro: 30/10/2011</p>		
<p>Informações de Contato: Nome: ELza Machado de Melo Cargo: Professora UFMG E-mail: elzamel@medicina.ufmg.br Endereço: Rua Deputado Álvares Sales, 361 Complemento: Apto 302 Bairro: Santo Antônio Município: BELO HORIZONTE UF: MG CEP: 30350250 DDD: 31 Telefone: 32489945</p>		
<p>Aprovado pela Comissão de Intergestores Bipartite (CIP)? Não Comunicou ao Conselho de Saúde Local sobre a proposta de projeto? Não Esta proposta está vinculada a alguma unidade / edificação existente? Não Esta proposta está vinculada à outra proposta já cadastrada no exercício 2011 Não Número do(s) projeto(s) relacionado(s):</p>		
<p>Justificativa da Proposição A saúde da mulher é uma das prioridades atuais das Políticas Públicas de Saúde do Brasil, principalmente, quando se trata da violência, cujos índices ainda são altos, apesar do esforço da sociedade civil e do governo em combater o problema. A estratégia mais adequada para a abordagem do problema é a capacitação de profissionais em todos os níveis de atenção, a organização de serviços e a articulação de ambos em redes locais, regionais e nacionais, dentro dos parâmetros de competência técnica e humanização, para produzir cuidado de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, numa perspectiva participativa na qual todos envolvidos, no franco exercício de sua autonomia, serão sujeitos da superação da violência, pela atuação sobre as condições de vida e trabalho, sobre a cultura, sobre as relações sociais de dominação e sobre as condições de desigualdade social; pela atenção às vítimas e aos agressores, de modo a reintegrá-las ao convívio social e pela abordagem dos danos.</p>		
<p>Objetivos da Proposição Objetivos Gerais Capacitação de profissionais para atuarem na atenção integral à saúde da mulher Realização de diagnóstico dos serviços de atenção integral à saúde da mulher Produção de material educativo/informativo sobre o tema</p> <p>Objetivos específicos Capacitação de equipes multiprofissionais nos Estados e Municípios Capacitação de profissionais para atuarem na atenção integral à mulher em situação de violência no papel de multiplicadores Capacitação de profissionais para a organização dos serviços de atenção integral à mulher em situação de violência nos 10 territórios prioritários para desenvolvimento de ações de enfrentamento da violência Realização de inquérito para mapear as instituições de atendimento à mulher em situação de violência, em todo o país Promoção de encontros macrorregionais com gerentes e gestores da área de atenção integral à mulher de todos os Estados Brasileiros Definição da temática, metodologia e equipe para produção de material educativo</p>		
<p>Acompanhamento da Proposição Todo o trabalho será permanentemente acompanhado pela equipe do MS. Além disso, serão utilizados procedimentos especiais de avaliação: a) processual - ao final de cada atividade, será feita avaliação em grupo e os principais pontos anotados e incorporados ao relatório;</p>		
<p>172179850001110571502</p>		

