

“Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual: análise do caso de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores”

por

Cláudia Araújo de Lima

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes

Rio de Janeiro, junho de 2014.

Esta tese, intitulada

“Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual: análise do caso de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores”

apresentada por

Cláudia Araújo de Lima

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ludmila Fontenele Cavalcanti

Prof.^a Dr.^a Stela Nazareth Meneghel

Prof.^a Dr.^a Rachel Aisengart Menezes

Prof.^a Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza

Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 04 de junho de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S729 Lima, Cláudia Araújo de
Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual: análise do caso de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores. / Cláudia Araújo de Lima. -- 2014.
221 f. : il. ; mapas

Orientador: Deslandes, Suely Ferreira
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Violência Sexual. 2. Violência contra a Mulher. 3. Apoio Social. 4. Ação Intersetorial. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.8292098171

Dedicatória

À minha família que valorizou cada ano do curso de doutorado me apoiando com palavras, atitudes e energias positivas.

Às minhas filhas Beatriz e Bruna que cresceram em meio aos livros, artigos, leis e convenções que tratam do tema violência ocupando espaços em casa e como estudantes e mulheres de um novo tempo, que possam ter percebido o valor de tudo isso.

Às minhas companheiras e companheiros de trabalho espalhados pelo país e em outros lugares desse mundo, que com valores pessoais adequados e ética profissional buscam atender com eficiência e dignidade as mulheres em situação de violência sexual.

Aqueles e àquelas que assim como eu acreditam que é possível reverter o fenômeno histórico e cultural da violência sexual contra as mulheres.

Agradecimentos

Agradecer a todas e todos os que contribuíram para a chegada desse momento me coloca na delicada função de tentar expressar em palavras sentimentos que talvez não consiga explicar.

À Deus que na configuração de minha fé nos santos e orixás, gentil e pacientemente me mostrou caminhos para estar sempre estudando, aprendendo para a vida e conhecendo pessoas generosas que me ensinaram que quando compreendemos a missão que nos foi confiada e transformamos as dificuldades em potencialidades, seguimos com o coração fortalecido e firmes em qualquer situação que se apresente.

À Lena Peres, Adson França, José Luiz Telles e Edson Silva que me ouviram falar do desejo e ofereceram gentilmente seu apoio nesses anos. Vocês nem imaginam o quanto foram importantes para que eu conseguisse vencer esse desafio.

Aos meus queridos e eternos professores Avelar de Holanda Barbosa, Maria Cecília Minayo, Aníbal Faúndes, Edinilsa Ramos de Souza, Raquel Niskier, Simone Gonçalves de Assis, Cristiano Rosas e Carmen Lúcia Luís entre outros, por estarem sempre perto apoiando o meu crescimento profissional, pessoal e acadêmico. Obrigada por tudo o que aprendi com vocês que são os meus exemplos de caráter, competência e compromisso. Estou no caminho... quase pronta.

À Suely Deslandes que sempre admirei como professora e autora, que entendeu minha proposta, que me aceitou e apoiou como orientanda de doutorado, cuidando todos os dias para que eu conseguisse vencer as dificuldades que se apresentaram até a finalização da tese. Obrigada pelos ensinamentos presenciais e à distância, por me receber nas tardes de sábado e domingo para as leituras e discussões, pelo carinho, o café, a mão no ombro nos momentos difíceis para não me deixar desistir, pela felicidade dividida em cada progresso, por ser que é e por sua amizade. Sua leveza, sabedoria e amabilidade lhe fazem a melhor orientadora que um aluno possa desejar. Assim, entendo que será minha orientadora para sempre.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz pela forma educada e competente com que sempre fui atendida em todos os setores deste estabelecimento de ensino. Os funcionários da Fiocruz ultrapassam o seu papel de trabalhadores, cuidando de nós como se cuida dos amigos, dos parentes, dos filhos.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz que como autores e estudiosos renomados no âmbito nacional e internacional se mostraram simples e generosamente educadores. Minha admiração pela ENSP e felicidade por ser aluna de mestrado e doutorado de pessoas tão capazes não há como medir.

Ao CNPq por me permitir ser bolsista e com isso garantir que eu pudesse concluir os estudos de doutorado com segurança e dignidade.

Aos colegas que compõem a Rede de Atenção para Mulheres em situação de violência sexual em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, que se dispuseram a contribuir com o estudo desde o momento em que foi proposto. Obrigada por estarem abertos e receptivos. A colaboração de Suely Nogueira e Jadir Dantas, a boa vontade de Hilda Guimarães, Tai Locchi, Suzana Martins, Estela Scandola, Suely Resende representou a todas e todos.

Aos colegas do Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz que não descuidaram em manter o estímulo, saber notícias da vida pessoal, valorizar os avanços. Obrigada pelos sorrisos, o afeto, por guardar lugar na sala de aula lotada, por nos tornarmos amigos do coração.

Aos colegas do Doutorado que partiram para outro plano espiritual. Vocês ficaram em nossas boas lembranças e certamente nos cuidaram com carinho para chegarmos à finalização desse processo de estudos. Estejam em paz.

Aos colegas de trabalho no Ministério da Saúde pela compreensão e boa vontade de todos os dias. Serei grata para sempre pelo apoio e cuidado para trabalhar os temas da violência contra a mulher, pelas missões dentro e fora do país, por cuidarem da qualidade de nossas tarefas, por sermos amigos leais e protetores uns dos outros, por me escutarem falar da tese, do doutorado e por torcer pelo sucesso desse período de estudos. E aos colegas da Esplanada dos Ministérios, dos Estados e Municípios, das organizações não governamentais, obrigada sempre pelas boas parcerias e amizades. O título de doutorado que defendo neste momento é de todas e todos nós, que invisíveis aos olhos da sociedade, trabalhamos muito para que as mulheres vivam de forma mais segura, que sofram menos situações de violência, que sejam respeitadas.

Resumo

Este estudo buscou conhecer e analisar rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual em Campo Grande, Mato Grosso do Sul no que concerne à composição, funcionamento e seus os mecanismos de sustentabilidade. A organização de redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual é uma ação estratégica, que demanda estudos sobre o assunto e um olhar atencioso sobre a realidade de cada lugar. A lógica de organização e operacionalização desses movimentos de rede entre serviços é complexa, particular e se estabelece em variados formatos, com necessidades de monitoramento que apontem rumos a seguir ou corrigir no percurso da gestão. A metodologia utilizada foi o estudo de caso, apoiado na triangulação de técnicas (entrevistas e análise documental) que ajudou a constituir um *corpus* para análises sobre o que pensam os gestores dessa rede municipal sobre o enfrentamento da violência sexual contra mulheres. Partindo das análises sobre as representações sociais dos gestores municipais conclui-se que o conjunto das instituições que compõem a rede local é positivo naquilo que se propõe como intersetorialidade que busca a melhor forma de humanizar e adequar o atendimento multiprofissional para a mulher em situação de violência sexual. Os gestores reconhecem que ainda é frágil a constituição das redes pela ausência de mecanismos institucionais oficiais, que as mulheres continuam a sofrer preconceitos e questionamentos pela violência sofrida; o acesso precisa ser facilitado com informações mais qualificadas dirigidas à população; o horário de funcionamento dos serviços necessita ser ampliado para que o atendimento seja ofertado 24 horas por dia, bem como a distribuição nos bairros de cada município. É imprescindível que os medicamentos para contracepção de emergência e antirretrovirais estejam disponíveis e sejam administrados pelos profissionais de saúde às usuárias durante os atendimentos. As capacitações profissionais devem ser periódicas e transformadas em educação permanente, para que os protocolos e fluxos sejam assimilados pelos serviços e qualificados na rotina. Que seja compreendido por todas e todos os integrantes das redes de atenção à violência, que nenhuma mulher necessita apresentar um Boletim de Ocorrência Policial, para ser acolhida nos serviços de saúde, devendo ser estimulada a denunciar quem cometeu a agressão.

Palavras-chave: Violência Sexual – Violência contra a Mulher – Apoio Social – Ação Intersetorial.

Abstract

This study sought to understand and analyze network of care for women in situations of sexual violence in Campo Grande, Mato Grosso do Sul regarding the composition, functioning and its mechanisms for sustainability. The organization of networks of care for women experiencing sexual violence is a strategic action, which requires studies on the subject and an attentive look at the reality of each place. The logic of organization and operation of these network movements between services is complex, particular and settles into various shapes, with monitoring needs pointing direction to follow or correct the course of the management. The methodology used was the case study, based on the triangulation of methods and techniques (interviews and document analysis) that helped to constitute a *corpus* for analysis about what municipal managers think on combating sexual violence against women. Based on the analysis of the social representations of city managers is concluded that is still a fragile constitution of networks by the absence of formal institutional mechanisms, women continue to suffer prejudice and questions about suffered violence; access must be facilitated with more quality information aimed at the population; opening hours of services needs to be expanded so that the service is offered 24 hours a day, as well as the distribution of neighborhoods in each city. It is essential that the drugs for emergency contraception and antiretrovirals are available and administered by health professionals to users during the sessions. Professional training should be periodic and transformed into permanent education, to the protocols and flows are assimilated by service. That is understood by all members of the violence care networks that no woman needs Police Report to be cared in health services, should be encouraged to report who committed aggression.

Keywords : Sexual Violence - Violence against Women - Social Support - Intersectoral Action.

Siglas

AIDS	Acquired immune deficiency syndrome / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAM	Centro de Atendimento à Mulher
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPPT	Centro de Atendimento Psicossocial Pós-Trauma
CEM	Centro Especializado da Mulher
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Centro Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Human immunodeficiency virus / Vírus da Imunodeficiência Humana
IML	Instituto Médico Legal
LILACS	Sistema Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PUBMED	Serviço de pesquisa bibliográfica médica da Biblioteca Nacional de Medicina Americana (NLM)
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SCOPUS	Base de Dados Bibliográficos da Elsevier Editora Ltda
SINAN	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SISPACTO	Sistema de Informações em Saúde do Pacto de Gestão
SMPM	Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento em Saúde
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

Figuras e Quadros

Figura 1 – IBGE PIRÂMIDE ETÁRIA – CAMPO GRANDE – MS, 2010

Figura 2 - MAPA DO BRASIL E PAÍSES DE FRONTEIRA, 2012

Figura 3 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 2012

Figura 4 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL - ÁREA URBANA DA SEDE, 2012

Figura 5 - FLUXO DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE/ MATO GROSSO DO SUL, 2009

Figura 6 - FLUXO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE ÀS PESSOAS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, 2013

Quadro 1 – INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS PARA ENTREVISTAS
SELECIONADOS NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MATO GROSSO
DO SUL – PESQUISA DE CAMPO PARA A TESE, 2013

Quadro 2 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E GERENCIAMENTO DAS
REDES DE ATENÇÃO PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL, 2013.

Anexos

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
2. Roteiro para Entrevistas com Gestores da Secretaria Municipal de Saúde e Instituições parceiras do Setor Saúde na atenção e enfrentamento da violência sexual contra a mulher
3. Roteiro para Entrevistas com Gestores de Serviços de Atenção à Saúde e parceiras do Setor Saúde na atenção e enfrentamento da violência sexual contra a mulher
4. Parecer Consubstanciado do CEP nº 158.498
5. Decisão Editorial nº 1908 - Revista Saúde e Sociedade – Artigo aceito para publicação – “Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do Setor Saúde na década de 2000”. Cláudia Araújo de Lima e Suely Ferreira Deslandes
6. Minuta de Portaria Conjunta nº 01 – Governo do Estado de Mato Grosso do Sul - CGPPM/SEJUSP/DGPC/CGCBM/COORDER/PGDP/CEDM/SESAU/ SES/HR/SANTA CASA em 31 de março de 2003 – Cria a Rede de Atenção à Mulher em situação de violência sexual e institui e aprova as normas gerais de ação integrada para atendimento as vítimas e dá outras providências.
7. Decreto nº 9.405, de 06 de outubro de 2005 – Prefeitura de Campo Grande – Cria o Núcleo de Prevenção à violência e Promoção da Saúde – NUPREVI na Secretaria Municipal de Saúde Pública e dá outras providências.
8. Lei Municipal nº 4.580 de 21 de dezembro de 2007 – Cria o Centro de Atenção Psicossocial Pós-Trauma – CAPPT no município de Campo Grande e dá outras providências.

9. Portaria FUNSAU nº 314 de 22 de junho de 2009 que institui a Equipe Multidisciplinar do Programa de Apoio à Mulher vítima de violência no Hospital Regional de Campo Grande – HRCG.
10. Ficha de Atendimento a pessoas em situação de violência – Enfermagem de Urgência – RG-01
11. Protocolo Operacional Padrão – Enfermagem de Urgência – POP-11 – Serviço de Enfermagem SESAU – Atenção ao Paciente vítima de violência sexual – NOV.2011.
12. Fluxo da Ficha de Notificação de Violência Doméstica e Sexual e outras Violências na Rede Municipal de Saúde.
13. Protocolo de Prevenção e Tratamento para os casos de violência sexual – Secretaria Municipal de Saúde Pública – Prefeitura de Campo Grande – 2012
14. Notícia do site Compromisso e Atitude – “Prefeito Alcides Bernal assina adesão ao Programa “Mulher, Viver sem Violência” – Prefeitura de Campo Grande – 09/12/2013.
15. Lei Municipal nº 5.245, de 12 de dezembro de 2013 – Dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação compulsória de violência doméstica e sexual contra a mulher atendida nos serviços de saúde pública e privada do município de Campo Grande.

Sumário

1. Introdução	15
1.2 Objetivo principal e objetivos específicos	21
1.3 Justificativa do estudo	21
1.4 Apresentação da tese	25
2. Marco teórico	26
2.1 Gênero e Violência de Gênero	26
2.2 A construção do conceito de violência contra a mulher	31
2.3 Violência sexual contra a mulher	33
2.4 A construção e o desenvolvimento de políticas ampliando o conceito sobre violência e violência contra a mulher segundo o marco da saúde	35
2.5 A atuação da saúde diante da violência contra a mulher	43
2.6 As redes e o enfrentamento da violência contra a mulher	55
2.7 Redes de atenção para mulheres em situação de violência no âmbito do SUS	58
3. Percurso metodológico do estudo	63
3.1 Desenho do estudo	63
3.2 A escolha do caso	65
3.3 Breve apresentação do município	65
3.4 Métodos e técnicas	68
3.5 A representações sociais	74
3.6 Os procedimentos de análise utilizados	76
3.7 Os aspectos éticos da pesquisa	77

4. Resultados da pesquisa e discussão qualitativa	79
4.1 Representações sociais de gestores sobre violência sexual contra a mulher e a rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual do município de Campo Grande/Mato Grosso do Sul	79
4.2 As representações sociais dos gestores da rede sobre as dificuldades da mulher que sofre violência sexual e procura ajuda em serviços de saúde	86
4.3 A composição e atuação da rede municipal de Campo Grande para atenção a mulheres em situação de violência sexual: a perspectiva dos gestores	94
4.3.1 A rede municipal de saúde e os serviços de atenção para mulheres em situação de violência sexual	94
4.3.2 Atuação da Rede municipal de saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual	102
4.3.3 Composição da rede intersetorial de atenção à mulher em situação de violência sexual	118
4.4 Relações institucionais, vínculos e pactuações da rede de saúde no contexto ampliado da atenção intersetorial às mulheres em situação de violência sexual	129
4.5 Gerenciamento, monitoramento e sustentabilidade da Rede de Atenção para mulheres em situação de violência sexual	145
4.5.1 Gerenciamento da Rede de Atenção para mulheres em situação de violência sexual no município de Campo Grande/MS.	145
4.5.2 Iniciativas para o Monitoramento da rede municipal de atenção para mulheres em situação de violência sexual	149
4.5.3 Sustentabilidade da Rede de Atenção a mulheres em situação de violência sexual	153
5. Considerações finais	158
6. Referências bibliográficas	169
7. Anexos	188

1 – Introdução

1.1 O tema

A violência contra a mulher está ancorada nas estruturas sociais e de gênero, sendo construída e apresentada como forma de controle do feminino que atravessa a história e as questões sociais. O termo “Gênero” segundo Scott (1990), deve ser visto como elemento constitutivo das relações sociais, baseadas em diferenças percebidas entre os sexos, e como sendo um modo básico de significar relações de poder. A violência de gênero afeta em maior número as pessoas do sexo feminino, sejam elas crianças, adolescentes, mulheres jovens, adultas ou idosas.

A violência sexual cometida contra mulheres, crianças e adolescentes se confunde com o cotidiano das famílias, da comunidade e da sociedade, tomando ares de coisa comum, banalizada e instituída durante séculos na história da humanidade e do Brasil.

Os direitos da mulher e questões relacionadas à violência estão explicitados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e nos documentos das conferências internacionais sobre direitos da mulher, podendo ser citados: as Declarações do Cairo (1994), Beijin (1995) e Belém do Pará (1994), reforçados na Conferência de Cúpula para o Desenvolvimento Social (Copenhague) – 1995, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) – 1979, que entrou em vigor a partir ano de 1981 e na Declaração do Panamá (2009), onde o enfrentamento da violência cometida contra esse grupo populacional é recomendação constante nas avaliações entre a ONU e os países.

Conforme a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, adotada pela OEA em 1994 – Art. 1º - pág. 01) a violência contra a mulher é “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

A CEDAW, código internacional reconhecido pela Organização das Nações Unidas, possui uma introdução e 30 artigos que definem o que é violência e discriminação contra mulheres no mundo, bem como aponta ações e estratégias para o seu enfrentamento. Em 2013 ela é ratificada por 173 países, o que significa dois terços países membros da Organização.

O Brasil que é signatário de todos os acordos internacionais que repudiam quaisquer formas de violência contra a mulher, apresentando ao longo de décadas registros que demonstram a magnitude do problema.

Nas diversas formas de violência cometidas contra mulheres, o fenômeno se apresenta como problema de segurança pública, posto que é crime, questão de saúde pública, porque afeta física e mentalmente as pessoas, como fator relacionado ao desenvolvimento social porque favorece ao desequilíbrio estrutural e econômico do país, como questão de educação por estar intimamente relacionado aos modelos apreendidos e perpetuados e de justiça, porque o ato demanda responsabilização do agressor e o indivíduo necessita por vezes, de uma reorientação social para modificação de comportamentos violentos.

A Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2001), afirma que no Brasil desde a década de 1970, os movimentos organizados de mulheres vêm estudando e apontando situações históricas e transgeracionais de violência contra mulheres, em especial a violência sexual.

As diversas legislações e estudos nacionais e internacionais apontam que a violência sexual contra a mulher não reconhece fronteiras, perpassa todas as faixas etárias, graus de instrução, classes sociais, cores de pele, raças e etnias. *“A violência sexual constitui-se no mais democrático de todos os fenômenos sociais”* (Strey 2001:48).

A magnitude da violência sexual cometida contra mulheres é reconhecida pela Organização das Nações Unidas - ONU (2004) como um problema mundial, histórico e transgeracional. Segundo a ONU (2004) as cidades latino-americanas têm as maiores taxas de violência sexual contra mulheres em todos os continentes.

Dos crimes sexuais registrados na América Latina, cerca de 70% dos casos de violência sexual são estupros, tentativas de estupro e outras agressões sexuais.

O relatório ONU (2004), afirma que a mulher brasileira está entre as que mais sofrem violência sexual doméstica na América Latina. Estes dados bastante questionados pelo Brasil à época, não tiveram como ser contestados, posto que as estatísticas nacionais não apresentaram detalhamentos passíveis de comparação.

De acordo com a Organização das Nações Unidas - ONU (2010), cada vez mais, as mulheres são vítimas da violência sexual, incluindo o estupro, que é usado também como arma de guerra e como meio para resolver conflitos em alguns países. Conforme o relatório (2010) houve um aumento expressivo no número de denúncias sobre o assunto junto aos organismos de ajuda humanitária.

O relatório ONU (2010) é baseado em relatos de mulheres afetadas pelos conflitos e guerras, além de vítimas de recentes desastres mundiais e catástrofes naturais, como a Bósnia Herzegovina, Haiti, Iraque, Jordânia, Libéria, Uganda e os Territórios palestinos. A ONU afirma que são “*graves e legítimas as preocupações*” em todo o mundo quanto à situação das mulheres diante da violência sexual e todas as suas consequências.

No Brasil, a informação relacionada à violência sexual está dispersa em várias bases de dados e por vezes torna-se de difícil organização para uma melhor compreensão do fenômeno.

O Ministério da Justiça possui o maior volume de estatísticas relacionadas ao estupro, quando levantado o volume de queixas em delegacias de polícia.

O Ministério da Saúde dispõe de banco de dados sobre a violência sexual em decorrência dos atendimentos em serviços de saúde com notificação compulsória, determinada pela Portaria GM/MS nº 104 de 25/01/2011, chegando a 17.523 notificações de casos de violência sexual em ambos os sexos e todas

as faixas etárias no ano 2013, sendo para o sexo feminino um total de 15.288 notificações. Cabe observar que esses dados estão sujeitos à revisão, podendo aumentar o número de casos. Esses dados subnotificados e assustadores dão conta de apresentar que a cada dia em média 42 mulheres passam pelos serviços de saúde por terem sofrido violência sexual e que nessa mesma lógica a cada 02 horas uma mulher estuprada é atendida no Brasil. (SINAN/MS 2014)

Mais recentemente foi criado o Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República que concentra outro banco de informações relacionadas a pedidos de orientação sobre o assunto.

Essas bases de dados ainda não integradas, dificultam uma análise aprofundada sobre a problemática da violência sexual no Brasil. Ainda assim, se projetados os mapas da violência sexual elaborados com os dados existentes em cada instituição, é possível verificar que em todas as regiões do país há casos notificados, denunciados ou registrados. No entanto, pelo baixo número de serviços que se autodenominam de atenção à violência sexual, o Brasil adota a prerrogativa do que indica a Organização Mundial da Saúde (2002), quando afirma que apenas 2% das pessoas que sofrem violência sexual procuram ajuda nos serviços de saúde. A situação é muito grave.

Souza e Adesse (2005) apontam a necessidade de melhorias no desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde para ampliar formas de captação de dados epidemiológicos sobre a violência sexual. As autoras citam o maior estudo brasileiro já realizado desde então sobre o assunto que aconteceu na Zona da Mata, interior do Estado de Pernambuco e em São Paulo (capital) onde foram entrevistadas 2.645 mulheres com idades entre 15 e 49 anos. Destas 61% relataram já ter sofrido algum tipo de violência por parte do parceiro ou ex-parceiro, pelo menos uma vez em suas vidas. Desse total de mulheres, 24% afirmaram terem sido obrigadas a manter relações sexuais quando não desejavam ou forçadas às situações sexuais violentas afirma Couto et al. (2004).

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) aponta que num universo de 2.365 mulheres entrevistadas em 176 municípios do país, 40% delas havia

sofrido algum tipo de violência, 24% sofreram violência física ou ameaça à sua integridade física, 23% sofreram violência psicológica ou verbal, 10% sofreram violência sexual, 3% sofreram estupros e 7% passaram por assédio sexual com toques físicos ou favores sexuais em troca de algum tipo de promoção. Esses dados chocantes remetem a necessidade de uma resposta do Estado, seja em forma de atendimento às necessidades dessas mulheres, por ações de prevenção e pelo ajustamento da legislação para que a certeza de impunidade seja diminuída.

É bem recente o processo de institucionalização dessa temática como prioridade no Estado brasileiro. Os serviços de saúde iniciam a trajetória da atenção para mulheres em situação de violência sexual na década de 1980. Todavia naquele período, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (1985), em suas bases de ações programáticas, não citava qualquer discussão ou proposta relacionada aos temas da violência contra a mulher.

Em 1998 o Ministério da Saúde reconheceu formalmente a violência como um problema de saúde pública e a primeira Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes é disponibilizada para o Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Justiça evoluiu com maior potencial durante a década de 2000, ampliando o número de delegacias especializadas para atendimento à mulher.

Em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e traz no primeiro ano de existência uma Política de Enfrentamento da Violência contra a Mulher (2003).

O Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher (2007) vem favorecer a aproximação entre ações governamentais e a sociedade civil para alcançar a população feminina e suas especificidades em relação às formas de violência mais representativas: violência sexual, doméstica, tráfico de pessoas e a garantia de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Essa forma de organização institucional apresentada pelo Pacto (2007), fortalece o contexto de rede, que é fundamental para o enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil. A violência sexual ali inserida, tomou ares políticos para discussão no âmbito nacional e o documento discutido em todos os Estados da Federação, favoreceu espaços para o fortalecimento de projetos, estudos e pesquisas na área acadêmica, bem como pela sociedade civil.

A proposta nacional de organizar redes de atendimento vem avançando desde o início da década de 2000, a partir de decisões políticas em Estados e Municípios, para dar consequência ao enfrentamento a violência sexual. Impulsionada pelo movimento de mulheres e por algumas iniciativas municipais bem organizadas e com respostas positivas, as redes intersetoriais compostas por instituições governamentais e não governamentais buscam desenvolver ações de prevenção e atendimento para mulheres em várias cidades do país.

Se fosse possível analisar a formação, as características de cada forma de gestão e os modelos desenhados para a atenção a violência sexual contra mulheres em todos os municípios do Brasil teríamos certamente, uma fonte inesgotável de diferentes resultados para discussões teórico-práticas e, ainda assim, conclusões variadas sobre o que significa a organização de uma rede temática que é ao mesmo tempo específica, intersetorial e multiprofissional.

Esta tese está centrada no aprofundamento sobre as redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual. A organização e gestão dessas estratégias de intervenção e enfrentamento a violência contra a mulher, apresentam características, estruturas e movimentos que são únicos em cada município. Tomamos um estudo de caso para o aprofundamento dessas questões. Consideramos estratégico analisá-las a partir da perspectiva e representações de seus gestores, dado que as decisões, posturas e ações desses agentes são de extrema relevância ao modo de funcionamento desta rede.

1.2 Objetivo principal e objetivos específicos

O objetivo desse estudo foi analisar a experiência de uma rede municipal de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, a partir da ótica dos gestores do setor saúde.

Como objetivos específicos buscamos compreender: (i) a composição e atuação da rede municipal de saúde na atenção para mulheres em situação de violência sexual, (ii) as relações institucionais, vínculos e pactuações dessa rede intersetorial; (iii) os mecanismos de gerenciamento, comunicação e monitoramento desenvolvidos; (iv) as estratégias de viabilidade e sustentabilidade da rede no município.

1.3 Justificativa do estudo

Minha história profissional como técnica do quadro permanente do Ministério da Saúde e meu percurso acadêmico por mais de vinte anos percorre caminhos que estão sempre interligados com os temas da atenção às pessoas em situação de violência. Há tempos venho estudando, colaborando nas construções de políticas públicas intersetoriais e aprendendo a desenvolver políticas de saúde nas temáticas da violência numa perspectiva de defesa de direitos para crianças e adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas. No mesmo percurso, estou inserida com efetiva participação técnica em ações de qualificação e apoio à organização da gestão junto aos Estados e Municípios e em outros países, visando o fortalecimento das redes de serviços, da humanização, e na busca pela eficiência da atenção às mulheres em situação de violência sexual.

Desde o mestrado em Reabilitação de Pessoas com Deficiência, desenvolvido na Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca em 1998, na Espanha, onde pesquisei e trabalhei a questão do acidente de trânsito como uma violência, o cotidiano de pessoas que se tornam deficientes por essa causa, e como apoiar a reabilitação física e psicológica para sua reinserção no mercado de trabalho, venho trabalhando na perspectiva de compreender outras

formas de violência, suas consequências e repercussões na saúde, na educação e em outras áreas da vida. Fiz outro mestrado em Saúde Pública na área de Gestão de Redes e Serviços de Saúde realizado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz onde o estudo realizado foi a primeira análise sobre a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no Estado do Amapá no período 2002 a 2004. Desde então venho aprofundando estudos na área de organização de redes e serviços voltados a atenção para pessoas em situação de violência, apoiando a construção de políticas públicas e assessorando estados e municípios em sua operacionalização. Esses estudos me proporcionaram observar o desenvolvimento e as perspectivas entre gestores do SUS em garantir ou não a sustentabilidade para ações de prevenção, atenção e enfrentamento da violência no âmbito nacional.

Trabalhar em países com altas incidências de violência sexual contra as mulheres ampliou minha capacidade de aproveitamento das teorias apreendidas na academia, e suas correlações com a prática de serviços no Brasil. Essa possibilidade me permitiu observar o esforço dos envolvidos: nossa em aprender, reconhecer e nos integrar minimamente às culturas locais, compreender os contextos dessas violências, suas interfaces e contribuir respeitosamente, não omitindo as imperfeições com as quais convivemos em nossos serviços. Deles, os profissionais de saúde do Haiti e de Guiné Bissau onde tenho trabalhado, em se permitirem expor suas dificuldades técnicas e operacionais, para receber nossa oferta e nos ensinar como seus sistemas de saúde sobrevivem diante das dificuldades advindas das guerras, do terremoto, da inópia e ainda assim, conseguem ajudar as mulheres em situação de violência sexual.

O interessante processo de aprendizagem-ensino-aprendizagem-troca dá a impressão de que profissionais de saúde de todos os lugares, com culturas ou idiomas diferentes podem e querem mudar a realidade das mulheres que estão em situação de violência sexual. Precisam apenas ser estimulados e apoiados.

O tema ainda possui poucos estudos no Brasil. No levantamento sobre artigos científicos publicados em bases bibliográficas em 2012 foram localizados 631 publicações com variações em torno de estudos de casos de serviços específicos, aplicação de normalizações em serviços hospitalares, redes de atenção à saúde ou sobre casos atendidos e entrevistas com mulheres que sofreram violência sexual. As bases consultadas foram PUBMED e SCOPUS. Cruzadas as bases bibliográficas foram selecionados 53 artigos nacionais e internacionais com texto completo e desses 09 artigos estão relacionados à temática do estudo. Outras bases tais como LILACS, BIREME e SCIELO também foram consultadas e identificamos 1.146 artigos. Após estes recortes foram obtidos 290 artigos com títulos aproximados e 72 se tratavam das temáticas descritas. Com a leitura dos artigos selecionados, 09 tratavam das linhas de atenção para mulheres em situação de violência sexual e das redes de atenção à saúde. Ainda, foram identificados 01 livro sobre violência sexual no Brasil, 01 livro e 01 cartilha sobre redes de atenção para mulheres em situação de violência.

Nos levantamentos realizados em 2013 para atualizar as produções científicas nacionais que tratassem do tema redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual, localizamos 73 artigos dos quais selecionamos 41. Os descritores utilizados para o refinamento das buscas foram os seguintes: Sexual violence, Violência sexual, Violence Against Women, Violência contra a mulher, Assistência à Saúde, Delivery of Health Care, Women's Health, Saúde da mulher, Reproductive Rights, Direitos Reprodutivos, Sexual and Reproductive Rights, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Redes de Atenção à Saúde, Networks of health care.

Nos artigos selecionados observamos que, em sua grande maioria, apresentavam avaliações sobre serviços, representações sociais de categorias profissionais sobre a temática, percepções de usuárias sobre o atendimento recebido e análises sobre as relações institucionais entre serviços, sendo que 04 trataram a temática das redes de atenção a violência contra mulheres. Esses estudos representativos fortaleceram nossa intenção em estudar os diversos espaços e as representações sociais de gestores no que refere à organização e

funcionamento da rede intersetorial de atenção para mulheres em situação de violência sexual.

Consideramos que um estudo aprofundado sobre a experiência de uma rede local de atenção para mulheres em situação de violência sexual pode contribuir para o fortalecimento das políticas públicas, apontando suas potencialidades, boas experiências, bem como suas lacunas. O estudo de uma rede municipal concreta, foi uma oportunidade para verificar, na prática, se o preconizado pelas políticas setoriais e teorias explicativas conseguem ser aplicadas no cotidiano.

A análise em profundidade de uma rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual permite traçar parâmetros de reflexão acerca dos principais problemas e potencialidades das demais redes existentes no país, o que constitui subsídios para ampliar a discussão sobre a organização de redes intersetoriais.

A escolha do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul como campo de pesquisa, deu-se pela complexidade da organização da atenção em situação de violência sexual naquele território, o esforço institucional em vencer a objeção de consciência entre profissionais de saúde para o atendimento às situações de violência contra a mulher, intervenções relacionadas a organização de estratégias na atenção à saúde de quem foi exposto aos riscos de uma violência sexual e a implementação de políticas de enfrentamento da violência contra mulheres.

Em síntese, a eleição desse objeto bem como seu campo de estudo foi uma combinação de fatores: alinhar o trabalho já desenvolvido ao longo do tempo, a proximidade com o município pelo acompanhamento da trajetória de construção de sua rede nos últimos dez anos e o interesse em aprofundar conhecimentos sobre as teorias que explicam o progresso ou as dificuldades de uma estratégia intersetorial para mulheres em situação de violência sexual.

1.4 Apresentação da Tese

Esta tese foi dividida em quatro capítulos. O primeiro tratou dos marcos teóricos que permearam o estudo e possibilitaram correlacioná-los aos momentos de pesquisa de campo e análises científicas sobre os achados. Os marcos teóricos se apoiam nos conceitos sobre violência de gênero, violência e violência sexual e suas definições se apoiaram em autores, legislação internacional, nacionais e políticas públicas. Para os aprofundamentos sobre redes de atenção à saúde utilizamos os teóricos mais recentes na área da saúde e sobre as redes de atenção às mulheres em situação de violência sexual. Fizemos aproximações com diversas linhas de pensamento que discutem o tema no país.

O capítulo dois apresentou o percurso metodológico do estudo. O desenho do estudo seguiu as interfaces da triangulação de métodos, buscando as teorias sobre estudos de caso e a perspectiva da análise de representações sociais.

O terceiro capítulo analisou as representações sociais dos gestores, suas concepções sobre a violência sexual e quais as principais dificuldades encontradas pelas mulheres que procuram os serviços; a composição e atuação da rede municipal de saúde na atenção a mulheres em situação de violência sexual; as relações institucionais, vínculos e pactuações da rede intersetorial; as formas de gerenciamento, comunicação e monitoramento dessa rede municipal; as dificuldades e potencialidades para a sustentabilidade da rede de serviços.

O último capítulo, das considerações finais, traz reflexões sobre os apontamentos mais relevantes extraídos dos resultados do estudo e discute os problemas e potencialidades dos achados.

2. Marco Teórico

2.1. Gênero e Violência de Gênero

Segundo Safiotti (1999) “gênero” é a condição de construção social de homens e mulheres em suas relações interpessoais. A discussão remonta o processo de organização da sociedade e discute a forma de dominação masculina tradicional que ainda se apresenta na atualidade nas várias interfaces da violência contra mulheres em todas as regiões do Brasil.

Schienbinger (2001:32) define com clareza a diferença entre os termos: *“Uma mulher, é um indivíduo específico; ‘gênero’ denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto mulheres; (...) ‘feminino’ refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e ‘feminista’ define uma posição ou agenda política”.*

No contexto social brasileiro da atualidade e agregando todos os conceitos de gênero e sexo, a mulher em suas especificidades de cor de pele, etnia e orientação sexual, convive com variadas relações de poder com os homens (e também com outras mulheres) no seu cotidiano, exercendo a partir daí o feminino de acordo com as realidades regionais, comunitárias ou familiares. O Brasil possui diferentes realidades e modelos sociais estabelecidos, onde a hegemonia do patriarcado instituído é confrontada pelo fortalecimento dos debates de cidadania e gênero.

Os principais autores feministas que discutiram as teorias de gênero, favoreceram avanços no que compreendemos hoje como as dimensões do gênero, as questões do sistema gênero e sexo e as desigualdades de gênero expressas (Rubin, 2003; Safiotti, 2004; Louro, 2008). Essas discussões aproximaram-nos da realidade encontrada na sociedade e apresentaram os desafios que necessariamente deverão ser enfrentados para diminuir as desigualdades de gênero que foram originalmente estruturadas. No caso

brasileiro, a desconstrução de mais de quinhentos anos de violências baseadas no gênero e em especial cometidas contras as mulheres, no sistema sexo/gênero para tratar a questão do corpo como matéria prima para o condicionamento do gênero e nas situações entre gênero e saúde que se apresentam como um problema .

Rubin (1975, 2003) traçou um roteiro de diálogos e utilizou ferramentas analíticas que visavam explicar o que significa o sistema sexo e gênero num contexto capitalista e que se traduziu como sendo a matéria-prima o sexo: a fêmea e como produto o gênero: a mulher domesticada. Assim, quando não obedecem as regras estabelecidas socialmente para o que se considera ideal para o comportamento feminino, este produto está vulnerável e passível de correções. A autora trabalha na perspectiva de que o conceito de gênero esteja aberto aos novos contextos históricos e aos desafios do feminismo.

Louro (2008) vem ampliar a discussão conceitual de gênero no campo dos desafios, das mudanças ideológicas, da sexualidade, do reconhecimento das múltiplas identidades e dimensões de gênero, que compreendem-se hoje como classificações binárias, sendo o masculino/feminino, heterossexual/homossexual e as denominadas orientações sexuais: gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, transgêneros e heterossexuais.

Segundo Bourdieu (1999) as diferenças biológicas entre homens e mulheres são compreendidas como justificativas das diferenças sociais entre os gêneros, a partir de uma construção social naturalizada e entendida como definições inatas. Estas definições apontam como características ao sexo masculino a virilidade, força, poder e agressividade. Para Bourdieu (1999:78) a virilidade é *“construída diante e para outros homens e contra a feminilidade”*. Nesse sentido a construção social da masculinidade estaria associada a comportamentos agressivos expondo o homem a maiores riscos que mulheres.

Gomes (2008) discute as implicações simbólicas dos modelos de masculinidade e feminilidade estabelecidos para as relações de gênero. O referido autor analisa o contexto das diferenças entre os sexos e o quanto podem ser reforçados os comportamentos de masculinidade no cotidiano, sendo

quase exigido socialmente que o homem seja forte diante dos outros e poderoso de alguma forma diante da mulher, mesmo que praticando violência.

Bourdieu (2006 e 2009) desenvolve o raciocínio da condição de gênero estipulada para a mulher como uma questão de controle, de arbitrariedade com objetivos que perpassam a dominação do corpo, atribuindo às mulheres a responsabilidade por sua opressão. Aponta como a sociedade agregou simbolicamente ao comportamento da mulher a adoção de práticas submissas.

Heilborn (1997) discute o conceito de gênero, sexo e sexualidade fazendo a interface com a área de saúde a partir das doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/ Aids. Heilborn estabelece uma discussão acerca dos mitos que envolvem o condicionamento social em torno da mulher, quando mesmo depois de uma década da descoberta dos primeiros casos de Aids no Brasil, ainda perduravam os valores do baixo risco das relações sexuais entre parceiros conhecidos ou fixos sem o uso de preservativos e os agravamentos em saúde de mulheres e com a transmissão do vírus a recém nascidos por conta um sistema simbólico que ultrapassou os limites do auto cuidado.

Fonseca (2002) estabelece uma importante discussão no que refere às questões do gênero e saúde da mulher. A autora apresenta e discute a tríade raça, gênero e geração com o objetivo de apresentar um retrato das desigualdades sociais e o como isso influencia nas relações da mulher com os processos de adoecimento, as situações de violência a que está exposta e como os serviços de saúde se colocam para ela. A equidade em saúde e de gênero em saúde discutida por Fonseca (2002) é a representação do momento atual, quando discutimos a questão do atendimento à violência sexual contra mulheres no SUS e está explicitada no difícil acesso a serviços, no financiamento de ações em saúde para o enfrentamento à violência e nos indicadores pouco desenvolvidos para monitorar as ações.

Vilella et al. (2009) realizaram uma densa pesquisa sobre “a incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva” alinhados à categoria gênero como pano de fundo. A partir dos resultados do estudo apontaram a temática da violência como um dos principais focos de uso

do gênero como “categoria interpretativa” entre os artigos catalogados. Considerando seus apontamentos de que no setor saúde ainda que se compreenda a classificação do gênero como categoria de análise, está contextualizado para mulheres e homens, considerado o contexto feminista e político em torno da saúde da mulher, do tema do aborto, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Almeida (2007:24) apresenta a violência de gênero como a “*produção da violência em um contexto de relações produzidas socialmente*”. Portanto, o seu espaço de produção é societal e seu caráter é relacional.

Bourdieu (1999) contextualiza a violência simbólica como uma ação que por vezes é imperceptível para as vítimas, e, que essa expressão da violência acomete, na maioria das vezes, as mulheres.

Bourdieu (2009:33) fala ainda da forma como se incorpora socialmente a dominação masculina. Relata o processo desenhado ao longo do tempo, com o sentido de “*instituir a diferença entre os corpos biológicos em fundamentos objetivos da diferença entre os sexos, no sentido de gêneros construídos como duas essências sociais hierarquizadas.*” Essa afirmação agrega modelos teóricos de relações de gênero, onde o masculino se sobrepõe ao feminino, numa relação de força, seja ela psicológica física ou sexual.

Saffioti (2001:117) descreve as normas sociais impostas para o comportamento da mulher e o uso da violência pelo homem para manter o controle daqueles que ideologicamente lhe devem obediência. A autora discute ainda a violência patriarcal que se impõe na cultura e o quanto é importante que se estabeleça um movimento de resistência do feminino ao projeto masculino de “*dominação-exploração das mulheres*”, das mais variadas formas.

Almeida (2007) afirma que a violência de gênero se sustenta pela manutenção de um quadro de desigualdades de gênero. Isso significa que a construção social de gênero entre homens e mulheres, ampliou a categorização da violência de gênero bastante abrangente. Reconhece que a identificação de suas múltiplas formas é incompleta, posto que pode ser vivida tanto pelo sexo

masculino como pelo feminino. As mulheres, mais expostas às desigualdades sociais de gênero e às violências simbólicas, acabam por serem vítimas recorrentes da multiplicidade de fenômenos violentos e das discriminações.

Negrão (2010) discute as políticas de saúde e suas interfaces com as questões de gênero e a saúde da mulher. Na temática da violência sexual relata os mecanismos de monitoramento internacionalmente utilizados para grandes grupos de estratégias desenvolvidas e avalia as dificuldades enfrentadas para o reconhecimento do gênero como uma questão de saúde pública no Brasil. Negrão (2010) reconhece que ainda é insuficiente o volume de estudos qualitativos acerca do desenvolvimento de temas sobre gênero e saúde e aponta que em particular para as questões da violência contra a mulher há um esforço que necessita ser melhor qualificado internamente no SUS.

Hoje, 2014, o conceito de gênero discutido no âmbito internacional é traduzido e adequado ao contexto de país, e no Brasil é orientado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, como sendo: *“gênero refere-se às construções sócio-culturais a partir da condição de sexo (feminino, masculino). A condição de gênero trata da construção de significados culturais para as diferenças de sexos dando sentido para essas e, conseqüentemente, posicionando-as dentro de relações hierárquicas e/ou de poder”*.