OFICINA 2 DIAS
VIOLÊNCIA

Ministério da Saúde Secretaria Executiva Fundo Nacional de Saúde GESCON - Sistema de Gestão de Convênios Relatório Proposta de Projeto Nº 172179850001110-57						Página: 2
b) de resultados - aplicação de questionários aos participantes antes e depois das atividades. Elaboração de relatório onde se descreve todo o processo, suas dificuldades e êxitos.						
Tipo Recurso: PROGRAMA Programa: 1312 - PROMOÇÃO DA CAPACIDADE RESOLUTIVA E DA HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE Ação: 6175 - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER						
PLANO DE APLICAÇÃO						
Elemento Despesa	Tipo Despesa	Valor Aprov Conc	Valor Aprov Prop	Valor Bens e Serv.	Valor Tot Aprov	
SERV DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA	CORRENTE	1.500.000,00	0,00	0,00	1.500.000,00	
		1.500.000,00	0,00	0,00	1.500.000,00	
PARECER DE MERITO						
Seq. CPF	Autor	Telefone	Área Finalística	Data	Situação	De Acordo
1 40232824053	HAMILTON PEDROSO JUNIOR	061-3315-2515	Secretaria de Atenção à Saúde	29/11/2011	FAVORAVEL	S
Descrição PARECER TÉCNICO						
<p>A Universidade Federal de Minas Gerais por intermédio do Departamento de Medicina apresenta proposta que solicita apoio financeiro para a ampliação de metodologias para o enfrentamento da violência contra a mulher com desenvolvimento de tecnologias de capacitação para profissionais de saúde que atendam as normativas do Ministério da Saúde relacionadas ao tema e que possibilitem atividades técnicas para a elaboração de novos materiais educativos e de campo tais como Seminários, Cursos e Capacitações, Eventos, Oficinas, Estudos e Pesquisas devidamente descritos no objeto do projeto que se apresenta.</p> <p>O projeto "Atenção Integral à Mulher em situação de violência" visa a realização de capacitações em todas as unidades da federação com o objetivo de atender aos planos de ações estratégicas voltadas para as mulheres da cidade, do campo e da floresta em regiões prioritárias apuradas pelo Ministério da Saúde para mulheres residentes em regiões de difícil acesso. A proposta ainda dará conta da produção científica e análises de materiais coletados que possam contribuir com a expansão e os ajustes nos Planos de Ações Estratégicas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher e Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta.</p> <p>O projeto prevê uma série de atividades que visam o fortalecimento do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento da violência contra a mulher a partir do SUS/Brasil: 1) capacitar 1.250 profissionais de saúde, sendo 50 em cada UF para as linhas de atenção à saúde para mulheres em situação de violência; (2) capacitar 60 profissionais multiplicadores com a finalidade de serem instrutores de novas turmas em seus estados de origem; (3) capacitar 10 equipes multiprofissionais integrando ensino/assistência em 10 regiões de Campo e Floresta de localidades que contemplem as ações do Governo Federal quanto ao tema; (4) realização de inquérito nacional para mapeamento de instituições que prestem atendimento às mulheres em situação de violência, visando conhecer seus objetivos, modos de funcionamento e abrangência nas regiões de saúde; (5) realização de 05 seminários macrorregionais para gestores e gerentes da Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres em situação de violência e (6) elaboração de material educativo/informativo relacionado às temáticas da violência doméstica cometida contra as mulheres com impressão de 120.000 (cento e vinte mil exemplares) para distribuição nacional.</p> <p>Tecnicamente, a proposta atende à necessidade de expansão e sensibilização do Sistema Único de Saúde no que se refere às questões que ainda dificultam o adequado atendimento às mulheres em situação de violência em todo o país, ampliando o alcance das políticas de saúde, observadas as determinantes sociais e as determinações da Portaria GM/MS nº 4.279/2010 que dispõe sobre as diretrizes da organização das redes de atenção à saúde no SUS, bem como o Decreto nº 7.507/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 na reorganização do SUS, no planejamento da saúde, a assistência à saúde e as relações interfederativas em regiões de saúde para ampliação do acesso, contemplando o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, os tratados internacionais relativos ao enfrentamento da violência contra a mulher e as prioridades do Governo Federal.</p> <p>A Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS coloca-se favorável à proposta da UFMG e recomenda que seja desenvolvido em 24 meses para dar conta da execução técnica e financeira de acordo com o cronograma a ser estabelecido em conjunto.</p>						
PARECER TÉCNICO ECONÔMICO						
Seq. CPF	Autor	Telefone	Área Finalística	Data	Situação	De Acordo
1 40232824053	HAMILTON PEDROSO JUNIOR	061-3315-2515	Secretaria de Atenção à Saúde	29/11/2011	FAVORAVEL	S
Descrição PARECER TÉCNICO ECONÔMICO						
<p>A Universidade Federal de Minas Gerais por intermédio do Departamento de Medicina apresenta proposta que solicita apoio financeiro para a ampliação de metodologias para o enfrentamento da violência contra a mulher com desenvolvimento de tecnologias de capacitação para profissionais de saúde que atendam as normativas do Ministério da Saúde.</p> <p>Este parecer econômico, em concordância com as normas, avalia somente o detalhamento das especificações técnicas e valores, bem como a compatibilidade técnico-econômica dos elementos de despesa definidos para a realização do projeto em tela.</p> <p>Não foram observadas discrepâncias nas estimativas de valores unitários que justificassem sua objeção.</p> <p>Importante lembrar que para a prestação de contas da referida proposta deverá constar recibos, relação de participantes em oficinas, atividades técnicas, seminários ou similares quando houver e bilhetes de passagens ou outros comprovantes emitidos que justifiquem os repasses dos recursos solicitados, estes deverão estar devidamente identificados e apostilados para comprovação de períodos e emissão de diárias.</p> <p>Lembramos ainda que os valores previstos foram estimados para o ano de 2011 e poderão sofrer alterações percentuais devendo assim o</p>						
172179850001110571502						



Página: 3

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Fundo Nacional de Saúde
GESCON - Sistema de Gestão de Convênios
Relatório Proposta de Projeto Nº 172179850001110-57

gestor do convênio zelar pelos gastos adequados, otimizando os recursos públicos e dando visibilidade à utilização do recurso financeiro do convênio que em breve será celebrado.
 Havendo necessidade de realização de licitação, esta deverá seguir as normas estabelecidas na Lei nº 8666/1993 e demais legislações vigentes e aplicáveis.