Para o desenvolvimento do conceito atual de gênero e políticas públicas, a Secretaria de Políticas para as Mulheres interpreta e discute a inserção de ações afirmativas para o gênero feminino de forma institucional e aponta o estabelecimento de “mecanismos de gênero”, que é quando um órgão de governo estrutura uma iniciativa política e técnica de intervenção, o que no caso do Ministério da Saúde é a área Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, que deve ter como objetivos planejar, articular, financiar, implementar, monitorar e avaliar ações que beneficiem mulheres e reduzam as iniquidades e desigualdades de gênero no âmbito da saúde pública.

2.2 A construção do conceito de violência contra a mulher

A Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, 1994) define que violência contra a mulher é *“qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”*.

O Brasil é signatário de todos os tratados e convenções que repudiam a violência contra as mulheres, mesmo que ainda exista uma distância entre o desejo declarado de enfrentar a violência e as ações para diminuição desses agravos. Notadamente vem sendo construído um caminho para o enfrentamento da violência baseada no gênero que visa cumprir os documentos internacionais assinados.

De acordo com Rezek (1984:21): *“Tratado é o acordo formal, concluído entre sujeitos de direito internacional público, e destinado a produzir efeitos jurídicos”*. Para França (1977:05) uma *“Convenção internacional pode ser considerada uma espécie de tratado, e refere-se, em geral, ao acordo de vontades, celebrado por escrito entre Estados, que tem por objetivo estabelecer normas de conduta gerais e abstratas, sobre determinada matéria, estando regido pelo direito internacional. Porém, só obriga os Estados que se comprometeram por ela através de suas assinaturas e dos procedimentos impostas nas suas respectivas ordens jurídicas nacionais.”*

Santos e Izumino (2005) afirmam que, no Brasil, a literatura sobre violência contra mulheres e as análises e discussões sobre os conceitos de violência de gênero e violência contra mulheres tiveram início nos anos 80 e se apresentaram como um dos principais temas dos movimentos sociais de mulheres.

Chauí (1985) define a violência contra a mulher como *“uma ação que transforma diferenças em desigualdades hierárquicas com o fim de dominar, explorar e oprimir”* e afirma que as mulheres acabam aceitando a vitimização, tornando-se cúmplices da violência.

Saffioti (1987) discute a teoria do patriarcado, onde o homem acredita no seu direito de posse e agride quando contrariado, ou agride por que tem vontade. Nessa situação, a mulher que foi educada numa condição machista, concebe a violência como “*destino*”, como situação “*natural*”. Saffioti (1987) discorda da teoria de Chauí (1985), de que a mulher torna-se cúmplice da violência sofrida. Saffioti (1987) defende que a mulher que sofre violência é um sujeito que está numa relação de poder desigual.

Numa análise das várias correntes que discutiram a violência contra mulheres nas décadas de 80 e 90, Santos e Izumino (2005) relatam que os pesquisadores e o movimento feminista, assumiram o conceito de violência elaborado por Chauí (1985), sem discutir a questão da aceitação pelas mulheres dessas violências sofridas como uma condição da convivência interpessoal ou uma imposição social camuflada.

Como uma terceira corrente teórica Santos e Izumino (2005), tratam a violência contra a mulher como uma questão de dominação-vitimização. As autoras (2005), baseadas em outros estudiosos, argumentam que as mulheres não são simplesmente dominadas pelos homens ou meras vítimas destes. Chamam a atenção para uma nova leitura sobre os fatos violentos, afirmando que “*a mulher tem autonomia e participa ativamente da relação violenta*”, seja como vítima ou agressora. Essa argumentação se aproxima dos contextos de violência doméstica, violência conjugal ou violência entre parceiros íntimos. Nessas formas de relação entre homens e mulheres, as violências que mais se expressam são a violência física, a violência psicológica e a violência sexual.

A discussão sobre o quanto a mulher é vítima ou cúmplice da violência praticada nos espaços públicos ou privados remete ao contexto social preestabelecido discutido por Saffioti (1999), onde as mulheres são educadas para aceitarem as várias formas de dominação e por vezes não terem percepção sobre as possíveis discriminações a que são expostas. Numa análise mais aprofundada e compreensiva sobre as teorias explicativas das razões da violência cometida contra a mulher é que se pode desenvolver políticas, ações e estratégias para o seu enfrentamento.

2.3 Violência sexual contra a mulher

É a partir da identificação de formas expressas da violência contra a mulher que se faz o recorte para o estudo proposto, considerando que a violência sexual compreende variados atos ou tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada.

Para Faúndes, Rosas, Bedone e Orozco (2006) a violência sexual contra a mulher é uma das expressões da violência baseada no gênero, que tem como origem o desequilíbrio de poder existente entre homens e mulheres, com maior ou menor intensidade, em todos os países do mundo.

De acordo com Vasconcelos e Mallak (2002), o Ministério da Saúde (2005) e a Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009 que altera o Código Penal Brasileiro (1940), a violência sexual consiste na 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.

De acordo com o Código Penal Brasileiro de 1940, alterado pela Lei 11.106/2005 e Lei 12.015/2009 que trouxe novas modificações ao Código Penal brasileiro em seu capítulo II - arts. 213, 215, 216, 217, 218, 225 e 228, 229, 231, 234 e 244 – ampliando e contemplando para ambos os sexos o conceito de violência sexual caracterizando-a nas formas física, psicológica ou com ameaça e compreendeu o estupro, a tentativa de estupro, a sedução, o atentado violento ao pudor e o ato obsceno, com conjunção carnal ou não.

Para a OMS (2002:148) *“violência sexual pode ser definida como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles.”*

De acordo com a OMS (2002) a violência sexual é cometida, na maioria das vezes, por autores conhecidos das mulheres, envolvendo o vínculo conjugal (esposo e companheiro) no espaço doméstico, o que contribui para sua invisibilidade. Esse tipo de violência acontece nas várias classes sociais e nas diferentes culturas. Atos sexualmente violentos podem ocorrer em diferentes circunstâncias e cenários. Dentre eles e de acordo com a OMS (2002) podemos citar:

- Estupro dentro do casamento ou namoro;
- Estupro cometido por estranhos;
- Investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como pagamento de favores;
- Abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes;
- Abuso sexual de crianças;
- Casamento ou coabitação forçada, inclusive casamento de crianças;
- Negação do direito de usar anticoncepcionais ou de adotar outras medidas de proteção contra doenças sexualmente transmitidas;
- Aborto forçado;
- Atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, inclusive mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade;
- Prostituição forçada e tráfico de pessoas com fins de exploração sexual;
- Estupro sistemático durante conflito armado em países onde estejam ocorrendo guerras ou naqueles onde haja grande desestabilização social decorrente de desastres naturais (terremotos, maremotos, etc).

Para Oliveira (2007:456), *“a violência sexual contra mulheres não decorre do desejo sexual ou amoroso. Ao contrário, é uma demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres, na subjugação do seu corpo, tornado objeto, e da sua autonomia como sujeito”*. Oliveira (2007) considera o estupro como uma situação limite da violência sexual, que tem em seu simbolismo a condição da posse com humilhação.

A Organização Mundial de Saúde (2002), afirma que 10% da população mundial (homens e mulheres), já sofreram algum tipo de violência sexual em

suas vidas e que apenas 2% dessa população procuram os serviços de saúde para atendimento.

2.4 A construção e o desenvolvimento de políticas ampliando o conceito sobre violência e violência contra a mulher segundo o marco da saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua VIII Conferência no ano de 1955 propõe ao mundo uma iniciativa de enfrentamento aos acidentes, e que esses fossem considerados problemas de saúde pública. Inicia-se ali, a construção do conceito das causas externas de morbidade e mortalidade, conforme relatam Mello Jorge e Laurenti (1977).

As causas externas de morbidade e mortalidade são, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (1979), denominadas como “causas não naturais” ou “causas violentas” de internação ou óbito de pessoas.

A violência é reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública em 1993 pela Organização Panamericana da Saúde – OPAS, quando aprova a Resolução XIX e convoca os países e seus governos a desenvolverem planos e políticas para o enfrentamento da violência, com especial cuidado aos grupos mais vulneráveis.

Nesse período Minayo e Souza (1993:65) discutem a afirmativa da OMS sobre a temática como sendo um *“fenômeno social, travado no nível das relações sociais, sendo a violência também responsável, em suas manifestações específicas, por uma série de agravos à saúde (como maus-tratos, espancamento de mulheres e outros)”*.

Durante a década de 1990, pesquisadores de vários institutos e técnicos do Ministério da Saúde travaram ampla discussão sobre a evolução de óbitos e internações por causas externas. Em 1998, o Ministério da Saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública no Brasil, na reunião plenária do Conselho Nacional de Saúde onde se discutia a proposição de uma nova política

nacional. A partir de então, tomou-se o tema como uma prioridade e a redação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é iniciada.

Em 1996 a OPAS formaliza a prioridade com a disseminação do documento CD39/14 ampliando o alcance de suas ações e orientando as nações parceiras para desenvolvimento de pesquisas, para as cooperações em vigilância epidemiológica, tratamento e disseminação de informação relacionada à violência.

Em 1998, o Ministério da Saúde do Brasil publica a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Esse documento revolucionário no contexto de saúde pública da época é o primeiro documento oficial do Governo Federal que orientava os profissionais de saúde para o atendimento das situações de violência sexual. Naquele período, a Norma Técnica foi objeto de aplausos e enfrentamentos. Para Correia (1993) que avaliou os primeiros dez anos do PAISM, os desafios enfrentados refletiam a dificuldade do Estado diante do conservadorismo da sociedade e das imposições da Igreja católica. Osis (1998), refletindo a perspectiva do movimento feminista reconhece o pioneirismo brasileiro de se posicionar sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres mesmo antes do início das discussões internacionais. Desde então, a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes é regra consolidada para o atendimento das pessoas que estão em situação de violência sexual e é atualizada periodicamente de acordo com os consensos clínicos internacionais e nacionais sobre medicamentos antirretrovirais, doenças sexualmente transmissíveis, alterações legislativas referentes a violência sexual e ajustes na organização estrutural do SUS.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), com grande repercussão à época, posto ser o primeiro a tratar do tema, observa que todos os anos morrem mais de 1,6 milhões de pessoas no mundo por causas externas e que para cada pessoa que vem a óbito, muitas são feridas ou sofrem

problemas físicos, violências sexuais, coerção aos direitos reprodutivos e a saúde mental.

Nesse Relatório, a Organização Mundial da Saúde (2002:05) define a violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”

Como um primeiro documento que concentra a discussão sobre as diversas faces e expressões da violência no mundo, este relatório (OMS, 2002) abre um novo contexto para a compreensão do fenômeno que, até então, era debatido de forma isolada em cada país.

No Brasil, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) permeou contextos de saúde pública e seus determinantes sociais, favorecendo uma melhor compreensão sobre as populações vulneráveis às situações de violência e superando uma codificação reducionista onde as causas externas se dividiam em apenas duas possibilidades: acidentais e intencionais.

O Relatório Mundial (2002) veio corroborar o fortalecimento da implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - PNRMAV (2001), um dos primeiros projetos de parceria entre a Organização Panamericana da Saúde – OPAS/OMS no Brasil e o Ministério da Saúde para o desenvolvimento de iniciativas em torno dos temas prevenção, atendimento, promoção de ambientes e comportamentos seguros que mais tarde culminaria numa outra proposta para a saúde pública como desdobramento: a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006).

Para Minayo (2005:56) *“até bem pouco tempo o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como expectador, um contador de eventos, um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais (considerados externos a ele)...”*. No caso específico do Brasil, desde o final da década de 1990, a academia e os serviços, a sociedade civil organizada e as entidades de classe juntaram-se ao governo para discutir as potenciais frentes de enfrentamento das várias expressões da violência e sua relação com a saúde pública. Esse movimento culminou no desenvolvimento de propostas e diretrizes para a

redução de mortes e internações de pessoas em situação de acidentes e violências, que permeiam as ações de atenção à saúde nas várias frentes do Sistema Único de Saúde.

A PNRMAV (2001:03) conceitua a violência como *“um fenômeno complexo e representado por ações e omissões humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem.”* O fenômeno em destaque no cotidiano das pessoas possui raízes profundas, estruturais e diversas formas de expressão tais como as agressões físicas, sexuais, psicológicas, a tortura, negligência, abandono, as violências institucionais, atingindo todos os grupos populacionais.

A referida Política (2001) é uma das primeiras iniciativas mundiais a partir do setor saúde e no caso brasileiro serviu como base para a elaboração de outras políticas setoriais.

As diretrizes da PNRMAV (2001) são claras e objetivas e têm como principal forma de execução a intersectorialidade e a integração de políticas afins. São elas:

- Promoção e adoção de comportamentos seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersectorial às vítimas de acidentes e violências;
- Capacitação de recursos humanos e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A PNRMAV (2001) deu partida a uma discussão nacional em torno do tema violência e saúde, colocando a problemática da violência como um assunto que permeia de forma intersectorial a segurança pública, a saúde, a educação, a assistência social e os direitos humanos. Aponta discretamente a questão das violências doméstica e sexual contra a mulher. Nesse período, direciona

imediatamente a discussão e formação de Câmara Técnica específica para a discussão do tema e a definição desse assunto como uma das diretrizes do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2003) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004).

Santos (2004) avalia a implementação da PNRMAV (2001) e apresenta uma primeira reflexão que permanece atual: a manutenção do tema violência na agenda do setor saúde ainda depende das estratégias de fomento por parte do Ministério da Saúde aos estudos e pesquisas, do apoio técnico e financeiro de políticas setoriais para organização das redes de serviços de atenção para pessoas vitimizadas.

Ainda Santos (2004), discute a necessidade de estratégias para promoção da saúde e prevenção da violência, de mobilização social em torno da proteção aos direitos humanos, do fortalecimento e melhoria das bases epidemiológicas nos territórios por intermédio da implantação da notificação compulsória, do desenvolvimento de educação permanente para a formação de profissionais de saúde no trato de situações específicas da violência, no desenvolvimento de habilidades para as diversas linhas de cuidados em saúde de acordo com as faixas etárias, gênero, raças e etnias, na integração verdadeira com instituições parceiras e insistência técnica militante para a organização de redes de enfrentamento à violência que sejam eficazes em suas realizações.

Minayo (2004) discute e aponta as dificuldades e a lentidão com que o setor saúde trata o tema da violência em suas políticas públicas. Com mais de 10 anos de implementação, a PNRMAV (2001) enfrenta o desafio de ter a temática reconhecida, absorvida e tratada como as demais causas de enfermidades.

A Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher - PNAISM (2004) insere oficialmente no âmbito das políticas de saúde a necessidade de tratamento adequado para as violências sofridas pelas mulheres, destacando as violências domésticas e a violência sexual como associada às relações de gênero, evidenciando o histórico fator que contribui para a problemática

específica, a estruturação da sociedade num contexto de submissão do sexo feminino e o lançamento da culpa pela violência sofrida para a mulher.

Nesse período, a PNAISM era a única política de saúde que priorizou por escrito a implementação do tema violência sexual contra mulheres e adolescentes e tratou de articular com as demais áreas do MS, movimento de mulheres, Febrasgo e especialistas que compunham o Fórum sobre Atenção às Mulheres em situação de violência sexual e aborto previsto em lei. para ter apoio na normalização e na ampliação de serviços no âmbito do SUS. Enfrentando resistências internas no próprio SUS, o atendimento às mulheres em situação de violência sexual foi ganhando maior visibilidade pela atuação e pressão direta dos profissionais sensibilizados (CEMICAMP, 2004).

O Plano de Ação da PNAISM (2004-2007) apontava para a necessidade de institucionalização e priorização na implementação de ações de enfrentamento da violência contra a mulher no âmbito estadual, nos serviços de saúde, na qualificação de profissionais de saúde para a implementação de cada um dos eixos descritos na Política e com a perspectiva da intrasetorialidade, apontando para as questões de sustentabilidade dos planos e das ações propostas para municípios, sendo essas responsabilidades locais. Após 2007 não houve mais a publicização dos Planos de Ação da PNAISM para acompanhamento e monitoramento pela sociedade civil.

No período 1990 a 2010, tanto o Ministério da Saúde quanto os diversos autores da área vem dialogando sobre a transição epidemiológica brasileira e mundial, onde as principais causas de óbitos se dividem entre as doenças do aparelho circulatório, os cânceres (neoplasias) e as causas externas, que seriam os acidentes e as violências, buscando alternativas, prevenção, promoção da saúde e ações de organização de redes e serviços para atendimento adequado à população. Nesse período, as curvas epidemiológicas apontam os acidentes de trânsito e a violência interpessoal (homicídios), como sendo as principais causas externas de mortalidade, no conjunto de causas estabelecidas pela Classificação Internacional de Doenças, CID 9 (1979) e CID 10 (1993).

Com o passar dos anos e pela expressividade com que a violência ocupa espaço na vida em sociedade, seja nos espaços públicos ou privados, o assunto ganha prioridade para os Governos Federal, Estadual e Municipal seja pelo aumento da demanda nos serviços de saúde e segurança pública, seja pelo volume de denúncias nos diversos canais de comunicação desenvolvidos, a exemplo do Disque 100 que atende chamadas e providencia encaminhamentos para assuntos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, Disque 180 que acolhe denúncias ou telefonemas de mulheres que sofrem os mais diversos tipos de violência doméstica e sexual, que estejam em situação de tráfico ou cárcere privado e ainda os telefones para denúncias estabelecidos com números próprios em diversas cidades brasileiras.

Minayo e Deslandes (2009) avaliam e confirmam iniciativas de implantação da PNRMAV (2001) em cinco capitais brasileiras, verificando que os resultados, ainda que parciais dessa implementação, onde cada cidade alcança parcialmente as diretrizes, demonstram que há um esforço para que o tema esteja pautado nos planos e processos de trabalho das Secretarias de Saúde.

Cada um dos eixos da PNRMAV (2001) se desenvolve ao longo do tempo conforme a dinâmica de cada área responsável: as linhas de atenção aos acidentes e violência ganharam plena expansão no período de 2003 a 2010 com grande concentração de investimentos para os serviços de atendimento pré-hospitalar e hospitalar de urgência e emergência e para a vigilância epidemiológica das causas externas. A PNRMAV é referência reconhecida e ganha maior potência a partir da implementação de várias normalizações:

- Portaria GM/MS nº 936, de 18 de maio de 2004 dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios,
- Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2003);
- Política Nacional de Urgências e Emergências (2004);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004);
- Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2004);

- Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004);
- Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005), (2007), (2010) e (2011);
- Norma Técnica Anticoncepção de Emergência (2005), (2010) e (2011);
- Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005), (2010) e (2011);
- Aspectos Jurídicos do Atendimento à Violência Sexual – Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde (2005), (2010) e (2011);
- Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico (2005);
- Marco Legal – Saúde, um direito de adolescentes (2005);
- Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: Matriz Pedagógica para Formação de Redes (2006) e (2011);
- Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais (2006);
- Política Nacional de Promoção da Saúde (2006);
- Política Nacional de Humanização (2006);
- Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (2007);
- Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (2010),
- Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual (2010) e (2011).

Pereira (2002), afirma que o setor saúde é um dos espaços onde se materializam parte dos direitos sociais, onde se potencializam cenários de suprimimento de necessidades individuais imediatas, bem como responsabilidades

e garantias de direitos fundamentais que devem ser sustentados pelo Estado. Aponta que as políticas sociais, entre elas as de saúde, podem ser um dos elos explicativos do resignificado ou da importância que é dada à problemática da violência no país.

2.5 A atuação da saúde diante da violência contra a mulher

Nesse estudo, optou-se pela orientação da PNRMAV (2001) e pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (2004) no que refere ao desenvolvimento de estratégias para atenção às mulheres em situação de violência visando observar a integração entre as ações de atendimento à violência sexual, a vigilância epidemiológica desses agravos e a promoção de cultura de paz e não violência.

Iniciativa da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, a PNAISM vem sendo discutida e normalizada no aspecto da violência sexual desde 1986, quando um primeiro caso de atendimento de mulher que sofreu estupro, ficou grávida em decorrência dessa violência e solicitou a interrupção da gestação a um serviço público de saúde na cidade de São Paulo. O fato mobilizou técnicos, estudiosos, profissionais de saúde e organizações da sociedade civil em torno do tema desde então.

Dessa articulação, como já citamos, surgiu a primeira Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (1998) que preconizava o atendimento emergencial para a violência sexual e orientava o segmento nos serviços de saúde.

Por questões e pressões políticas e das igrejas católicas e evangélicas à época, o então Ministro da Saúde em 1998, equivocadamente determinou a exigência de Boletim de Ocorrência Policial para a realização do aborto legal, o que configurou em ação inconstitucional, fazendo com que o Ministério da Saúde ferisse o dispositivo legal colocado no art. 128 do Código Penal Brasileiro (1940) que orienta justamente o contrário: não se exige registro policial para o atendimento da necessidade da mulher que em decorrência de estupro

apresente o desejo de interromper a gestação. Esse erro jurídico somente conseguiu ser corrigido com a edição da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005), (2007), (2010) retomando com dificuldades o entendimento dos profissionais de saúde quanto ao direito da mulher de ser atendida imediatamente.

Em 2004 a elaboração e publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) incorpora em suas diretrizes, o enfoque de gênero, com recorte de raça e etnia prevendo entre suas ações a violência doméstica e sexual. Também contempla o apoio a participação do movimento de mulheres no processo de elaboração, execução e avaliação da política de atenção integral à saúde da mulher, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), é um dos mais reconhecidos documentos institucionais que norteiam a implantação do SUS ao longo dos últimos vinte anos, posto que permeia quase que todas as iniciativas e tecnologias desenvolvidas para a oferta de serviços no âmbito da saúde.

A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) ainda é fragmentada apesar do exercício diário de articulação em torno de temas elencados como prioritários. Há momentos de graves discontinuidades em suas ações e nem todos os campos temáticos são acompanhados seja pela prioridade política, seja pela fragilidade técnica que necessita se especializar e concentrar esforços nas diretrizes, elaborando planos de ação e estratégias de desenvolvimento para dar conta dessa cartela de ofertas em saúde que deve contemplar a mulher em sua totalidade, inclusive para as situações ou risco para as violências.

Sobre as questões da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, o período 2003 a 2006 trouxe importantes avanços:

- Financiamento de projetos com secretarias estaduais, municipais e com organizações não-governamentais para a implantação e o fortalecimento de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

- Elaboração de uma Matriz Intersetorial de enfrentamento à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes em 2005 pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, numa parceria entre diversos setores do Governo Federal, Estados e Municípios, articulada com setores do enfrentamento à pedofilia e pornografia na Internet.

- Publicação da Portaria nº. 2.406 em 05 de novembro de 2004, que institui o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação.

- Elaboração da ficha de notificação compulsória dos casos de violência contra mulheres, desenvolvida pelo MS em cumprimento ao disposto na Lei 10.778/2003.

Em 2006 e 2007, o Ministério da Saúde inova na abordagem da temática da violência contra a mulher no Ministério da Saúde em termos de organização de redes e serviços, lançando os seguintes documentos: Atenção Integral para Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: Matriz Pedagógica para Formação de Redes (2006), conjunto de informações que se ancoram entre o instrumental teórico e o aprimoramento técnico, o perfil e a vocação profissional para as questões da atenção à violência doméstica e sexual de acordo com o grau de complexidade desses serviços.

A edição de Comunicação e Mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (2007), elaborado em parceria do Ministério da Saúde com o Instituto Patrícia Galvão, que é uma organização não governamental que reúne jornalistas feministas, dá uma nova característica às redes de atendimento-.

Essa publicação buscou ampliar a capacidade dos gestores e profissionais de serviços para lidar de forma amistosa com a imprensa televisiva, o rádio e os jornais impressos, sendo trabalhado com diversas ferramentas o

cuidado e o dever de não expor pessoas vitimizadas, os próprios profissionais e serviços envolvidos no atendimento e principalmente. Foi um exercício importante aprender como dar conhecimento à sociedade sobre o assunto da violência contra a mulher de forma esclarecedora e menos preconceituosa. O projeto de aproximação entre serviços de saúde e meios de comunicação teve início em 2008 e evoluiu para potencializar todos os estados.

No âmbito da saúde pública houve avanços no desenvolvimento de ações de atenção para mulheres em situação de violência sexual, dentre elas o aumento do número de serviços que realizam os primeiros atendimentos e no acompanhamento ambulatorial especializado por um período de tempo que varia de acordo com a necessidade individual. No entanto, na contramão da garantia do direito à interrupção da gestação prevista em Lei, é constante a objeção de consciência por parte de profissionais do SUS.

A intrasetorialidade e a intersetorialidade que se fazem necessárias para operacionalizar o enfrentamento da violência contra mulheres no Brasil é um dos movimentos mais representativos da atualidade na gestão pública (CONASS, 2008). Assim, o conjunto de políticas de saúde respeitando ciclos de vida, raça e etnia devem discutir e aprimorar suas potencialidades para alcançar suas populações, seja nos processos de prevenção, atendimento e no acompanhamento psicossocial das pessoas que estejam em situação ou vulnerabilidades para a violência e ainda, na responsabilização de agressores e agressoras.

Todas essas iniciativas uma vez trabalhadas de forma integrada no município onde a violência sexual acontece, permitiriam um enfrentamento mais efetivo de um dos desafios da construção permanente do SUS: organizar redes e serviços de saúde que consigam se conhecer e reconhecer em suas missões, mediar seus conflitos institucionais, serem cooperativos, colaborativos, associativos e resolutivos para as mulheres que sofrem violências.

Ao longo dos anos 2003 até o momento atual, a parceria entre a PNAISM (2004) e Plano Nacional de Política para as Mulheres (2003), vem fortalecendo o Pacto Nacional de Enfrentamento a violência contra a mulher

(2007), que prevê ações intersetoriais para o fortalecimento de ações voltadas a ampliação de serviços, capacitação de profissionais nas temáticas da violência contra mulheres, ampliação da notificação de violência doméstica e sexual contra mulheres no âmbito dos serviços de saúde, e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos de emergência e aborto previsto em lei. O desenvolvimento dessas ações no âmbito dos estados e municípios enfrentam questões financeiras pela ausência de priorização para financiamento, políticas locais pouco sensíveis às questões de gênero e violência de gênero e a imprevisível manutenção de ações pelo não cumprimento da legislação em vigor por parte de gestores em todas as áreas de atendimento.

Gaetani (1997) relatava um quadro de desarticulação entre as áreas sociais (educação, saúde, assistência social, habitação, emprego, saneamento básico) o que dificultava o avanço das políticas sociais no Brasil, bem como o desembolso de recursos financeiros. Esse quadro foi evoluindo positivamente com o passar dos anos e no Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher (2007) é possível verificar uma mudança significativa nas linhas de planejamento e orçamento da administração pública. Os atores institucionais envolvidos com a temática da violência contra a mulher, por exemplo, articulam seus esforços para dar potencialidade às regiões de concentração de violências contra mulheres, os planos de ações são articulados para cumprir metas e obter resultados mais coerentes com a realidade nas regiões do país.

Por vezes, essas iniciativas podem não acontecer conforme o planejado, mas na grande maioria das ações propostas se alcançam resultados percentuais ou com outras formas de medição. Um exemplo de acompanhamento paritário dessa nova forma de articulação que podemos citar na atualidade é a Câmara Técnica de Monitoramento do Pacto Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Mulher criada em 2007 e que fica sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas para as Mulheres e conta com a participação de 11 ministérios com suas diferentes políticas para um único objetivo.

Na perspectiva de avanços e comparadas à discussão de Rovere (1998), as políticas públicas para o enfrentamento a violência contra mulheres foram

sendo conformadas ao longo da década de 2000 com propostas de intersectorialidade e integralidade. Se verificamos os planos de ação dos ministérios que integram o Pacto Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Mulher (2007) e suas ações já desenvolvidas ou em desenvolvimento, podemos observar que varias iniciativas acontecem de forma integrada ou beneficiam diretamente na redução das ocorrências. Quando remetidas ao tema tratado neste estudo, ainda que de difícil reconhecimento, podemos citar como um exemplo o fortalecimento de iniciativas para o enfrentamento a violência sexual contra mulheres quando se desenvolve em conjunto ações de fortalecimento para a segurança pública, assistência social e saúde combinadas com educação permanente dirigida a profissionais das áreas envolvidas e investimentos em infraestrutura para as cidades, monitoradas e avaliadas pela sociedade civil.

No Brasil, uma das conquistas mais importantes na defesa dos direitos das mulheres, foi a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres em 2003, e a publicação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), com o objetivo de diminuir as desigualdades de gênero, considerando a diversidade de raças e etnias que compõem o território nacional. Esse plano destaca-se pela articulação e mobilização em torno das ações governamentais, que coordenadas, apoiam o desenvolvimento das políticas públicas, buscando o equilíbrio dos direitos humanos e constitucionais.

Outras duas ações importantes foram as realizações e pautas das I e II Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres em 2003 e 2006 respectivamente, onde os mais variados temas relacionados aos direitos humanos, aspectos legais e do cotidiano das mulheres foram discutidos, com proposições para a operacionalização e condução governamental.

No período 2004 a 2010, observa-se um grande volume de iniciativas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher nas áreas de saúde, segurança pública, assistência social, justiça. O fortalecimento da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República com status de Ministério traduz a necessária intersectorialidade que, por vezes, acerta em suas metodologias de trabalho, e em outras, enfrenta as dificuldades de uma

ausência anterior da cultura de compartilhamento entre ações do governo federal. Com a criação de um Comitê Gestor do Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher (2007) e o Fórum Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulheres do Campo e da Floresta um justo desdobramento alcança outras articulações: o desenvolvimento agrário, agricultura, pesca, extrativismo e das mulheres organizadas em sindicatos e grupos. Mesmo insuficientes diante da magnitude da violência contra a mulher, tornam-se agora mais visíveis os avanços e conquistas, em relação a todas as necessidades expressas.

A criação do Ligue 180 – que é uma Central de Atendimento a Mulher, é uma iniciativa da Secretaria de Políticas para as Mulheres que redirecionou ações para o enfrentamento da violência em todas as esferas de gestão, posto que conseguiu apontar características sobre as mulheres vitimadas, tipologias da violência, seus principais agressores e os territórios onde a violência ocorre. O principal objetivo da central telefônica é atender, oferecer respostas e providenciar encaminhamentos a partir das queixas das mulheres. Inaugurada em 2006, a Central vem acumulando experiências e informações relevantes sobre a situação da violência cometida contra as mulheres em todo o país.

A publicação da Lei 11.340 de 22/09/2006 – Lei Maria da Penha – que coíbe a violência doméstica cometida contra a mulher provoca uma onda positiva de reestruturação do Sistema Judiciário, da Segurança Pública e incide diretamente no que o Sistema Único de Saúde deve desenvolver para acolher e atender essas situações. Com a implementação da Lei Maria da Penha, houve um aumento no número e varas especializadas e juizados para tratar das questões relativas aos direitos das mulheres e afastamento de agressores do âmbito familiar. Ainda que a legislação tenha tido avanços, é grande o número de mulheres agredidas em suas residências, ou por seus maridos, companheiros, namorados, ex-companheiros, ex-maridos e ex-namorados, com episódios tão graves, que por vezes chegam à morte por homicídios.

O financiamento para expansão no número de serviços de saúde do SUS que atendem mulheres em situação de violência sexual, a qualificação de

grande número de profissionais para prestação de um atendimento mais humanizado e especializado, fez diferença no cenário nacional no período 2003 a 2008. Em 2003 a Área Técnica de Saúde da Mulher definiu um aumento de 30% do número de serviços previsto para o período de gestão. O Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher 2003 a 2006 (2007) apresenta uma evolução importante. Nesse período o Ministério da Saúde registra que no final de 2002 o país contava com um total de 76 serviços de referência em atenção para mulheres em situação de violência sexual concentrados em capitais e regiões metropolitanas do sul e sudeste e chega a 2006 com um total de 143 serviços em todas as unidades da federação. Houve um aumento de 48% no número de serviços. Apesar do esforço ainda se apresentava um quadro de ausência dessa forma de atenção a saúde em grande parte das Unidades Federadas e por vezes um estado de confusão entre os atores das redes sobre como proceder nos acolhimentos, atendimentos e encaminhamentos dessas mulheres violentadas.

De acordo com o Relatório de Gestão (2007:63) em 2005 o Ministério da Saúde refere um período de ampla qualificação da atenção para mulheres em situação de violência sexual. Nesse ano a Área Técnica de Saúde da Mulher elaborou importantes documentos técnicos e normatizações que apóiam a qualificação e ampliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde que atuam diretamente com os casos de violência sexual e na atenção à interrupção da gravidez prevista em lei, encontrando-se entre esses documentos: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica – 2ª edição atualizada e ampliada (BRASIL, 2005); Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica (BRASIL, 2005); Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde (BRASIL, 2005); Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

Em 2006 foi elaborada em parceria com diversos especialistas brasileiros, organizações não governamentais, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça, o documento: Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em

Situação de Violência Doméstica e Sexual – matriz pedagógica para formação de redes (BRASIL, 2006). Trata-se de um conjunto de informações que se ancoram entre o instrumental teórico e o aprimoramento técnico, o perfil e a vocação profissional para as questões da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. A matriz pedagógica favorece a organização de capacitações técnicas e contribui para o alcance do objetivo de personalizar a atenção integrada, considerando que a estruturação de redes locais de atenção à violência é uma resposta positiva para o enfrentamento real das situações de agressão às mulheres.

Com a publicação da Portaria GM/MS n.º 2.406 de 5 de novembro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, em conformidade com a Lei n.º 10.778/2003 (BRASIL, 2003). A referida portaria estabelece a notificação compulsória, no âmbito dos serviços de saúde, dos casos de violência contra a mulher (e outras violências interpessoais) que forem atendidos em serviços de saúde pública e privados e com o disposto no Decreto n.º 5.099/2004, iniciou a implementação dos serviços de referência sentinela para implantação da notificação compulsória da violência contra mulheres.

Ainda em 2005, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS 1.508 que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS. A Portaria é considerada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia um avanço significativo na defesa dos direitos da mulher.

De acordo com o Relatório do Pacto de Gestão (2008) o país possui neste ano um total de 481 serviços de saúde em atividade no atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. De janeiro de 2007 com 138 hospitais que atendem situações de violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes em 2009 chega-se a 481 serviços hospitalares e destes, 60 realizam o procedimento de aborto por razões médicas e legais, efeito das parcerias desenvolvidas entre os anos 2007-2008.

Em 2007 o país contava com 68 Serviços de Referência para Interrupção da Gestação prevista em Lei, número que foi reduzido para 60 Serviços no final de 2008 e se manteve até o final de 2010. Esse fato está diretamente relacionado às decisões políticas de gestores hospitalares e de secretarias de saúde que abrem e fecham essas alternativas em saúde, ou ainda,   por vezes dificultado ou ausente, pela obje o de consciência de médicos ginecologistas que optam pelo não atendimento da necessidade da mulher que sofreu violência sexual, ocasionando danos   saúde mental que muitas vezes são irreversíveis.

Pesquisa nacional realizada pelo CEMICAMP (2008) e pesquisas locais como, por exemplo, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ (2008) tentam mostrar a existência ou não de serviços de saúde em funcionamento para atender mulheres que sofreram violência sexual, realizando análises qualitativas sobre a implementa o das Normas Técnicas de atendimento às mulheres em situa o de violência sexual e aborto previsto em lei. Essas análises apontam a necessidade do desenvolvimento de mecanismos de educa o permanente na área da aten o às pessoas em situa o de violência sexual, bem como a forma o de gestores para a implementa o de políticas públicas de enfrentamento a violência contra mulheres.

Esses esforços produzem um panorama sobre a realidade brasileira nesse campo de interven o no momento da pesquisa, posto que por não existir a formalidade de institucionaliza o pelo Ministério da Saúde desse tipo de serviço nos estabelecimentos de saúde de acordo com o grau de complexidade do atendimento, fica a cargo da diretoria manter ou não o serviço em funcionamento, mesmo com a disponibilidade de suas equipes profissionais. Ainda, outro fator pode modificar em questão de dias a existência de um serviço de aten o para mulheres em situa o de violência sexual em qualquer hospital do país: a decisão ou a obje o do profissional que atende.

Enquanto não for definida a responsabilidade institucional do Estado para com suas usuárias, a classifica o e identifica o dos serviços nos sistemas de informa o do SUS para esse tipo de atendimento, garantido os insumos farmacológicos para os atendimentos   violência sexual e ampliando o acesso

para as mulheres em todas as regiões de saúde no país, vamos nos deparar com pessoas que não tiveram seus direitos garantidos como determina a Constituição Federal e Lei 8.080/1990.

A análise que podemos fazer a partir dos dados do Sistema do Pacto de Gestão do SUS - SISPACTO (2008) é que deve ser uma prioridade que Estados e Municípios desenvolvam estratégias para organizar suas Redes de Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência, com mecanismos de acompanhamento, monitoramento do desempenho e qualidade da atenção em serviços.

As versões atualizadas do SISPACTO podem ser adaptadas para o monitoramento de ações de acolhimento, a utilização de protocolos e normas técnicas de atendimento, estruturação e capacitação das equipes, utilização de materiais e equipamentos permanentes (com manutenção), implementação da notificação e qualidade do registro do atendimento, tempo resposta para a administração da anticoncepção de emergência, profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais, volume de atendimento para Interrupção da gravidez decorrente de estupro e atenção integral à saúde da mulher e/ou adolescente por meio de acompanhamento interinstitucional, supervisão continuada, educação permanente, monitoramento das ações, avaliação do impacto, readequação das estratégias quando necessário.

No período de 2000 a 2009 a Estratégia de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde não foram inseridos nas discussões técnicas e nas ações de enfrentamento da violência com a devida potencialidade. Com um olhar voltado para as necessidades de organização dos serviços para o atendimento das mulheres em variadas faixas etárias nos serviços hospitalares, o Ministério da Saúde chegou ao final da década sem desenvolver uma metodologia para a formação de profissionais de saúde da Atenção Básica que favoreça os atendimentos da violência sexual com maior agilidade. Um exemplo dessa potencialidade seria a administração da anticoncepção de emergência nos serviços básicos de saúde, com orientações objetivas sobre sua utilização e a preparação de profissionais de saúde para acolhimento e escuta qualificada,

posto que a proximidade com as comunidades coloca-se como a principal porta de entrada das mulheres em situação de violência sexual no SUS.

Villela e Lago (2007) reconhecem os avanços e observam que o movimento de mulheres em defesa do enfrentamento à violência sexual está disperso, posto a migração desses quadros para instâncias governamentais, fazendo com que a energia necessária para a mobilização social diante da implementação da política fique limitada. Para as autoras (2007) a expansão das redes de atenção e a garantia do acesso aos serviços ainda está na dependência e na vontade dos gestores locais, que se preocupam com os votos em período eleitoral ou em perder o apoio dos setores conservadores da sociedade. É importante um reposicionamento do movimento feminista brasileiro pelo direito a um atendimento integral para a mulher que sofre violência sexual e antes, um trabalho que amplie as ações de prevenção e reconhecimento do grave problema social.

A PNAISM (2004) avançou no tema desenvolvendo normas técnicas, portarias, discutindo a implementação de serviços de atenção para mulheres em situação de violência sexual no país, bem como a o desenvolvimento e inserção nas bases de dados do SUS da Ficha de Notificação de Violência (Brasil, 2004). Nas últimas duas décadas a FEBRASGO, o Fórum Interprofissional de Atenção a Violência Sexual e Aborto previsto em Lei e o movimento organizado de mulheres se consolidaram como parceiros e críticos do Ministério da Saúde. A principal crítica era em 1986 e continua sendo em 2014 o caráter ambíguo do Estado brasileiro face ao seu papel laico e frente às pressões religiosas diante dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres (Monteiro e Adesse, 2007; Villela e Lago, 2007; Higa et Al., 2008; Gally e Sidow, 2009; Menezes e Aquino, 2009; Drezett e Pedroso, 2012; Andalaft Neto et al., 2012).

2.6 As redes e o enfrentamento da violência sexual contra a mulher

A palavra **rede** provém do latim *retiolus*, que “designa um conjunto de linhas entrelaçadas” conforme Santana (2004).

Marteletto (2004) discute a necessidade de colaborações teóricas para a compreensão dos diversos campos do conhecimento que estão envolvidos na organização das redes sociais. Para Marteletto (2004:41) *“as redes são sistemas compostos por nós e conexões entre eles que, nas ciências sociais, são representados por sujeitos sociais (indivíduos, grupos, organizações, etc) conectados por algum tipo de relação.”*

Marteletto (2004) afirma que as relações entre indivíduos são pontes para os distintos agrupamentos ou redes sociais, que quando potencializadas por interesses comuns tornam-se relevantes, fazendo com que haja um aumento de confiança entre os indivíduos que influenciam ações positivas.

Costa (2005:236) analisa a formação de redes sociais sob a perspectiva da comunicação e evidencia que variadas correntes teóricas sobre a temática vem confluindo para um único pensamento: *“estamos em rede, interconectados com um número cada vez maior de pontos e com uma frequência que só faz crescer.”*

A Política Nacional de Humanização do SUS (2004) propõe a organização de redes de apoio institucional como uma metodologia de trabalho onde todos os aspectos, sejam positivos ou negativos, devem ser observados, analisados e aproveitados, apresentando um delineamento que respeita as especificidades institucionais, de cada serviço e dos indivíduos que ali trabalham. O encadeamento do trabalho deve ser fluido, articulador, resolutivo. Para Vasconcelos e Morshel (2009:734) as redes de apoio institucional se situam como espaços de gestão e atenção, que movimentam pontos de uma *“inteligência coletiva”* que contribui para dar vida a um propósito, utilizando como exemplo a organização e o funcionamento de uma unidade especializada de

saúde: um centro de apoio psicossocial – CAPS. O exemplo pressupõe flexibilidade, respeito às diferenças e cooperação.

Para Sánchez (2000:189) *“uma rede organizativa em suas distintas variações deve incorporar a eficiência especializada da organização funcional, a eficácia operativa autônoma de cada integrante de forma equilibrada, dividida e a capacidade de transferir os benefícios de forma matricial.”* O autor ainda reforça que todo sistema de rede possui limitações que precisam ser respeitadas, vulnerabilidades que devem ser corrigidas e ainda existe a possibilidade da utilização de estratégias equivocadas e que, portanto, necessita de constante monitoramento e avaliação.

As redes institucionais de apoio são estratégias organizacionais e tem como base o território geográfico para o desenvolvimento de políticas setoriais, de ação e de poder. Nesse sentido Dallabrida e Fernández (2007) discutem a presença institucional no território e o desenvolvimento de estratégias de cooperação observando a diferença conceitual entre o regional e o local.

Quando remetidos os conceitos de rede para os espaços da saúde pública é imprescindível considerar que são espaços vivos, de circulação de idéias e de ações compartilhadas.