Todos os produtos desenvolvidos pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, advindos dessa parceria, deverão ser compartilhados e quando publicados, devem conter registros oficiais na Biblioteca Nacional e ISBN de acordo com as normalizações do Conselho Editorial do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei nº 10.994 de 14/12/2004, obedecidas as recomendações sobre a colocação da Marca Ministério da Saúde em publicações, conforme a Resolução CONED/MS nº 05 de 13/02/2006 e observância a Portaria GM/MS nº 1.322 de 05/07/2007 que trata da regulamentação para edições e co-edições conjuntas com instituições nacionais e internacionais.

As despesas correrão à conta da FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.302.1312.6175.0001 - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.
 A ATSM/DAPE/SAS/MS coloca-se favorável à proposição.

DESCRIÇÃO DO OBJETO
ESTUDO E PESQUISA

INFORMAÇÕES DA PROPOSIÇÃO SOBRE CURSO, CONGRESSO, ESTUDO, EVENTO E PESQUISA

Título do Projeto:

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Nome, perfil profissional e filiação institucional do Coordenador da equipe responsável pelo projeto:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Justificativa:

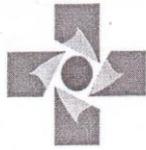
A VIOLÊNCIA É UM DOS MAIS IMPORTANTES PROBLEMAS DE SAÚDE DA ATUALIDADE E IMPÕE AO SISTEMA DE SAÚDE ABORDAGENS DIFERENCIADAS E COMPLEXAS. A MULHER SOFRE DE FORMA AGUDA O IMPACTO DESSE PROBLEMA NA SUA VIDA SOCIAL, PROFISSIONAL, FAMILIAR AFETIVA, SEXUAL E BIOLÓGICA. FRENTE A ISSO, É NECESSÁRIO CAPACITAR PROFISSIONAIS E ORGANIZAR OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA PROPICIAR À REDE DE ATENÇÃO CAPACIDADE DE RESPOSTAS COMPATÍVEIS - EFICIENTES E DE QUALIDADE - COM AS EXIGÊNCIAS DO PROBLEMA

Descrição do Objeto:

TRATA-SE DE UM PROJETO DE MÚLTIPLAS ABORDAGENS - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS, EM ÂMBITO NACIONAL; PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À MULHER; ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO - VOLTADAS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Objetivos Gerais e Específicos:

Objetivos Gerais Capacitação de profissionais para atuarem na atenção integral à saúde da mulher Realização de diagnóstico dos serviços de atenção integral à saúde da mulher Produção de material educativo/informativo sobre o tema
 Objetivos específicos Capacitação de profissionais para atuarem na atenção integral à mulher em situação de violência no papel de multiplicadores Capacitação de equipes multiprofissionais nos Estados e Municípios Capacitação de profissionais para a organização dos serviços de atenção integral à mulher em situação de violência nos 10 territórios prioritários para desenvolvimento de ações de enfrentamento da violência
 Realização de inquérito para mapear as instituições de atendimento à mulher em situação de violência, em todo o país Promoção de encontros macrorregionais com gerentes e gestores da área de atenção integral à mulher de todos os Estados Brasileiros Definição da temática, metodologia e equipe para produção de material educativo



Página: 4

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Fundo Nacional de Saúde
GESCON - Sistema de Gestão de Convênios
Relatório Proposta de Projeto Nº 172179850001110-57