Silva e Magalhães Junior in Silva (2008:81) definem as redes de atenção à saúde como a representação de *“uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde num determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.”* Nesse contexto, Silva (2007) apresenta diretrizes para a implementação das Redes de Atenção à Saúde propondo: a) Definição das regiões de saúde, b) Análise situacional; c) Organização dos pontos e nós da rede; d) Criação de sistemas logísticos, e) Regulação e Governança das Redes de Atenção à Saúde.

Mendes (2007) trata dos modelos e momentos de organização para redes de atenção à saúde nas mais variadas situações ou necessidades. Trabalha o movimento de organização das redes e dos serviços de saúde que a

compõem como elementos que podem ser constituídos seja por conta da população definida como prioritária, seja pela definição de territórios.

Para Mendes (2008) em apresentação feita na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 06/08/2008: *“as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, que deve ser: - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.”*

Para integração das ações em saúde no enfrentamento da violência contra a mulher, o Ministério da Saúde se articula junto aos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, inserindo ações, metas e indicadores que contemplam a organização de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Para a temática da violência contra mulheres, os conceitos de redes são bastante próximos em cada área envolvida no enfrentamento. No Brasil o conceito definido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres é adequado para a realidade de cada Ministério envolvido. No entanto, o conceito de redes adotado pelo Ministério da Saúde dá conta de envolver a capilaridade do SUS e para se estabelecer uma rede temática nacional é importante que seja priorizada, estimulada e sustentada até que esteja de fato institucionalizada como as políticas voltadas para outros agravos à saúde.

De acordo com a afirmativa da Secretaria de Políticas para as Mulheres em sua página de internet *“o conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção; e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de*

ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e à integralidade e à humanização do atendimento” (BRASIL, 2012).

2.7 Redes de atenção para mulheres em situação de violência no âmbito do SUS

De acordo com o Pacto de Gestão e pela Vida (2008), as Redes para prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação de vulnerabilidade, que estão sofrendo ou que já passaram por situações de violência, são conjuntos articulados de instituições e interesses comuns dentro da sociedade, que se dispõem a serem portas de entrada, acompanhamento psicossocial e reinserção dessas pessoas no cotidiano, na busca de minorar seus sofrimentos.

O Pacto de Gestão e pela Vida (2008), conceitua Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência da seguinte forma:

- Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres em situação de violência é a articulação das ações organizadas entre o Governo Federal, Governos Estaduais e Municipais, Organizações da Sociedade Civil, Entidades de Classes, Instituições de Ensino Superior e Comunidades para o desenvolvimento de estratégias globais no enfrentamento da violência contra mulheres.
- Rede Estadual de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é um redesenho do que seja a rede nacional, e que se compõe de forma a garantir ações estratégicas no âmbito do Estado. A Rede Estadual tem como fundamento a organização do que sejam as referências e contra-referências no atendimento, acompanhamento, notificação, defesa de direitos e responsabilização de agressores.

- Rede Municipal de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é a organização das estratégias locais (rede de serviços e sociedade civil disponível) que desenvolvem de forma intra e intersetorial as ações de acolhimento, atendimento, notificação, defesa de direitos, responsabilização de agressores e atenção psicossocial para o enfrentamento da violência contra mulheres.

Os esforços de governo respeitam a especificidade de cada área de intervenção na violência sexual contra mulheres e buscam caminhar de forma alinhada, mas podem, muitas vezes, não aparecer de forma explícita para a população. Quando se implanta um Centro de Referência da Mulher numa cidade, uma Delegacia de Atendimento Especializado para Mulheres, um Serviço de Referência em Saúde para as situações de violência sexual, um Centro de Referência da Assistência Social, necessariamente essas instituições devem trabalhar de forma articulada e as respostas começam a aparecer rapidamente.

Num primeiro momento, o que percebemos é um aumento no volume de informações sobre casos de violência, isso significa que fatos que estavam silenciados saem da penumbra e de repente, parece que a cidade está repleta de violências. Se esse movimento for estimulado e tiver sustentabilidade, há uma redução dos casos de forma progressiva, no entanto, se o governo local não der continuidade e condições de trabalho para tais serviços, o fracasso é também progressivo e poderá haver um aumento do número de casos de violência contra mulheres pela certeza de impunidade por parte dos agressores.

A rede de enfrentamento da violência contra a mulher que sofre violência sexual é composta por: agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.); serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela

garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura); e serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência.

Numa perspectiva de evolução da saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 4.279/2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa determinação vem sendo desdobrada em iniciativas importantes e que vem ao encontro a uma antiga reivindicação dos movimentos de usuários dos SUS, o funcionamento de uma rede integrada, hierarquizada naquilo que é necessário ao usuário: ter uma porta de entrada definida de acordo com a sua necessidade, com atendimento adequado e encaminhamento correto para resolução de seus problemas. A Portaria (2010) fortalece o discurso e a operacionalização das redes de atenção para mulheres em situação de violência e amplia a necessidade de articulação com os demais setores nas esferas de gestão do SUS.

O Decreto Lei nº 7.508/2011 apresenta outra potencialidade para a implementação da Política Nacional de Saúde com a regulamentação da Lei 8.080 de 1990, definindo elementos centrais que deverão sustentar o SUS nos próximos anos: (1) alcançar maior efetividade, (2) ampliar o acesso com qualidade; (3) inovar nos processos e instrumentos de gestão do SUS; (4) superar a fragmentação das políticas de saúde e (5) fortalecer os vínculos interfederativos necessários à consolidação do SUS. O Decreto (2011) prevê ainda dispositivos estratégicos que darão conta dessa nova formatação para o SUS e que se estruturam na definição de regiões de saúde, redes de atenção à saúde, mapas da saúde, planejamento integrado, qualificação da relação nacional de estabelecimentos de saúde, atualização e garantias para a relação nacional de medicamentos essenciais, contratos organizativos de ação pública e financiamento, onde os entes federados fixaram suas metas e aportes técnicos e tecnológicos para dar conta de adequar o atendimento.

O Decreto 7.958, de 13 de março de 2013 que dispõe sobre o atendimento a pessoas em situação de violência sexual pelos sistemas de saúde

e segurança de forma humanizada, orienta uma ação que poderá alterar de forma positiva a atenção às mulheres em situação de violência sexual no SUS e nos serviços de criminalística dos Institutos Médicos Legais do país, com a instituição da coleta de informações e vestígios. A construção do texto do Decreto deu-se pelo movimento do reconhecimento entre áreas que possuem afinidades técnicas no tema e que podem favorecer a um melhor atendimento à população com a parceria institucional entre Saúde, Segurança Pública e Política para as Mulheres.

A operacionalização dessas estratégias integradas nos municípios, pode ampliar a capacidade de sistemas de informação e apoiar objetivamente a resolução de crimes a partir de uma coleta de informações orientadas para os detalhes da violência sexual sofrida. Com vestígios da violência sexual sendo coletados também por profissionais de saúde e validados por intermédio de laudos indiretos realizados por peritos do Instituto Médico Legal, a garantia de aceitação pelo poder judiciário e uma maior valorização dessas ações, torna-se mais justo o desafio da defesa de direitos para as mulheres em situação de violência sexual no país.

A publicação da Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, determina o atendimento imediato e obrigatório de pessoas em situação de violência sexual nos estabelecimentos hospitalares do SUS. Vale ressaltar que essa lei deu entrada no Congresso Nacional ao final da década de 1990 como o Projeto de Lei - PL nº 60 de 1999, de iniciativa da Deputada Federal Iara Bernardes, logo após os primeiros movimentos oficiais de atenção à mulheres em situação de violência sexual terem sido iniciados no Brasil. Passados longos anos, o PL finalmente foi transformado em lei. Acatar e fazer cumprir essa determinação em todo o território nacional é a partir de agora papel das esferas do SUS.

Após a publicação do Decreto nº 7.958 de 2013, o Ministério da Saúde toma providências técnicas para regulamentar a nova legislação, publicando a Portaria GM/MS nº 528, de 1º de abril de 2013 que definia regras para habilitar serviços que atendam pessoas em situação de violência sexual no Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no entanto, os gestores não responderam à determinação.

Um ano depois, já na vigência da Lei 12.845 de 2013, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 485, de 1º de abril que redefine o funcionamento dos serviços de atenção à violência sexual no SUS incluindo a atenção básica em saúde.

Outro avanço importante foi a publicação da Portaria SAS/MS nº 415, de 21 de maio de 2014 que inclui o procedimento de interrupção de gestação prevista em lei, garantido dignidade e melhores cuidados para as mulheres que necessitarem dessa alternativa às gravidezes decorrentes do estupro, risco de morte para a mulher ou gestação de fetos anencéfalos. No entanto, por pressões políticas e de ordem religiosa a Portaria é revogada pelo Ministério da Saúde exatamente no dia 28 de maio de 2014, Dia Internacional de Saúde da Mulher e Dia Nacional e Internacional de Redução da Mortalidade Materna.

3. Percurso metodológico do estudo

Este é um estudo de caso sobre Redes Municipais de Atenção para Mulheres em situação de violência sexual. Para o seu desenvolvimento foram utilizadas estratégias de triangulação de métodos para a formulação de análises sobre a organização, atuação e sustentabilidade das ações de atenção nos serviços de saúde prestados a essa população específica, considerando os contextos de intra e intersectorialidade do tema em pauta.

A escolha pelo estudo de caso deu-se pela possibilidade da construção de conhecimentos com alto nível de detalhamento sobre a realidade local, que contribuíram para o desenvolvimento de análises e considerações sobre as estratégias intersectoriais desenvolvidas para o atendimento de mulheres em situação de violência sexual na rede de serviços do município de Campo Grande/MS, permitindo em análises futuras, a comparação teórica e as aproximações com outras redes no país.

Como pesquisadora e profissional de saúde que atua diretamente na gestão federal voltada para a atenção às mulheres em situação de violência no Ministério da Saúde, o exercício de distanciamento foi feito a partir das leituras de artigos críticos aos programas e ações em desenvolvimento e o olhar atento para a correção da redação dos capítulos da tese no sentido de não se tornarem textos institucionais. Para tal desenvolvemos planilhas onde alocamos o texto institucional, o posicionamento crítico do autor selecionado e a opinião de concordância ou discordância como autora.

3.1 O desenho do estudo

Para Gil (2008), o estudo de caso é o aprofundamento sobre aspectos característicos de um objeto selecionado no tempo e no espaço, que permite um conhecimento que é ao mesmo tempo amplo e detalhado.

Gil (2008:54) define o estudo de caso como *"estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento."* Para o autor (2008), esse tipo de estudo se aplica quando o pesquisador tem interesse em observar a ocorrência de um fenômeno na área delimitada, aliando teorias e práticas ou experiências adquiridas.

Gomes e Deslandes (2007) defendem que o método de estudo de caso pode contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a diversidade das redes, programas, atividades ou projetos com o objetivo de sondar tendências, estratégias e posturas consideradas exitosas, e no caso focalizado por nosso estudo, no enfrentamento da violência sexual contra mulheres.

De acordo com Yin (2010) e Gil (2008), o estudo de caso é uma investigação empírica, que busca e possibilita a coleta de dados relevantes e convenientes em campo e viabiliza análises que são observáveis na realidade, posto que o pesquisador esteja focado nesse espaço e tempo delimitado. Para Yin (2010), estes dados podem ser obtidos com maior facilidade pela mediação da experiência e da vivência do pesquisador com o tema escolhido.

Esse estudo de caso combinou o recomendado por Yin (2010) quando me apresento como a profissional que acompanha tecnicamente o desenvolvimento de redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual, mantenho uma relação institucional com os variados setores que compõem a rede local, posto que possuo uma aproximação com os campos não governamentais que atuam na região com o acolhimento e acompanhamento de mulheres em situação de violência sexual e transito no território discutindo as questões que envolvem o tema em variadas faixas etárias, em zonas urbanas e rurais e sobre as situações de violência entre indígenas e não indígenas.

Para Yin (2010), o estudo de caso apresenta procedimentos metodológicos flexíveis e que exigem capacidade de observação e moderação para que não haja generalização de resultados. Para isso é importante que as questões do estudo sejam coerentes, que suas proposições sirvam de contribuição à sociedade e que a unidade de análise esteja diretamente relacionada ao problema levantado.

Minayo et al (2005) apontam premissas que são relevantes para um estudo de caso: 1) a utilidade do estudo, que precisa demonstrar a sua necessidade e condicionalidade, apontando acertos e necessidades de correção em estratégias que estejam em desenvolvimento; (2) a viabilidade que perpassa o porque da escolha, quais fontes seguras e confiáveis serão utilizadas e a cobertura da análise para avaliação; (3) pela ética, com os cuidados para que todo o processo do estudo de caso seja autorizado, conhecido no território a ser estudado e, (4) a precisão técnica, com as fontes e o período definidos.

3.2 A escolha do caso

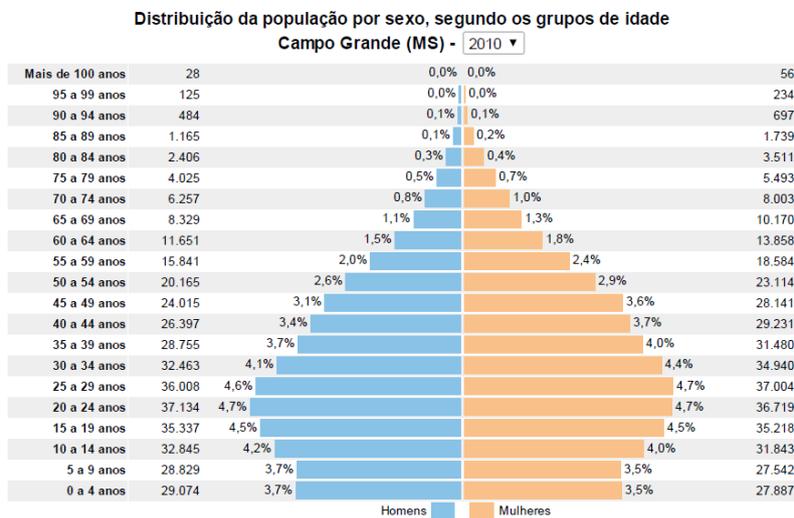
A escolha por desenvolver o estudo de caso no município de Campo Grande/MS deu-se pela complexidade de sua organização em torno do tema violência sexual contra mulheres já a uma década (2003-2013). O município foi eleito pela inovação de tecnologias em saúde e experiências no atendimento que são aplicadas em outros municípios do país.

O município de Campo Grande se apresenta no âmbito político nacional como gestão que prima por absorver e dar visibilidade às políticas de enfrentamento da violência contra mulheres nos últimos dez anos. O esforço para o acolhimento e tratamento de mulheres em situação de violência sexual no município vem se estabelecendo com as dificuldades inerentes ao assunto, por ser esse um fenômeno de alta frequência na região e pela decisão político-técnica de integrar-se em sistema de rede intersetorial.

3.3 Breve apresentação do município

O município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, está localizado na região centro oeste do Brasil, em região de fronteira do Brasil com o Paraguai e a Bolívia. Possuía em 2013, segundo o IBGE, uma população estimada de 832.352 habitantes, sendo 381.333 pessoas do sexo masculino e 405.464 pessoas do sexo feminino.

FIGURA 1 – IBGE PIRÂMIDE ETÁRIA – CAMPO GRANDE – MS (2010)



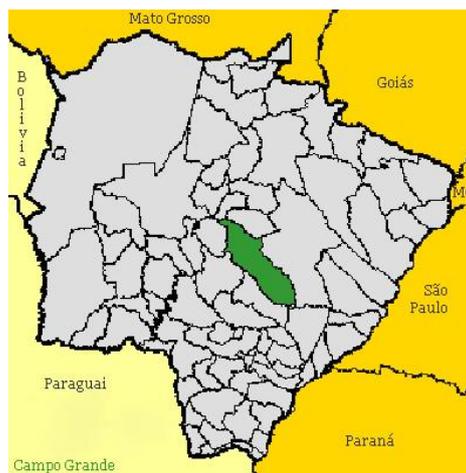
Fonte: www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse

FIGURA 2 - MAPA DO BRASIL E PAÍSES DE FRONTEIRA



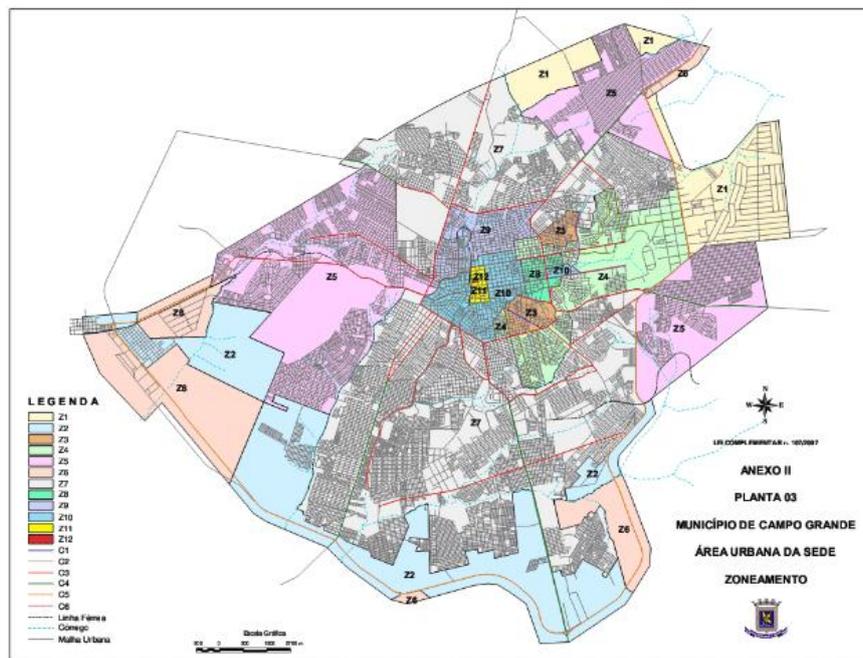
Fonte: www.oguiadobrasil.blogspot.com

FIGURA 3 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL



Fonte: www.encontramatogrossodosul.com.br

FIGURA 4 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL - ÁREA URBANA DA SEDE



Fonte: www.urbanidades.arq.br

Campo Grande é uma cidade com todos os aparatos de capital que ainda preserva características simples de municípios do interior do Brasil. Sua população é composta por nativos da região, paraguaios, bolivianos, árabes e uma forte presença de japoneses. Por ser uma capital nova e oferecer desafios profissionais atrai pessoas de todos os estados da federação.

Por possuir uma população tão diversa, são também diversificadas as estruturas religiosas espalhadas pela cidade, no entanto, predominam fortemente as religiões católica e evangélica.

Politicamente o município de Campo Grande é bastante representativo na região Centro-Oeste e no setor saúde se coloca em destaque por seus avanços e outras vezes por suas dificuldades. Sua estrutura administrativa segue o padrão das grandes cidades e estará sendo detalhada no decorrer dos capítulos desta tese.

O Estado de Mato Grosso do Sul, bem como sua capital Campo Grande, por sua localização geográfica, formação populacional e processos de desenvolvimento em variadas áreas de interesse, com grande circulação de recursos financeiros e serviços, sofre com questões relacionadas ao tráfico de

drogas, tráfico de armas, tráfico de pessoas, a exploração sexual de crianças e adolescentes, o trabalho escravo e a violência contra as mulheres entre outros problemas (Revista MP/MS 2007; PRESTRAF, 2002; Viva Comunidade, 2009).

3.4 Métodos e técnicas

A triangulação de métodos foi a estratégia que conduziu o estudo de caso proposto.

Para Minayo et al (2005) a triangulação de métodos não é um método em si. É uma estratégia de pesquisa que se apóia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades. Essa afirmativa serve como suporte para a estruturação dos detalhamentos que serão desenvolvidos para a pesquisa de campo.

Segundo Yin (2010), triangulação de métodos é a adoção de três ou mais formas de coleta de dados, que faz com que o estudo de caso seja qualificado, robusto. Denzin (1970) apresentou quatro tipos de triangulação de métodos: de fonte de dados – triangulação de dados; entre autores avaliadores diferentes – triangulação de pesquisadores; de perspectivas sobre o mesmo conjunto de dados – triangulação da teoria; e, de métodos – triangulação metodológica.

Baseado em Minayo et al. (2005) e Gil (2008) o estudo proposto utilizou métodos e técnicas de pesquisa documental e de entrevistas individuais.

Gil (2008) define a pesquisa documental como o levantamento de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico. Esses materiais podem ser decretos, leis, portarias, relatórios e documentos institucionais relacionados ao tema violência sexual contra a mulher. Para Gil (2008) a diferença entre pesquisa bibliográfica e documental está na natureza das fontes. Uma está disposta de forma a ter seu acesso potencializado (bibliográfica) e a outra depende de busca ativa, do conhecimento sobre o tema e da curiosidade do pesquisador (documental).

Os documentos levantados e analisados foram os Decretos Municipais, Portarias da Secretaria Municipal de Saúde, Protocolos e fluxos locais de atendimento utilizados na rede de saúde do município de Campo Grande e outros documentos dos parceiros institucionais na temática da violência sexual contra mulheres.

Para a pesquisa, a entrevista apresenta-se como uma das técnicas utilizadas para coleta de dados. Para Gil (2008) essa é uma ferramenta de interação social que aproxima o pesquisador dos atores do campo a ser estudado, ajuda a compreender melhor as informações que podem contribuir para um melhor diagnóstico ou orientação sobre determinado assunto. Para Minayo (2004) a entrevista pode ser considerada uma conversa com a finalidade de se conhecer ou aprofundar um tema específico.

Como vantagem Gil (2008) reforça que a entrevista oferece possibilidades de obtenção de dados em profundidade, os quais podem ser classificados e quantificados. Como limitação a entrevista pode sofrer vieses capazes de torná-la inadequada como estratégia quando o entrevistado não se sente motivado a responder aos questionamentos; quando não compreende o significado ou o motivo das perguntas; quando fornece respostas falsas consciente ou inconscientemente, pela influência do entrevistador sobre o entrevistado ou quando o entrevistador expõe e influencia as respostas do entrevistado com suas opiniões pessoais.

Para Minayo et al. (2005) a entrevista semi-estruturada é um instrumento que combina questões fechadas e abertas para que o entrevistado possa oferecer sua contribuição temática sem perder o foco delimitado. As entrevistas semi-estruturadas serão realizadas face a face, de forma individual e sem identificação das fontes, com os gestores dos serviços de saúde que atendem mulheres que sofreram violência sexual no âmbito municipal.

Para este estudo de caso foram desenvolvidas entrevistas semi-estruturadas individuais que tiveram por objetivo de compreender o contexto municipal de organização e funcionamento da rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual a partir dos profissionais envolvidos com a

gestão dos serviços de saúde e nas instituições parceiras, no período entre 2003 e 2013.

Os gestores entrevistados foram definidos intencionalmente após o levantamento dos serviços de referência e contra referência com maiores registros de atendimento e notificação de violências sexuais levantadas no Sistema SINAN VIVA pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. Foram elaborados dois tipos de roteiros semiestruturados: um voltado aos gestores de serviços básicos e serviços especializados em saúde; outro para gestores da Secretaria Municipal de Saúde e instituições parceiras do Setor Saúde nos processos de defesa de direitos da mulher em situação de violência sexual (Anexos 1 e 2). Não recebemos negativas para o agendamento das entrevistas, no entanto, 03 gestores de serviços com horário confirmado não puderam nos receber por motivos de trabalho.

A partir de levantamento prévio realizado na Secretaria Municipal de Saúde, identificamos os hospitais com serviços de referência para atendimento da violência sexual, os serviços de atenção básica que atenderam maiores volumes de ocorrências de acordo com o sistema de informações SINAN VIVA (2012-2013) e demais instituições que compõem a rede local de atenção às mulheres em situação de violência sexual. No quadro 01 apresentamos os representantes das instituições e dos serviços entrevistados.

QUADRO 1 – INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS SELECIONADOS PARA ENTREVISTAS NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL

Instituição	Coordenação ou Serviço
SMS	Coordenação de DANTS
SMS	Coordenação Saúde da Mulher
SMS	Coordenação Urgência e Emergência
SMS	Coordenação de Planejamento
SMS	Coordenação de Controle e Avaliação
SMS	Secretária Municipal Adjunta
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	Membro da Presidência
SECRETARIA ESTADUAL DE SEGURANÇA PÚBLICA	Delegada Chefe da Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher – DEAM
SUBSECRETARIA ESTADUAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES	Subsecretária Estadual/Equipe multiprofissional de atenção à mulher em situação de violência
IBIS-CO	Membro da Diretoria da Organização Não Governamental
SES	Gerência Técnica de DANTS
SES	Gerência Técnica de Saúde da Mulher
SES	Gerência Técnica de Atenção a Mulher em situação de violência
SANTA CASA	Equipe gestora
HRMS	Equipe gestora
HU	Equipe gestora
CAPPT	Equipe gestora
UBS CAIÇARA	Equipe gestora
UBS ESTRELA DO SUL	Equipe gestora
UBS JOCKEY CLUB	Equipe gestora
UBS UNIVERSITÁRIO	Equipe gestora
UBSF PARQUE DO SOL	Equipe gestora
UBSF MATA DO JACINTO	Equipe gestora
USF SERRADINHO	Equipe gestora
UBSF - JARDIM SEMINÁRIO	Equipe gestora
UPA CEL. ANTONINO	Equipe gestora
CRS GUANANDY	Equipe gestora
CRS MORENINHA III	Equipe gestora
CRS NOVA BAHIA	Equipe gestora
UBSF ZÉ PEREIRA	Equipe gestora
SM ASSISTÊNCIA SOCIAL	Gerência Técnica

Os critérios de seleção de serviços e pessoas que foram entrevistadas é que fossem gestores das linhas de atenção, ou seja, profissionais que administrassem diretamente o atendimento ou que chefiassem áreas de intervenção direta nas instituições parceiras da rede municipal de enfrentamento da violência sexual contra mulheres. Outro critério é que aceitassem a realização das entrevistas e autorizassem a citação de seus comentários restritos ao assunto em pauta, respeitados a ética e o cuidado com o trato da informação.

A escolha por entrevistar e analisar as representações sociais de gestores da rede municipal de atenção às mulheres em situação de violência sexual teve a expectativa de compreender a forma como estes atores, que são decisivos na organização dos serviços e na atuação em rede, interpretam a situação de violência vivida pela usuária, traduzem a legislação e as normalizações para o atendimento e encaram a parceria entre setores para a atenção às mulheres.

A entrada em campo para a realização das entrevistas deu-se no período de abril a junho de 2013, após um primeiro contato sobre a possibilidade de apoio à realização da pesquisa, o envio de carta de apresentação e agendamentos de datas por telefone com cada gestor. A SMS/Campo Grande gentilmente ofereceu o transporte para os deslocamentos entre os serviços no período das entrevistas.

A previsão era entrevistar 34 gestores em diferentes serviços que compõem a rede municipal, conseguimos entrevistar 31 deles. Todos os encontros foram realizados no local de trabalho do gestor ou gestora, em ambiente reservado, onde só estavam entrevistadora e entrevistado ou entrevistada, para que o diálogo acontecesse de forma mais tranquila e sem interrupções. Não houve a oportunidade de retorno à Campo Grande para fechar as últimas entrevistas.

Caracterizando os gestores entrevistados, identificamos o seguinte panorama: 99% das pessoas eram do sexo feminino, com idades entre 30 e 50 anos de idade, sendo a maioria com menos de 40 anos, todas com escolaridade de nível superior e expressaram um bom capital cultural posto que falaram de

assuntos variados relacionados a temas como população, leis, acordos internacionais e aspectos locais. Não houve a oportunidade de fazermos perguntas sobre religião de cada um desses entrevistados, o que é foi uma limitação desse estudo.

Cada momento com os entrevistados durou em média 40 minutos, alguns tiveram maior duração posto suas necessidades de expressar suas opiniões, histórias pessoais e casos atendidos. Todas as entrevistas foram realizadas por esta pesquisadora e por pesquisadora auxiliar que contribuiu também na transcrição das gravações autorizadas.

Cada uma das questões apresentadas e as respostas desses gestores entrevistados passou por codificação e sistematização. Para a análise de conteúdo de cada uma das entrevistas foram marcados os trechos mais significativos em cada fala e observadas as anotações do diário de campo com as impressões sobre as principais colocações feitas naquele momento, o contexto em que foi realizada a entrevista, as posturas físicas, as expressões faciais e características, entre outros aspectos. Cada questão apresentada aos gestores (as) entrevistados atendeu a um ou mais dos objetivos específicos do estudo, dando origem aos vários mapas temáticos que facilitaram o agrupamento de núcleos de sentido.

Cada grupo de núcleos de sentido alinhado serviu como base para correlações teóricas com o assunto discutido. A partir das tabelas elaboradas para cada etapa de codificação das principais frases em cada entrevista, pudemos realizar as análises combinando a transcrição, o áudio e as anotações. Retornamos ao áudio muitas vezes para identificar a entonação das vozes durante as falas e sua combinação com as representações sociais identificadas, posto que as respostas aos nossos questionamentos estivessem ali.

3.5 Representações sociais

O desenvolvimento e a concepção de “representação coletiva” é introduzida por Durkheim (1989), com a tradução do sentimento social e coletivo, destacando o que cada pessoa tinha como percepção da realidade a partir do processo da coesão de pensamento comuns sobre um assunto, o que podemos compreender como afinidade com um tema ou situação, e por coerção, formas de imposição de uma linha de raciocínio dirigida aos indivíduos de forma coletiva, que fazem com que uma massa de pessoas acabe aceitando o pensamento que lhe é colocado.

Durkheim (1989; 2003) definiu as representações coletivas dos valores, percepções e opiniões como categorias do pensamento que nos remetem à realidade social. Essas representações coletivas e suas transformações para o pensamento individual foram tratadas por Moscovici (2004) como representações sociais.

De forma epistemológica supõe-se que as *“representações são disposições racionais para comportamento social – implicam comportamentos e ações específicas como uma consequência lógica necessária (analítica) e não como uma consequência contingente empírica (sintética)”* como afirmado por Wagner apud Jovchelovitch e Guareschi (1994:177). Em outros termos, a análise das representações sociais possibilita a compreensão da inteligibilidade de comportamentos sociais, mas não constituem uma relação linear entre representações e ações individuais.

Para o desenvolvimento das análises entrevistas com os gestores nos apropriamos das teorias de Spink (1993) sobre representações sociais enquanto núcleos de sentido dirigidos ao processo em desenvolvimento, as quais orientam as condutas e a comunicação entre os pares, a proteção e a legitimação de ações, a transformação gradual daquilo que não é consenso ou ainda é pouco conhecido pelo grupo.

Nossa opção por estas correntes teóricas dá-se pela aproximação com o objeto do estudo e a possibilidade de categorizá-las para compreender as ações

dos sujeitos, com suas contradições e ambiguidades. As categorizações de representações sociais nos serviram como importantes ferramentas para entender a ótica dos sujeitos (atores estratégicos para o funcionamento da rede).

Em estudo recente, Pontes et al. (2014) discutem os princípios estruturais e éticos do SUS à partir da similitude de representações sociais de um grupo de profissionais de variados serviços de saúde num município e concluem que há um processo de internalização das premissas as construções simbólicas dos indivíduos e podemos considera-lo representativo na área das ciências da saúde pela importante contribuição. Quando aproximado ao que estamos analisando sobre as representações sociais de gestores acerca da temática da violência sexual contra mulheres e o que acontece numa rede intersetorial de enfrentamento ao problema, podemos acreditar que nosso estudo, pode ser considerado inédito quando é estudo de caso que considera todo o movimento de serviços de uma cidade em torno de um assunto específico, no nosso caso a violência sexual cometida contra mulheres, a perspectiva da escuta e da manifestação de variados gestores e as ferramentas combinadas que podemos utilizar para a realização de uma análise aprofundada sobre a influência das representações sociais na área de gestão de redes e serviços.

Nessa perspectiva, o pesquisador deve considerar sempre os processos sócio culturais e históricos de onde o estudo se realiza, por que é ali naquele território que estão constituídas as complexidades e o debate que vão emergir para serem analisados a luz das correntes teóricas.

Assim, se estudarmos em profundidade as representações sociais vinculadas aos discursos dos entrevistados, podemos elaborar análises que contribuam para a compreensão de comportamentos apreendidos, opiniões socialmente construídas e acatadas como verdades absolutas e situações de desconhecimento sobre o assunto.

3.6 Os procedimentos de análise utilizados

Os procedimentos de análise dos conteúdos das entrevistas foram realizados por etapas e contextualizados seguindo as recomendações de Minayo (2006:30) para dar visibilidade às diferenciadas formas de pensar a realidade, considerados os fatores históricos e sociais do município, os espaços de “consenso e de conflito, contradições, subordinação e resistência” entre os gestores entrevistados.

Os documentos locais selecionados para análise foram classificados de acordo com o tipo e o ano de elaboração ou publicação, sendo constituído um breve resumo sobre seu conteúdo. Baseados em Gil (2008), elaboramos uma planilha e comparando o texto integral com seu resumo fomos eliminando aqueles que não estivessem diretamente relacionados aos objetivos do estudo. Os documentos classificados foram incorporados ao longo do texto e anexados ao corpo da tese para dar-lhes a devida visibilidade.

As entrevistas foram analisadas a partir de três etapas para a aplicação da técnica de análise temática: (1) Pré-análise, que é a coleta de material para estruturar o *corpus* da pesquisa; (2) Exploração do material, quando se faz a escolha das unidades dentro do tema, a seleção de categorias para análise; e (3) Tratamento dos resultados e interpretação de cada uma das etapas realizadas. Esta técnica foi adaptada e aplicada ao estudo realizado combinando-se à teoria de Minayo (2003:74) que afirma que “(...) *o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente).*”

Assim, 31 entrevistas foram gravadas em planilhas, sendo os sujeitos devidamente identificadas por códigos (E-01, E-02 até o E-31). Lidas as colocações dos entrevistados, organizadas segundo a temática em discussão, identificamos os núcleos de sentidos em nova tabela, selecionando palavras ou termos chaves. Agrupamos os principais apontamentos e criamos um campo de inserção para as inferências extraídas do diário de campo com anotações pessoais sobre o momento da entrevista, as quais foram aproveitadas para a

interpretação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos. Foram feitas 10 perguntas para cada entrevistado. Para cada pergunta foi elaborada uma planilha seguindo o mesmo rito. Posteriormente, selecionamos entre as análises, quais atendiam os objetivos específicos propostos pela tese com uma última planilha elaborada. Esses procedimentos operacionais favoreceram a discussão sobre os principais achados, respeitando as representações sociais dos gestores e as teorias selecionadas como suporte.

Spink e Gimenes (1994:150) discutiram o argumento teórico que trata da análise de produção dos sentidos. Para as autoras o conhecimento produzido na ótica da produção de sentidos está vinculado, sobretudo no posicionamento do pesquisador diante dos dados coletados, das teorias explicativas e das condições onde foram produzidas afirmando: “(...) *a produção de sentido é um processo de negociação continuada de identidade social*”. Essa linha de argumentação articula essencialmente três aspectos distintos: (1) dar sentido ao contexto histórico e tempo vivido; (2) dar sentido ao mundo trazendo para o cenário o tempo presente e (3) dar sentido posicionando-se no fluxo dos acontecimentos durante a pesquisa, estabelecendo suficiente coerência e continuidade de modo a reconhecer-se como sujeito histórico (ou sujeito que tem uma história) na mesma linha da pesquisa.

3.7 Os aspectos éticos da pesquisa

O estudo de caso realizado atendeu os requisitos estabelecidos pela Resolução nº 196/96 posto que se tratou de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução vigente à época da pesquisa). O projeto foi inserido e aprovado na Plataforma Brasil no ano 2012, analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP também no ano 2012, sendo aprovado em 30/11/2012, sob o número 05465912.3.0000.5230. Atendeu ainda todas as exigências dos comitês de ética e pesquisa dos hospitais locais bem como da gestão municipal em Campo Grande no Mato Grosso do Sul, com o compromisso de apresentar os resultados da tese e entregar exemplares do trabalho realizado para os

setores envolvidos com o tema da atenção as mulheres em situação de violência sexual no município. As entrevistas foram realizadas mediante o aceite dos participantes por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados da pesquisa e discussão sobre a temática

4.1 Representações sociais de gestores sobre violência sexual contra a mulher e a rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual do município de Campo Grande/Mato Grosso do Sul

O que você entende por violência sexual contra a mulher? Essa pergunta aparentemente objetiva pode se transformar em discursos complexos, e por vezes ambíguos, que remetem às representações sociais de indivíduos sobre um tema que vem sendo desvelado gradativamente nos espaços públicos e privados.

O discurso de um sujeito pode ser expresso de acordo com a situação social em que esteja colocado, pode ser condicionado pela formação cultural e suas crenças ou pode ser adequado a partir da ampliação de seus conhecimentos e da reorganização de suas convenções e estruturas discursivas (Flairclough, 2008).

A pergunta inicial sobre o que é violência sexual remete às representações sociais de cada sujeito em seus distintos contextos sociais. Qual é a representação social sobre a violência sexual cometida contra mulheres na perspectiva do gestor que é responsável pelo bem estar de uma comunidade?

Jodelet (2009) discute que a retomada dos estudos sobre representações sociais na área das ciências sociais vem contribuir para um novo processo de interpretação dos fatos onde os indivíduos podem estar expostos a diversos aspectos que são dependentes de suas subjetividades, formas de vivência, afiliações e seus próprios conflitos. Em temas complexos como a violência sexual contra mulheres, definir ou expressar os conceitos a partir de cada indivíduo entrevistado pode confirmar ou negar sua preocupação, seu conhecimento, sua repulsa, distanciamento ou envolvimento com o tema a partir

das palavras ou posturas. Essas reflexões estão expressas tanto em sua linguagem verbal ou corporal.

Analisando as respostas verbais e corporais dos gestores percebe-se que a sensibilização para o problema não está diretamente relacionada ao acúmulo de conhecimento teórico sobre o assunto, podendo estar pautada pelas construções sócio-culturais, pela subjetividade de suas relações interpessoais, pela experiência de atendimento direto das vítimas ou pela necessidade institucional da prestação do serviço.

A expressão corporal de alguns entrevistados demarca claramente como o tema da violência sexual contra a mulher está ou não internalizado. Algumas pessoas se posicionaram de forma tensa e falaram do assunto de forma indireta, sem abordar o tema violência sexual. Com braços cruzados, sentadas na ponta da cadeira, sem apoiar o corpo foram falando de contextos generalizados, do problema que é “*de outro lugar*”. Por outro lado, algumas pessoas para falar de seu entendimento sobre a violência sexual contra a mulher colocaram seus cotovelos sobre a mesa, posicionaram seus corpos para a frente, numa postura de interesse e envolvimento e movimentaram suas mãos como se pudessem “*abraçar o assunto*”.

A violência sexual cometida contra mulheres é um assunto que vem sendo debatido nos serviços de saúde e em outros espaços de atendimento ao longo dos anos e sempre causa desconforto (Grossi, Minella e Porto, 2006). A violência sexual traduz uma faceta pouco conhecida ou mesmo renegada do ser humano. Esse fato quando ganha a materialidade de uma pessoa que está a nossa frente pedindo atenção por vezes chorando, outras em total silêncio ou ferida, pode ser doloroso para todos, ainda que seja necessário acolher, acalmar, cuidar, ouvir, apoiar sem transparecer o próprio medo e perplexidade.

Para D’Oliveira et al (2009:1039) “*a forma como compreendemos e delimitamos o problema a ser trabalhado é essencial para a intervenção, já que para cada definição do que venha a ser violência e qual a sua relação com a saúde, uma determinada intervenção é proposta e realizada, respondendo a finalidades sociais diversas.*” Assim, tratando-se da violência sexual contra

mulheres, a sensibilização e o conhecimento sobre a temática pelos profissionais de saúde pode delimitar a qualidade da atenção e aumentar a possibilidade de proteção aos direitos, de ampliação da visibilidade sobre o problema para a sociedade, de ações de prevenção.

Nesse estudo foram identificados blocos de núcleos de sentido com maior saturação de falas, categorizadas de acordo com as idéias-tipo conforme discutido por Correia (2000), nas quais poderemos identificar particularidades expressas nos discursos e que se apresentam concentrados nas seguintes discussões: A violência sexual como um fenômeno complexo, intersetorial, multifacetado e de difícil aceitação como questão social; a culpabilização ou não da mulher que está ou que passou pela situação de violência sexual; as questões do atendimento estabelecido em rede intersetorial à partir das representações sociais de gestores na temática e os mecanismos de organização, gestão e comunicação desenvolvidos no território do município que interage diretamente com esses aspectos subjetivos e que tanto influenciam na oferta de serviços para a população.

No primeiro grupo de núcleos de sentidos a violência sexual foi reconhecida como: *“um problema social”*, um *“fenômeno epidemiológico e intersetorial”*, enfim, um *“tema polêmico”*. Neste grupo de representações, os gestores ainda que com dificuldades em expressar diretamente o conceito, identificam a violência sexual como uma situação complexa, como um tema cuja dinâmica de enfrentamento demandaria uma ação integrada a partir de vários setores. Demonstram ainda possuir certo conhecimento de sua abrangência e magnitude, reconhecendo-a como um problema de dimensões *“epidemiológicas”*.

Quando tratada como um problema social e intersetorial, a violência sexual contra mulheres reflete um deslocamento, migrando de um *locus* privado a tema público contribuindo para a visibilidade do problema.

“É, nós temos um problema histórico de violência contra a mulher que antigamente, até uns 10, uns 20 anos atrás, não procuravam ajuda e com a criação das

Delegacias da Mulher, de proteção à mulher o problema surgiu, emergiu. As pessoas começaram a se sentir protegidas e com isso, desencadeou..., não podemos o usar o termo epidemia, mas um número enorme de casos, de notificação, dentro do nosso município”. [E-05]

Os dados epidemiológicos, dos registros em delegacias e dos números de telefones públicos para denúncias no país, em que pesem os vieses de notificação, vêm sendo mais qualificados e mesmo que não reflitam a totalidade de casos, revelam que o número de mulheres que sofreram violência sexual em todas as faixas etárias, em especial as adolescentes e adultas jovens é muito significativo e alcança dimensões de destaque em toda a América Latina (ONU, 2004; Pereira et. al, 2010).

“Isso independe de classe social, bairro. A única coisa que muda é quanto a, que a gente percebe né, é quanto o registro desses casos em boletim de ocorrência, né: quanto mais alto o nível social, menos se registra, exatamente, quanto mais baixo, mais se registra.” [E-13]

As falas dos gestores alocadas no primeiro núcleo de sentidos refletem que existe algum acúmulo de conhecimentos teóricos a respeito do tema, expressam um razoável olhar sobre a realidade nacional e local. Esse grupo de entrevistados mostra-se informado sobre o tema e imprimiram em suas falas a expectativa de enfrentar os preconceitos sociais contra as mulheres em situação de violência sexual na rede municipal.