Público Alvo: PROFISSIONAIS DA REDE	Quantidade: 1400
Número de Vagas: 1400	
Instituições Envolvidas: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	
Localização: BELO HORIZONTE	
Metas Físicas: 1400 PROFISSIONAIS CAPACITADOS; MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA; 120000 EXEMPLARES DE MATERIAL EDUCATIVO	
Orçamento Detalhado: O recurso de 1.500.000,00 será repassado à Universidade Federal de Minas Gerais sob a rubrica de Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica e esta, por sua vez, Contratará a Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa-FUNDEP, com base no art. 1º da Lei 8.958/94 e inc. XIII do art. 24 da Lei 8.666/1993, para apoio a execução do projeto, onde serão abertas as rubricas Material de Consumo; Serviços de Terceiros - Pessoa Física; Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica; Passagens e Diárias.	
Metodologia/Estratégias Operacionais: META 1: MÓDULO DE 40 HORAS, REALIZADO EM CADA UMA DE 27 UF DO PAÍS SOBRE A ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA META 2: CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MODULAR, COM SEDE EM BH, ABORDANDO AS BASES TEÓRICAS DA VIOLÊNCIA; A ANÁLISE DA SITUAÇÃO; MODOS DE ENFRENTAMENTO; POLÍTICAS PÚBLICAS AFINS; ATENÇÃO DE SAÚDE À MULHER	
Carga Horária: 3000 Horas	
Tempo de Execução do Projeto: 24 MESES	
Resultados Esperados: 1400 PROFISSIONAIS CAPACITADOS CADASTRO DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA MATERIAL PUBLICADO ON LINE E IMPRESSO	
Condições de Inscrição	
Local: NÃO SE APLICA	Documentação Exigida: NÃO SE APLICA
Requisitos Mínimos: NÃO SE APLICA	
Condições de Seleção: NÃO SE APLICA	
Acompanhamento: PELA EQUIPE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, A PARTIR DE SUA PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES, PELO RELATO DOS DIÁRIOS DE CAMPO DAS ATIVIDADES E AVALIAÇÕES FEITAS PELOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.	
Formas de Avaliação: AVALIAÇÃO PROCESSUAL REALIZADA AO FINAL DE CADA ATIVIDADE. APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO ANTES E DEPOIS AOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS. AVALIAÇÃO FINAL POR MEIO DE RELATÓRIO COM A DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS E INFORMAÇÕES COLHIDAS	



Página: 5

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Fundo Nacional de Saúde
GESCON - Sistema de Gestão de Convênios
Relatório Proposta de Projeto Nº 172179850001110-57

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº Meta	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Objeto da Meta
1	11/2011 / 12-2013	100	PERCENTUAL	Apoiar a realização de

Descrição da Meta

META 1: CAPACITAR 1250 PROFISSIONAIS, SENDO 50 EM CADA UM DOS ESTADOS BRASILEIROS, PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Etapas da Meta

Nº Etapa	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Descrição da Etapa
1	11/2011-12/2013	100	PERCENTUAL	META 1: CAPACITAR 1250 PROFISSIONAIS, SENDO 50 EM CADA UM DOS ESTADOS BRASILEIROS, PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº Meta	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Objeto da Meta
2	11/2011 / 12-2013	100	PERCENTUAL	Apoiar a realização de

Descrição da Meta

META 2: CAPACITAR 60 PROFISSIONAIS PARA ATUAREM COMO MULTIPLICADORES EM TODO O PAÍS NA CAPACITAÇÃO VOLTADA PARA ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Etapas da Meta

Nº Etapa	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Descrição da Etapa
1	11/2011-12/2013	100	PERCENTUAL	META 2: CAPACITAR 60 PROFISSIONAIS PARA ATUAREM COMO MULTIPLICADORES EM TODO O PAÍS NA CAPACITAÇÃO VOLTADA PARA ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº Meta	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Objeto da Meta
3	11/2011 / 12-2013	100	PERCENTUAL	Apoiar a realização de

Descrição da Meta

META 3: CAPACITAR 10 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, NA MODALIDADE DE INTEGRAÇÃO ENSINO/ASSISTÊNCIA, EM 10 SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO CAMPO E DA FLORESTA

Etapas da Meta

Nº Etapa	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Descrição da Etapa
1	11/2011-12/2013	100	PERCENTUAL	META 3: CAPACITAR 10 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, NA MODALIDADE DE INTEGRAÇÃO ENSINO/ASSISTÊNCIA, EM 10 SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO CAMPO E DA FLORESTA

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº Meta	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Objeto da Meta
4	11/2011 / 12-2012	100	PERCENTUAL	Apoiar a realização de

Descrição da Meta

META 4: REALIZAÇÃO DE INQUÉRITO DE ÂMBITO NACIONAL PARA MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SEUS OBJETIVOS E MODO DE FUNCIONAMENTO, NOS ESTADOS BRASILEIROS

Etapas da Meta

Nº Etapa	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Descrição da Etapa
1	11/2011-12/2012	100	PERCENTUAL	META 4: REALIZAÇÃO DE INQUÉRITO DE ÂMBITO NACIONAL PARA MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SEUS OBJETIVOS E MODO DE FUNCIONAMENTO, NOS ESTADOS BRASILEIROS

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº Meta	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Objeto da Meta
5	11/2011 / 12-2013	100	PERCENTUAL	Apoiar a realização de

Descrição da Meta

META 5: REALIZAÇÃO DE 5 SEMINÁRIOS MACRORREGIONAIS COM A PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES E GERENTES DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À