“Em Campo Grande, a gente tem os relatos e vê nas estatísticas, todo o tipo de violência: violência sexual, violência doméstica, violência de gênero contra a mulher. Então, enfrentar essas violências é realmente um desafio, principalmente porque precisamos organizar a sociedade, para que haja quebra de paradigmas”. [E-11]

Em contrapartida, no segundo grupo de núcleos de sentido foram identificadas representações sociais sobre a violência sexual como: “*falta de cuidado ou informação sobre assunto o entre as mulheres*”, “*descuido das famílias*”, uma “*situação que está relacionada à pobreza*” e ao “*uso de álcool e drogas*”, ou como “*um assunto de foro íntimo*”. Essas falas expressaram o pensamento de que a violência é um problema “*do outro*”, que revela a falta de uma prevenção pessoal, que só acontece com pessoas desinformadas, oriundas das famílias que não cuidam o suficiente de suas meninas e mulheres.

“Eu acredito que seja um pouco pelo descuido da mulher, pela falta de atenção dos pais com seus filhos, que normalmente é adolescente. E depois também porque as pessoas não levam muito a sério essa questão, só quando o caso chega mesmo numa situação de muita dor, muita coisa.” [E-28]

“Geralmente a mulher adulta sofre violência sexual fora de casa, de um estranho, né? É o que mais se tem notícia. Penso que é pelo desajustamento familiar, sem pai, separações sabe... O jovem hoje, eu sempre cito o mesmo negócio de álcool e de drogas, porque tanto um pai de família, que tem sua mulher, seus filhos, quanto um solteiro, acontece essas violências, com mulheres que vem aqui e falam, quando vai ver é usuário da droga, é alcoolista, justamente por essa desestruturação. E às vezes nem tem família sabe. É sempre com gente assim.” [E-26]

“Eu já trabalhei aqui e numa outra unidade de uma região bem carente lá do Nova Lima, Jardim Anache, Jardim Columbia. Eu vejo, no meu ponto de vista, pelo menos para esse problema da violência sexual, eu sei que os estudos não dizem isso, mas eu vejo, tá relacionada à falta de

instrução e situação socioeconômica. Tem outros casos, mas vejo que a maioria é assim”. [E-22]

As expressões-chave colocadas pelo segundo núcleo de sentido reforçam o estigma da violência sexual como responsabilidade da própria mulher agredida e suscita o debate sobre o quanto a desinformação e o preconceito, no sentido de possuir uma opinião negativa formada sobre o assunto pode afastar o serviço da usuária ou não ser reconhecido por ela como uma referência para seu atendimento. Esses posicionamentos entre profissionais de saúde que ocupam funções de comando ou que estão nas linhas de atendimento inspiram reflexão sobre valores humanitários, sobre ética e legislação posto que podem prejudicar pessoas, a qualidade do serviço prestado e comprometem a implantação das políticas nacionais (Villela et al., 2011).

No terceiro grupo de núcleos de sentido alinham-se os depoimentos que remeteram a violência sexual como “*um problema que acontece em todos os lugares*”, diluindo a localização e a co-responsabilização em relação ao problema, como uma situação “*banalizada no âmbito dos serviços*”. Esses sentidos também expressam um olhar de distanciamento do problema, tratando-o de forma generalizada.

“Eu acho que no estado não é diferente, na cidade de Campo Grande, no estado do Mato Grosso do Sul, não é diferente do restante do país. A violência contra a mulher é um fenômeno e é um fenômeno cultural. Então, a gente atribui a problemas socioeconômicos, culturais”. [E-07]

A dificuldade em reconhecer que a violência sexual é um fenômeno presente na sua cidade e tratar o assunto como um fato comum, como qualquer outra intercorrência em saúde também foi relatada em outros estudos (Villela et al., 2011; Moreira, 2008) e neste caso constata-se que a situação permanece inalterada em diferentes cidades. Percebe-se que para esse núcleo de sentido, há o risco de a mensagem implícita no discurso se ver refletida na prática de amenizar a situação ou não priorizar o atendimento, pela negativa ou negligência

em administrar medicamentos contraceptivos ou antirretrovirais, considerando suas próprias opiniões e não as normas técnicas e protocolos clínicos ou ainda não estimulando que seus subordinados sejam qualificados para esse tipo de atendimento.

O quarto núcleo de sentido relacionado à violência sexual reflete ideias-tipo que se caracterizam como um fenômeno cultural disseminado no país, agravado na região Centro-Oeste, do estado de Mato Grosso do Sul ou ainda de Campo Grande que se formou por pessoas vindas de vários lugares do Brasil e de outros países, características de uma região de fronteira. Tratam a temática como uma questão da “cultura machista” instituída.

“Eu enxergo da seguinte forma é... sob dois aspectos: um aspecto cultural. A gente observa ainda que tem um resquício muito grande da cultura do coronelismo em Campo Grande. Essa cultura... Então eu acho que isso interfere muito... isso ainda sobrepõe à educação masculina e a gente vê isso sendo manifestado praticamente na relação homem e mulher, quando se manifesta uma violência, seja ela sexual ou verbal”.

[E-03]

A concepção do predomínio de uma “cultura machista violenta” associa-se à ideia de imobilismo, da impossibilidade de transformação. Prevalece aí o equívoco de se pensar a cultura como estrutura a-histórica e não sujeita a transformações.

Cabe discutir que a reprodução de estereótipos fortalece as relações desiguais entre os gêneros e o sexismo. Ainda que capacitados para atender mulheres em situação de violência sexual, os profissionais de saúde muitas vezes, reproduzem os preconceitos culturalmente disseminados e se tornam reféns da naturalização do fenômeno (Cavalcanti et al.,2006).

Os aspectos das representações sociais de gestores sobre o que significa a violência sexual contra a mulher revelam a necessidade de reflexão crítica sobre os elementos que levam à transformação social de indivíduos e

grupos, permitindo uma reconstrução da percepção da realidade que os cercam nos serviços de saúde, como um guia para sua atitude e prática na gestão de serviços que são referência para o atendimento à violência sexual. (Almeida, 2001 *in* Paula, 2010).

As controvérsias nos discursos de gestores sobre o fenômeno da violência sexual contra mulheres também demonstram o quanto é delicado se expressar sobre assuntos complexos, quando se cumpre um papel institucional e se necessita que a própria fala seja bem recebida, ou pelo menos, não cause constrangimento. Essas características são discutidas por Bauer e Gaskell (2007:249) quando afirmam que “*todo discurso é circunstancial.*”

4.2 As representações sociais dos gestores da rede sobre as dificuldades da mulher que sofre violência sexual e procura ajuda em serviços de saúde

Demarcando nosso posicionamento, acreditamos que nenhum gestor deveria estar imune ao reconhecimento das dificuldades que passa uma mulher em situação de violência sexual quando procura ajuda em serviços de saúde. O reconhecimento e representações acerca dessas dificuldades apresentam-se nas falas, nos silêncios e posturas dos gestores entrevistados, como um retrato do que a situação da violência sexual sofrida produz para a mulher vitimada, e como reagem os serviços e os profissionais de saúde diante dos casos recebidos. Dois núcleos de sentidos emergiram dos depoimentos.

No primeiro núcleo de sentido o que se apresentou como destaques foram a discriminação, o preconceito por parte dos profissionais e os julgamentos antecipados. Os entrevistados empaticamente tentaram se colocar no lugar da mulher e buscaram explicar o que ela pode encontrar quando procura um estabelecimento de saúde.

“É a emissão de juízo de valor que ela pode vir a sofrer, né, a gente esbarra ainda nisso. Eu falo isso até, por uma experiência, várias experiências que eu tive enquanto eu estava na Atenção Básica, durante visita domiciliar, de a gente identificar as coisas, orientar, explicar o que ela tinha direito, que ela poderia fazer e, ainda assim, a mulher apresentar resistência.” [E-03]

“Eu acho principalmente o despreparo da equipe que recebe. Para começar, no acolhimento, eu acho que o acolhimento, a forma, que é fundamental, exatamente. Porque aquele protocolo do que fazer... exame físico, essas coisas, é normal, tem o protocolo de medicamento, tudo. Mas, é o acolhimento, eu acho que o fica para a mulher de tudo que ela recebe do serviço, é como foi recebida.” [E-14]

Infelizmente ainda é realidade que em estabelecimentos de saúde mulheres que sofreram violência sexual encontrem descaso e preconceito. De acordo com os gestores entrevistados há um esforço para que em Campo Grande não seja desqualificada a queixa da mulher. No entanto, reconhecem que há problemas no acolhimento e, sobretudo, na garantia de sigilo das situações relatadas.

“A situação é tão... impactante. Tão impactante, que se você, a equipe não é preparada pra fazer um bom acolhimento, de como lidar com essa paciente, de como tratá-la, pode ser um desastre. Ainda, às vezes se bobear, alguém faz um comentário... infeliz.” [E-14]

“Ainda é o preconceito. Ainda é, vamos dizer assim, é esquisito, porque quando você fala de saúde, você fala de profissionais, mas ainda é o preconceito. A falta de

sigilo. Chega na unidade e tal, para ser atendida, aí quando você entra, tá todo mundo sabendo, por mais que você trabalhe a equipe, por mais que você fale, o nosso pessoal ainda tem essa dificuldade.” [E-30]

No estudo de De Ferrante et al. (2009), das várias categorias profissionais entrevistadas, os médicos de ambos os sexos são os que possuem maiores dificuldades com questões relacionadas à violência contra a mulher, e, expressam essa rejeição com posturas que reproduzem hierarquia de gênero, de classes sociais com as usuárias do serviço público, contribuindo para a revitimização. A maioria dos gestores entrevistados em nosso estudo foi de psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

Em Campo Grande, o número de gestores médicos ou médicas nas chefias de serviços de atenção à violência sexual é reduzido, o que pode remeter ao caráter mais crítico sobre a postura desta categoria profissional. Em algumas falas, os gestores suscitaram indiretamente que ocorrem situações em que a equipe multiprofissional, sem necessariamente estar centrada ou mesmo contar com a figura do médico, é que toma as principais providências para o atendimento da mulher em situação de violência sexual. Orientam, inclusive, os médicos quando necessário e expressam suas preocupações com as resistências desta categoria para a indicação e administração dos medicamentos anticoncepcionais de emergência e antiretrovirais.

“Então, a Secretaria de Saúde do município sempre fala que é muito fácil, o acesso é tranquilo, que elas tem como receber os contraceptivos... Ah, por outro lado, eu não sei a visão da paciente. Será que é oferecido isso prá ela? Será que o médico que tá lá na linha de frente não tem objeção de consciência?” [E-14]

A respeito das dificuldades encontradas pelas mulheres, os gestores observaram que há variações no preconceito apresentado por profissionais de saúde, que por vezes estão implícitos desde o acolhimento e expressam a

necessidade de que sejam mais frequentes as visitas de qualificação, monitoramento e supervisão técnica por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

O segundo núcleo de sentido focou a dificuldade da mulher em face do acesso, seja pela localização dos serviços de referência, o horário de funcionamento, seja pela peregrinação em busca de atendimento. O grupo fez menções à “autodiscriminação”, ao “medo do agressor”, ao temor da “exposição pública” sobre a condição de ter sido vítima de violência sexual como causas de dificuldade da mulher para buscar atendimento.

A representação social de um gestor sobre o sentimento das usuárias que não encontram no SUS um lugar de direitos acende o alerta para variadas situações que necessitam ser reorientadas para a recuperação da confiança das pessoas no sistema público de saúde. Há a possibilidade de que a dificuldade dos profissionais em lidar com o tema induza o descrédito entre as usuárias dos serviços de saúde quando necessitam de atenção em situações de violência sexual.

“Bom, primeiro, acho que grande parte das mulheres que sofrem violência sexual não concebe no SUS o lugar do seu atendimento. Acho que ela concebe na Delegacia. Nós ainda não conseguimos fazer, e eu falo: nós, porque também sou trabalhadora do SUS, eu acho que nós não conseguimos ainda falar com a sociedade que o SUS é a porta de entrada dos direitos, da garantia dos direitos.” [E-09]

A negativa em reconhecer o SUS como um lugar de direitos passa por diversos apontamentos que surgiram nas falas dos entrevistados tais como: o acolhimento pouco interessado quando da chegada da mulher que sofreu violência sexual ao serviço para atendimento, uma peregrinação por vezes desnecessária entre serviços para o recebimento de medicamentos ou vacinas e ainda, o risco de não ter crédito ao relatar sua história ou não ser atendida em suas necessidades.

“Então, assim, a primeira barreira que elas enfrentam é a comunicação. Aí a segunda barreira é expor o que tá sentindo. Como a gente recebe uma demanda altíssima de pacientes, é um sufoco. Vou falar bem a verdade, a gente tem demanda o tempo todo, às vezes o profissional também ele quer assim: me fala o que você sente que eu tento te ajudar. Aí, ela às vezes não consegue verbalizar. Se eu não tiver treinamento para estar observando, passa”. [E-17]

Para Bedone e Faúndes (2007) é importante que os municípios se organizem de forma regionalizada para o atendimento à violência sexual, no sentido de quando necessário, a mulher possa ser atendida próximo de sua residência ou de onde ocorreu a violência. Ainda a divulgação sobre a existência desse tipo de atendimento em saúde colabora para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, diminui o número de possíveis abortos previstos em lei e evita que a mulher percorra muitos serviços em busca de ajuda.

“A paciente que sofreu uma violência sexual e caiu lá no primeiro atendimento... é porque já tem um esquema todo feito para atender em todas as unidades de saúde. Eu acho assim... é muito melhor que a paciente seja atendida em todo e qualquer lugar, que seja bem atendida, ou se isso não tá acontecendo, direcionar para um único lugar na cidade, para não perder esses dados. Não sei te dizer, talvez lá perto da casa dela, num posto 24 horas, numa unidade de atendimento 24 horas. Seria muito mais confortável ela buscar esse atendimento lá. Ou menos desconfortável”. [E-14]

Acessar o serviço de atenção à violência sexual na área de saúde é uma dificuldade real na vida de muitas mulheres. As secretarias de saúde no país poucas vezes disseminam a informação sobre a existência e localização desses

serviços. Os estabelecimentos de saúde em alguns lugares organizam suas estratégias de atendimento aos casos de violência sexual sem informar às secretarias e muitos serviços afirmam que não realizam atendimentos a esse tipo de problema por desconhecimento da existência de normas técnicas e medicamentos ou ainda sobre a legislação em vigor no país (CEMICAMP, 2008).

A população não sabe, em geral não é informada, sobre quais são os hospitais de referência, o que pode ser realizado pelos serviços de atenção básica ou simplesmente quais providências devem ser tomadas em casos de estupro, se não for orientada para tal. Outras vezes, os serviços destacados para prestar atendimento às situações de violência sexual ficam localizados em regiões distantes ou onde não há transporte público perto.

A secretaria de saúde em Campo Grande faz campanhas anuais de orientação à população feminina sobre onde procurar ajuda em casos de violência, passando contatos telefônicos dos principais serviços da rede intersetorial. Há que se fazer no futuro uma avaliação sobre qual o impacto desse tipo de informe e se os serviços apresentam maior volume de atendimento quando tais campanhas são realizadas.

Peregrinar em busca de atendimento em saúde é uma situação degradante para qualquer pessoa. Para quem sofreu violência sexual e necessita de acolhimento humanizado e cuidados imediatos, ter que percorrer vários serviços sob o risco de encontrar muitas portas fechadas, pode ser decisivo para a desistência por falta de atenção, por omissão para com a usuária do SUS. Isso constitui o fenômeno definido como “revitimização” que, de acordo com Rollo e Carvalho (2008), é o processo em que *“a pessoa se torna vítima novamente nos serviços de saúde, delegacias, tribunais, etc, seja por intolerância, julgamento preconceituoso ou até mesmo mediante desqualificação e desrespeito aos atos experimentados por ela, que lhe causaram vergonha, sentimento de culpa e constrangimento”*.

“Vejo que a hora que ela resolveu que vai denunciar, que vai abrir o jogo... Ela perde um dia inteiro e mais um dia e meio. Perde não, é por causa dos serviços... Não é demorado, mas ela tem que se locomover aqui, lá.

Muitas vezes, né. Ela está sofrida, ela está acabada e, sabe, aí vem aquela escuta qualificada, do setor do IMOL, do setor não sei que, do setor não sei onde. Sabe, ela fica falando a mesma coisa e ela está acabada, está sem o passe de ônibus, tá sem comer, porque ela saiu com a roupa do corpo... você vê que tá na alma dela aquele sofrimento e a gente, vai mais aqui, vai mais lá, depois a senhora volta aqui. É isso que eu ainda vejo que faz ela ficar mais frágil". [E-08]

"Olha, é um pouco trabalhoso, porque ela vai ser atendida numa unidade, depois vai ser encaminhada para outra unidade, então esse deslocamento às vezes é um pouco demorado, o agendamento na unidade onde ela vai ser acompanhada e até a sequência do acompanhamento. Esse agendamento pode ser... trabalhoso. Trabalhoso." [E-05]

Quando um gestor destaca que o caminho da pessoa que sofreu violência sexual pode ser "trabalhoso" dentro do próprio SUS, isso expressa a real dificuldade de entendimento do sistema do que significa a violência sexual no contexto de saúde integral para a mulher. Representa ainda que uma rede de serviços que pressupõe interfaces para favorecer a agilidade das ações em saúde, pode se transformar em uma barreira para a necessidade da usuária. Essa questão, numa adaptação feita por Meneghel et al. (2011) do que é preconizado pela OMS, pode ser denominada como rotas críticas para as mulheres que sofrem violência sexual. É quando todos os caminhos a serem percorridos para a resolução de seu problema são tortuosos e dificultados, quando não deveriam ser.

A situação do quantitativo de serviços disponíveis para atendimento a violência sexual apresentou melhoras nas regiões brasileiras na última década. No entanto, ainda se mostram insuficientes para o desafio de enfrentar uma

situação tão presente em todas as regiões do país (Vilella e Lago, 2007; D'Oliveira et al, 2009). O município de Campo Grande iniciou a organização de sua rede no início da década de 2000 e mesmo com avanços expressivos no número de portas de entrada para as mulheres ao longo do período, e com todos os esforços da gestão para qualificá-los, nas representações sociais de seus gestores, esse ainda é um grande desafio a ser ultrapassado. A fala a seguir explicita especialmente as dificuldades de acesso aos equipamentos desta rede.

“A revitimização ainda ocorre com frequência aqui nas instituições do município. Além disto, as instituições com competência para oferecer o atendimento adequado à demanda apresentada pela vítima ficam muito distantes umas das outras, como Posto de Saúde 24 horas, a DEAM que só funciona em horário comercial, o IML que fica no final da cidade, CAPS pós-trauma, além da tarifa do transporte coletivo ser uma das mais caras do país.”

[E-12]

A questão da revitimização da mulher que sofre violência sexual ou outro tipo de agressão na rede de serviços públicos se coloca como um impedimento ao desenvolvimento do processo previsto nos planos e políticas. Por vezes isso acontece pelo desconhecimento de profissionais acerca de suas responsabilidades, da não leitura e apropriação de protocolos e o não seguimento dos fluxos durante o atendimento. Estudo realizado pelo Ministério Público no município de Rio Branco/Acre no ano 2012 corrobora para questões parecidas ao que acontece em Campo Grande/MS. O Relatório da CPMI da Violência contra a Mulher (2013) também aponta problemas de organização e monitoramento das ações em serviços, da operacionalização de estratégias e das dificuldades da gestão, transformando assim a situação da mulher que foi vítima numa constrangedora desarticulação entre os setores envolvidos, daí a possibilidade de ser essa uma situação nacional.

A lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, determina que todos os estabelecimentos hospitalares do SUS devem atender as pessoas em situação de violência sexual de forma imediata e integral. Isso significa que um processo de reorganização estratégico caberá ao Ministério da Saúde, às secretarias municipais e estaduais de saúde em todo o país.

As políticas públicas brasileiras têm representado avanços e buscado executar planos de ações relacionados ao tema da violência sexual contra mulheres. No entanto, operacionalizar direitos considerando o cenário de dificuldades, passa por ampliar o conhecimento técnico e expandir o número de serviços, lembrando que as equipes necessitam estar capacitadas e qualificadas para o acolhimento e atendimento. Ainda é imprescindível ultrapassar os desafios orçamentários, posto que não se prioriza recursos nos planos plurianuais municipais e estaduais para trabalhar a temática ou fortalecer o trabalho realizado pelos profissionais (BRASIL, 2011).

4.3 - A composição e atuação da rede municipal de Campo Grande para a atenção a mulheres em situação de violência sexual: a perspectiva dos gestores.

4.3.1 - A rede municipal de saúde e os serviços de atenção para mulheres em situação de violência sexual

O conceito de redes adotado pelo Ministério da Saúde (2011) pressupõe a capilaridade do SUS e sustenta que para se estabelecer uma rede temática nacional, é importante que esta seja priorizada, estimulada e apoiada até que esteja de fato institucionalizada, como as demais políticas voltadas para os agravos à saúde.

O SUS é organizado em sua gestão e com o trabalho nos serviços em formato de rede. Isso significa o esforço para a não fragmentação da atenção à saúde como missão, em acordo a Constituição Brasileira (1988) e a lei que institui o sistema público de saúde no Brasil (1990).