Etapas da Meta

Nº Etapa	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Descrição da Etapa



Página: 6

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Fundo Nacional de Saúde
GESCON - Sistema de Gestão de Convênios
Relatório Proposta de Projeto Nº 172179850001110-57

MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

1	11/2011-12/2013	100	PERCENTUAL	META 5: REALIZAÇÃO DE 5 SEMINÁRIOS MACRORREGIONAIS COM A PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES E GERENTES DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
---	-----------------	-----	------------	---

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº Meta	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Objeto da Meta
6	11/2011 / 12-2013	100	PERCENTUAL	Apoiar a realização de

Descrição da Meta

META 6: ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCAÇÃO EDUCATIVO/INFORMATIVO, NO TOTAL DE 120000 EXEMPLARES PARA DISTRIBUIÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Etapas da Meta

Nº Etapa	Início - Fim	Qtd Aprov	Und Medida	Descrição da Etapa
1	11/2011-12/2013	100	PERCENTUAL	META 6: ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCAÇÃO EDUCATIVO/INFORMATIVO, NO TOTAL DE 120000 EXEMPLARES PARA DISTRIBUIÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Nº Meta	Ano/Mês	VI Aprov Concedente	VI Aprov Proponente
1	06/2012	300.000,00	0,00
2	06/2012	350.000,00	0,00
3	06/2012	200.000,00	0,00
4	11/2011	150.000,00	0,00
5	11/2011	350.000,00	0,00
6	06/2012	150.000,00	0,00
		1.500.000,00	0,00

UNIDADE ASSISTIDA

ANEXO B – Aprovação do COEP

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

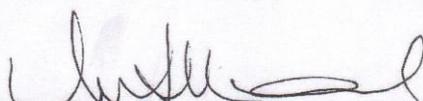
Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149

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

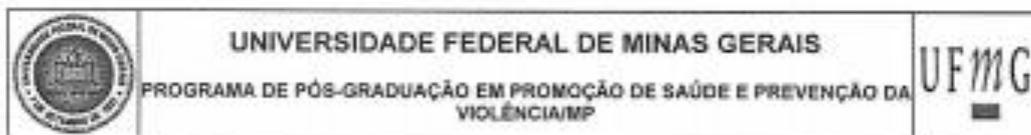
DECISÃO

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 C - Ata da Defesa



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA KENYA COSTA RODRIGUES DA SILVA

Realizou-se, no dia 15 de outubro de 2015, às 18:00 horas, Faculdade de Medicina da UFMG, 062, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros*, apresentada por KENYA COSTA RODRIGUES DA SILVA, número de registro 2013712612, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador (Faculdade de Medicina UFMG DMPS), Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi (UFMG), Prof(a). Jandira Maciel da Silva (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

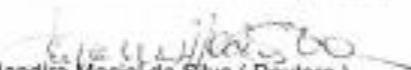
Reprovada

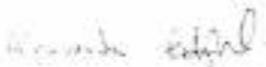
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2015.


Prof(a). Elza Machado de Melo (Doutora)


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

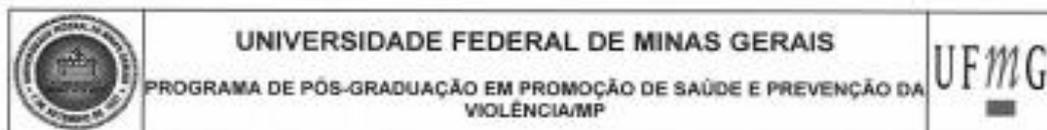

Prof(a). Jandira Maciel da Silva (Doutora)




Reservado
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina-UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 3ª Andar
CEP 30138-190-Funcionário -241530


Reservado
CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

ANEXO D – Folha de Aprovação



FOLHA DE APROVAÇÃO

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: percepção dos gestores responsáveis pelas áreas técnicas de saúde da mulher dos estados e capitais brasileiros

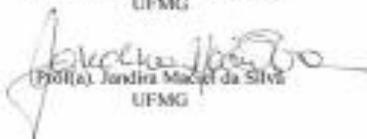
KENYA COSTA RODRIGUES DA SILVA

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 15 de outubro de 2015, pela banca constituída pelos membros:


 Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador
 Faculdade de Medicina UFMG DMPS


 Prof. Arnanio Leite Alves Radicchi
 UFMG


 Prof(a). Jordina Mascari da Silva
 UFMG

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2015.

Aprovada com a condição de que sejam cumpridos
 as exigências da banca, a saber: elaboração de resumo,
 generalização do volume e elaboração do arquivamento

15/10/2015


 Elza Machado de Melo
 Orientador