Mendes (2010:2300) exemplifica a constituição das redes de atenção à saúde de maneira simples: “*a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.*” Essa premissa vale também para a organização das redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual, violência doméstica ou outras violências, levando em conta: a população de mulheres e suas faixas etárias, a tipologia das violências identificadas, a estrutura de serviços existentes e as normalizações do atendimento, de acordo com os níveis de complexidade.

Seguindo os contornos do que vem sendo discutido no âmbito nacional sobre a formação de redes de atenção à saúde, percebe-se que as estratégias de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no que refere à organização da atenção para mulheres em situação de violência sexual vem se fortalecendo gradativamente e constituindo um roteiro direcionado e co-participativo (Meneghel et al., 2011).

A orientação institucional sobre a infraestrutura a ser organizada, suas estratégias e o modelo de atendimento, na realidade, são adaptados no cotidiano dos serviços de acordo com a equipe em atuação, suas compreensões e apreensões sobre os protocolos de atenção à violência sexual e formas encontradas para a resolução dos problemas que surgem em cada estabelecimento de saúde (Cavalcanti et al., 2010).

Algumas capitais foram precursoras no exercício da junção dos elementos população, estrutura operacional e modelo de atenção para mulheres em situação de violência sexual (Silva, 2011). Seguindo o exemplo de São Paulo, Recife e outros municípios que iniciaram a organização de suas redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual a partir de 1986, Campo Grande se inseriu no processo de construção formal de suas estratégias no ano 2003 pela pressão do movimento social e de alguns gestores locais conforme documentos levantados sobre o período.

No campo da saúde, o município de Campo Grande também apresentou esforço técnico em 2003, que se fortaleceu pela indução técnica e financeira do Ministério da Saúde, quando a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a organização de suas ações para a atenção às mulheres em situação de

violência sexual, enfrentando problemas de ordem estrutural, severas interferências religiosas e imposições políticas proibitivas.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, Campo Grande possuía uma rede de saúde composta por 102 unidades públicas em 2013, além de outras unidades privadas contratadas para a prestação de serviços de saúde, que estava organizada visando atender uma população estimada, para este mesmo ano, de 832.350 habitantes (IBGE, 2014).

O sistema local de saúde de Campo Grande era composto, em 2013, pela Atenção Primária de Saúde que possuía 28 unidades básicas de saúde (UBS) e 35 unidades básicas de saúde da família (UBSF); 06 centros regionais de saúde que funcionam 24 horas por dia; 03 unidades de pronto atendimento (UPA); 06 centros de apoio psicossocial (CAPS), sendo que um deles é denominado centro de apoio psicossocial pós-trauma- CAPPT e é especializado no atendimento de mulheres, crianças e adolescentes que passaram por situações de violência e outras causas externas; 10 centros de especialidades; 02 farmácias descentralizadas; 05 hospitais públicos e conveniados; 01 laboratório central; unidades contratadas para a realização de apoio diagnóstico, reabilitação e outros serviços e ainda 06 unidades de vigilância sanitária. Não foram encontradas informações sobre qualquer tipo de atendimento a pessoas em situação de violência nos serviços da rede privada.

No contexto da organização de serviços de saúde em sistema de redes, Silva e Magalhaes Junior apud Silva (2013) chamam a atenção para os avanços na integralidade da atenção e a construção de vínculos institucionais. Vale ressaltar o reconhecimento desses autores de que a violência é um desafio para as Redes de Atenção à Saúde – RAS, no sentido de não fragmentar, não dividir subsistemas e sim preparar diretrizes, normalizações e oferta de cuidados que incluam a atenção básica em saúde, o atendimento e o acompanhamento psicossocial. Se trabalharmos nessa perspectiva, a atenção integral para mulheres em situação de violência sexual deixa de ser “tabu” para o SUS e evolui para o patamar do respeito ao direito à saúde garantido por lei, em qualquer situação.

Alinhando-se às discussões sobre a organização de redes de atenção à saúde, os gestores entrevistados apontaram quando perguntados sobre a rede de serviços em Campo Grande apontam necessidades tais como: **capacitação, acompanhamento técnico, monitoramento de suas ações e avaliação periódica para a correção de ações**, que correspondem ao princípio de inclusão e parceria na rede.

Segundo os entrevistados, as diretrizes nacionais apresentavam naquele momento alguns resultados positivos para a realidade das mulheres que se encontram em situação de violência sexual, no entanto, ainda há rotas críticas em setores de intervenção: seja nos serviços de saúde, segurança pública ou assistência social. Para os entrevistados ainda é a mulher que tem que buscar seus apoios se sofrer qualquer tipo de violência.

Para os gestores de Campo Grande, em algumas situações, por falta de funcionários para compor equipes e seguir os fluxos de atendimento, ainda há orientações e encaminhamentos equivocados.

“A falta de profissionais é empecilho, porque a gente sobrecarrega. Essa unidade é um exemplo: não tem Assistente Social. Então, acaba o Enfermeiro fazendo às vezes alguns papéis, ou então a gente encaminha para onde tem referência de Assistência Social. Isso é complicado... isso, de deslocar, tan, tan, tan. Outra coisa que também é complicada: ela vai ter que passar por vários profissionais. Se em um momento desse alguém quebrar essa corrente, compromete todo o processo. Compromete tudo, ela volta pra casa, toca a vida dela do jeito que der e desiste. E nunca mais fala isso com ninguém. É assim mesmo.” [E-17]

“Por mais humanizado que seja o atendimento, mais bonitinho tal. Então, eu acho assim: que a revitimização ainda é uma grande barreira, eu acho que a gente podia avançar agora nessa questão da pessoa ser ouvida uma vez só. De que maneira? Já tem experiências aí no Brasil, que eu acho que a gente pode, replicar.” [E-01]

A SMS/Campo Grande entende a temática da violência como uma ação complexa e que envolve toda a população. Respeitando eixos temáticos, a SMS concentra a organização das estratégias no Núcleo de Vigilância de Acidentes e Violências. Esse serviço é o responsável pela articulação intra e intersetorial para todas as tipologias de violência, pelo ordenamento das ações de atendimento, dos treinamentos e acompanhamento de todos os serviços no território, além de trabalhar as questões sobre a notificação da violência que é a sua missão institucional.

Assim, a rede municipal de saúde na atenção para mulheres em situação de violência sexual do município de Campo Grande, depende de um único setor para as articulações, treinamentos, monitoramento das notificações e dos casos graves, o que denota um grande risco. Se por qualquer motivo for necessário interromper os trabalhos desse setor, a SMS corre o risco de desestabilizar todo o processo de trabalho já desenvolvido no município.

Essa concentração de responsabilidade no Núcleo de Vigilância de Acidentes e Violência da SMS é confirmada por todos os entrevistados. Gestores de áreas representativas na atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, transferem, de forma consciente ou inconsciente, suas responsabilidades para o setor que protagoniza as ações ao longo dos últimos oito anos, reduzindo-se a colaboradores nas iniciativas. O risco dessa situação é eminente e apresenta a fragilidade dessa rede, quando não há rotatividade na divisão de responsabilidades e articulações.

Não estamos aqui afirmando que tenha sido relatado que os setores fiquem parados aguardando os comandos. As áreas cumprem suas

responsabilidades quanto ao atendimento, organização das estratégias setoriais e ações intersetoriais. Todavia, a situação percebida no estudo é preocupante quanto a possibilidade do prejuízo e da responsabilização de uma única figura institucional se a rede vier a perecer.

É imprescindível que se faça uma releitura do conceito e das diretrizes do que significa a integração para as redes de atenção às pessoas em situação de violência na SMS Campo Grande e em todos os municípios do país.

Na fala oficial, os hospitais para atendimentos mais complexos e atenção especializada à violência sexual são: a Santa Casa, o Hospital Universitário da UFMS e o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul para a realização de abortos previstos em lei e um Centro de Apoio Psicossocial Pós-Trauma.

“Todas as unidades, elas são capacitadas para se chegar uma mulher vítima de violência sexual a equipe vai acolher aonde ela chegar. E vai identificar qual é a sua demanda. Naquele momento, se é uma mulher que chegou, que sofreu violência sexual já há um tempo. Mas ela está com alguma dor, ela apresenta alguma infecção, algum tipo de problema que ela precisa ser atendida ali e acompanhada, mas também ser referenciada, isso deve ser feito. Todas as unidades de saúde têm essa orientação e, especificamente sobre violência sexual”. [E-01]

De acordo com os gestores municipais de saúde, os serviços vêm sendo preparados ao longo dos anos para a atenção às mulheres em situação de violência. Como os 102 serviços estão espalhados por todas as regiões da cidade de Campo Grande, na interpretação linear dos entrevistados, isto favoreceria uma melhor oferta de acesso para pessoas que necessitem de atendimento em casos de violência sexual.

Entre a maioria dos entrevistados observou-se a disposição em reconhecer que a rede ainda está em construção. Há gestores que desconhecem o movimento de organização dos serviços que acontece em torno do tema violência sexual contra mulheres em seu próprio município e alguns poucos que desqualificam o processo de organização da estratégia local no tema.

O primeiro grupo, muitas das vezes descreveu a rede de saúde por ele reconhecida, substituindo a sua descrição discursiva por um gesticular de mãos, remontando imageticamente o caminho, ou fluxo que as mulheres em situação de violência sexual devem percorrer. A ideia era de que a materialização desta rede não deveria ser expressa estaticamente, mas por uma reprodução do movimento que a mulher irá percorrer na rede.

Este detalhe nos mobiliza a reflexão de que quando remetidos os conceitos de rede para os espaços da saúde pública é imprescindível considerar que são espaços vivos, de circulação de ideias e ideias compartilhadas (BRASIL, 2011; Cavalcanti et al., 2012).

O núcleo de sentido que reconhece a rede municipal de atenção para mulheres em situação de violência sexual apresentou certa subdivisão interna. A primeira vertente alinha os depoimentos que são positivos em sua análise e afirmam que a rede existe e é referência na atenção à saúde no enfrentamento à violência para outros municípios no Estado, que funciona perfeitamente e oferece cobertura para todo o território. Outro segmento, mais crítico, aponta para uma rede que necessita melhorar, que necessita de treinamentos, que precisa funcionar durante as vinte e quatro horas do dia e que ainda demanda ajustes.

“Sim. Possui. E é uma rede pronta, rápida, comunicamos com facilidade, bom, eu posso falar em relação a minha experiência, quando eu preciso é fácil de acionar. Posso falar que a Secretaria de Saúde do município, do estado e, quando preciso, também no Ministério da Saúde, funciona. É uma

rede organizada, nós sabemos onde encontrar as pessoas com quem falar se for necessário. Considero muito boa”. [E-14]

O segundo grupo é que não considera que a rede municipal de saúde esteja organizada ou que funcione da forma que considera adequada, se expressou com posturas corporais e verbais objetivas, no entanto, precedidas de espaços de silêncios. Nesse núcleo de sentido, agupam-se quatro depoimentos que não reconhece a existência de uma rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual dos quais selecionamos as mais representativas. Suas afirmativas se contrapõem ao que a maioria dos entrevistados defendeu.

“Organizada, se tiver, só no papel, na prática a gente não vê... eu já trabalhei na rede básica, já fui plantonista de UBS por muitos anos também e a impressão é que a equipe é despreparada para atender”. [E-15]

“Olha, eu acredito que não. Eu acho que ainda falta algo para ser uma rede só prá violência... eu sei que existe o kit... mas eu não fui treinada, que tem que falar para ela ir à Delegacia, mas eu não sei se ela vai mesmo e ainda nunca vou saber se a violência cessou... então não é rede”. [E-22]

No que refere à organização da atenção alguns entrevistados também discutiram a inadequação e insuficiência dos horários de funcionamento de serviços que compõem a rede. Foi refletida pelos gestores a possibilidade de ampliação de horários e locais de atendimento pode favorecer um maior número de mulheres.

“Eu vejo exemplo de casos que eu tenho acompanhado, que tem uma rede mais fortalecida, acho que ainda tem que avançar em algumas coisas, assim... flexibilidade de horário de atendimento, porque às vezes a mãe de adolescente ou jovem que sofreu violência tem

difficuldade porque ela trabalha, de ir nas consultas com os psicólogos e aí como isso é dentro de um horário de atendimento das unidades de saúde, das 7 as 18, isso dificulta. Então eu acho que essa discussão a gente tem que levar para a rede, no seguimento daí pra tirar o trauma dessa violência, das flexibilidades de horário para mulheres que trabalham. Acho legal.” [E-11]

4.3.2. - Atuação da Rede municipal de saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual

Os princípios do SUS previstos na lei nº 8.080 de 1990, orientam para a organização dos serviços em sistema de redes regionalizadas e hierarquizadas no intuito de garantir aos usuários a equidade, integralidade e universalidade e foi nessa perspectiva que as ações de atenção para mulheres em situação de violência sexual foram sendo implementadas por estados e municípios de forma pouco institucionalizada e muitas vezes pela dedicação pessoal de profissionais e militantes dos movimentos feministas e de direitos humanos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2007; D’Oliveira et al., 2009)

Normas técnicas, portarias, fluxos de atendimento e medicamentos foram os avanços mais perceptíveis da organização da atenção para mulheres em situação de violência sexual no país nos últimos vinte anos, no entanto, as políticas de enfrentamento ainda não conseguiram alcançar as metas planejadas e dependem da sensibilização e conscientização dos gestores em cada instância de governança do SUS (Mendes, 2010).

No tema violência sexual especificamente, normalizar a atenção significa romper com estereótipos, preconceitos e o distanciamento do problema pelo SUS. Se organizada a atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual de acordo com os modelos de atenção que sejam compatíveis com a necessidade da mulher, com a realidade local, as responsabilidades de cada

esfera de gestão e custos possíveis, tende-se a aperfeiçoar os recursos técnicos e operacionais que circulam o tema.

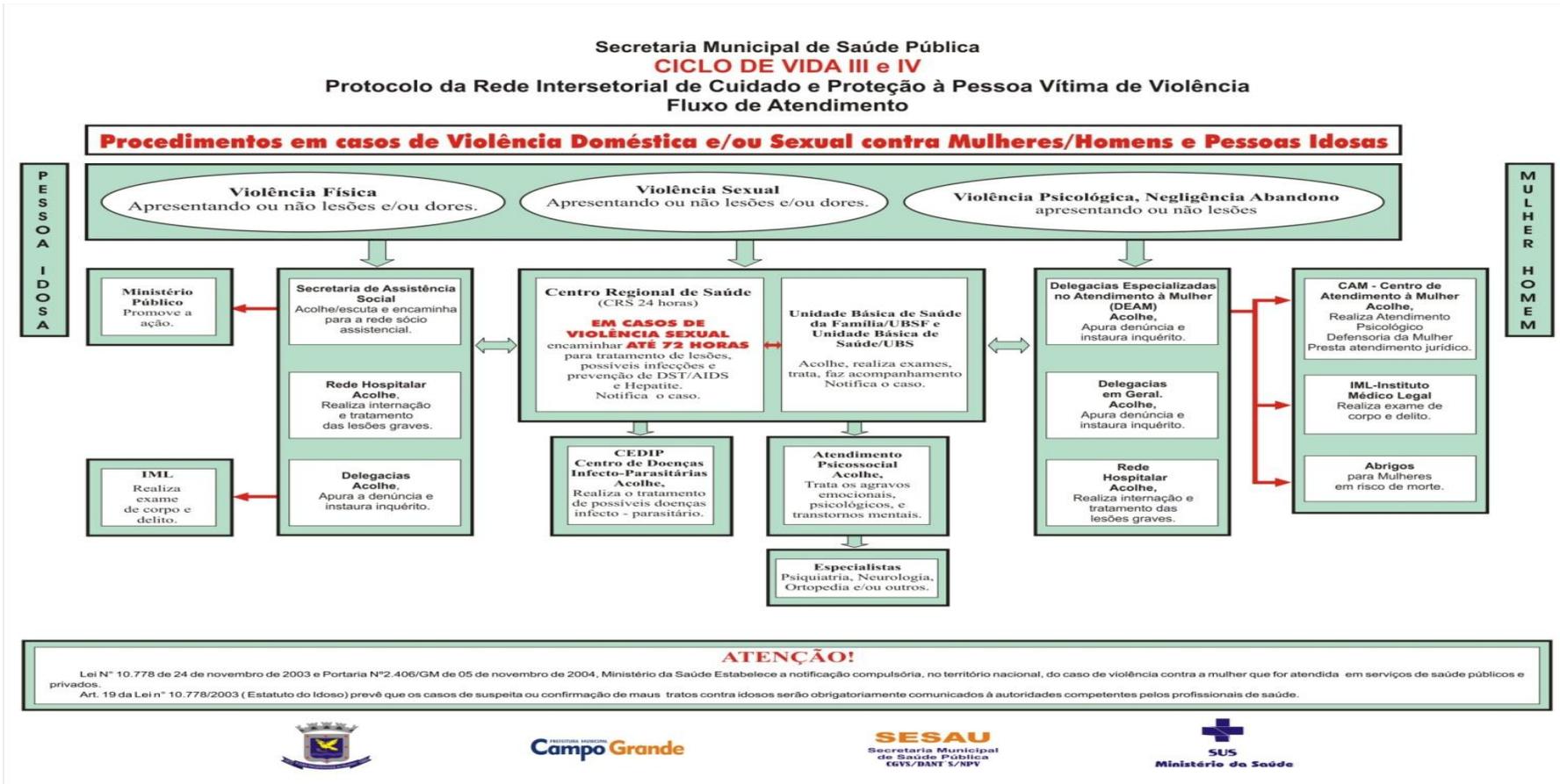
A SMS/Campo Grande possui fluxos de atendimento impressos desde 2009, vem seguindo os protocolos do Ministério da Saúde relacionados à violência sexual, desde 2004, e em 2012 apresentou seu protocolo para os serviços de saúde. Isso pode ser considerado positivo, posto que a aceitação das normativas nacionais torna-se usual e está inserida na rotina dos serviços. Essa observação é aproximada ao que foi demonstrado no estudo de Cavalcanti et al. (2012), quando fez uma análise sobre a incorporação da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual em serviços de saúde do município do Rio de Janeiro/RJ.

O fluxo de atendimento em Saúde para pessoas em situação de violência foi elaborado pela SMS/Campo Grande para utilização nos serviços de saúde. Ainda que esteja denominado no título do cartaz como protocolo, também é reconhecido como um fluxo, que serve como orientador para os profissionais de saúde no trato ou encaminhamentos para outras instancias municipais de saúde ou da rede. No trabalho coletivo a SMS/Campo Grande contou com a participação das diversas secretarias envolvidas com o tema da violência para a elaboração do fluxo de atendimento (Figura 05).

Para Bedone e Faúndes (2007) o desenvolvimento de fluxos de atendimento e a elaboração de protocolos internos aos serviços devem respeitar as diretrizes nacionais e aproximar-se ao máximo da realidade local, quando apresentam a experiência do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o CAISM de Campinas em São Paulo. A padronização desses processos de trabalho, ou seja, os fluxos e protocolos, devem ser objeto de capacitações em serviço, sendo recomendável que os demais pontos da rede intersoterial também tomem conhecimento desses documentos e suas rotinas. O roteiro do atendimento detalhado e descrito com linguagem técnica acessível a todas as categorias profissionais pode contribuir adequadamente para que o atendimento seja humanizado, rápido e com menos dificuldades.

De acordo com o Núcleo de Vigilância de Acidentes e Violência da SMS, os fluxos de atendimento elaborados pela gestão municipal de saúde estão dispostos em todas as unidades de saúde e de acordo com representante da Secretaria Municipal de Saúde são ofertados aos serviços após os eventos de sensibilização *in loco*.

Figura 5. FLUXO DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL.



O primeiro fluxo elaborado aborda as principais formas de violência identificadas à partir das notificações levantadas junto aos serviços e por ciclo de vida, sendo as mulheres, os homens e as pessoas idosas o objeto desse percurso de atendimento. A SMS/Campo Grande compreendia esse documento também como um protocolo intersetorial. No período de sua elaboração, todas as instituições parceiras validaram as informações contidas no fluxo.

Como um fluxo ampliado e que contemplava outras violências além da sexual, objetivamente apontava os desdobramentos intra e intersetoriais sem maiores detalhes. De acordo com os gestores entrevistados os processos de trabalho nos serviços de saúde foram se desenvolvendo à partir das leituras e treinamentos sobre as normas técnicas. Todavia, este fluxo foi avaliado pelos entrevistados como pouco integrado organizacional e geograficamente. Alguns gestores chegaram a sugerir a unificação de atendimento num mesmo complexo de edificações, onde as várias instituições estivessem reunidas.

“Nesse contexto, você olhando o fluxograma ali, funciona tudo legal, mas quando você parte para o atendimento, cada um tem o seu sistema, seu olhar, se apropria, né. A vítima é minha agora (risos), então, eu vou fazer tudo pra resolver sobre... Deixa que eu vou fazer agora. Agora a vítima é da Assistência Social, ela faz de tudo... Encaminha. E aí começa essa questão para a vítima, isso é terrível, porque essa vítima tem que tá andando pela cidade. Ela tem que ir lá no posto de saúde... . Às vezes tem que ir no IML, tinha que ter um lugar onde ela passasse por tudo de uma vez e fosse melhor atendida. Então ela tem que fazer uma andança em Campo Grande, ela tem que fazer uma andança pra ser atendida e, às vezes, ela não está em condições de fazer essa jornada. Ah, não tem não, muitas vezes ela não tem não”. [E-27]

Os avanços legais e as normalizações do Ministério da Saúde foram fortalecendo os processos de trabalho segundo os gestores entrevistados, e hoje, o desafio é garantir sustentabilidade, insumos e pessoal para realizar os atendimentos.

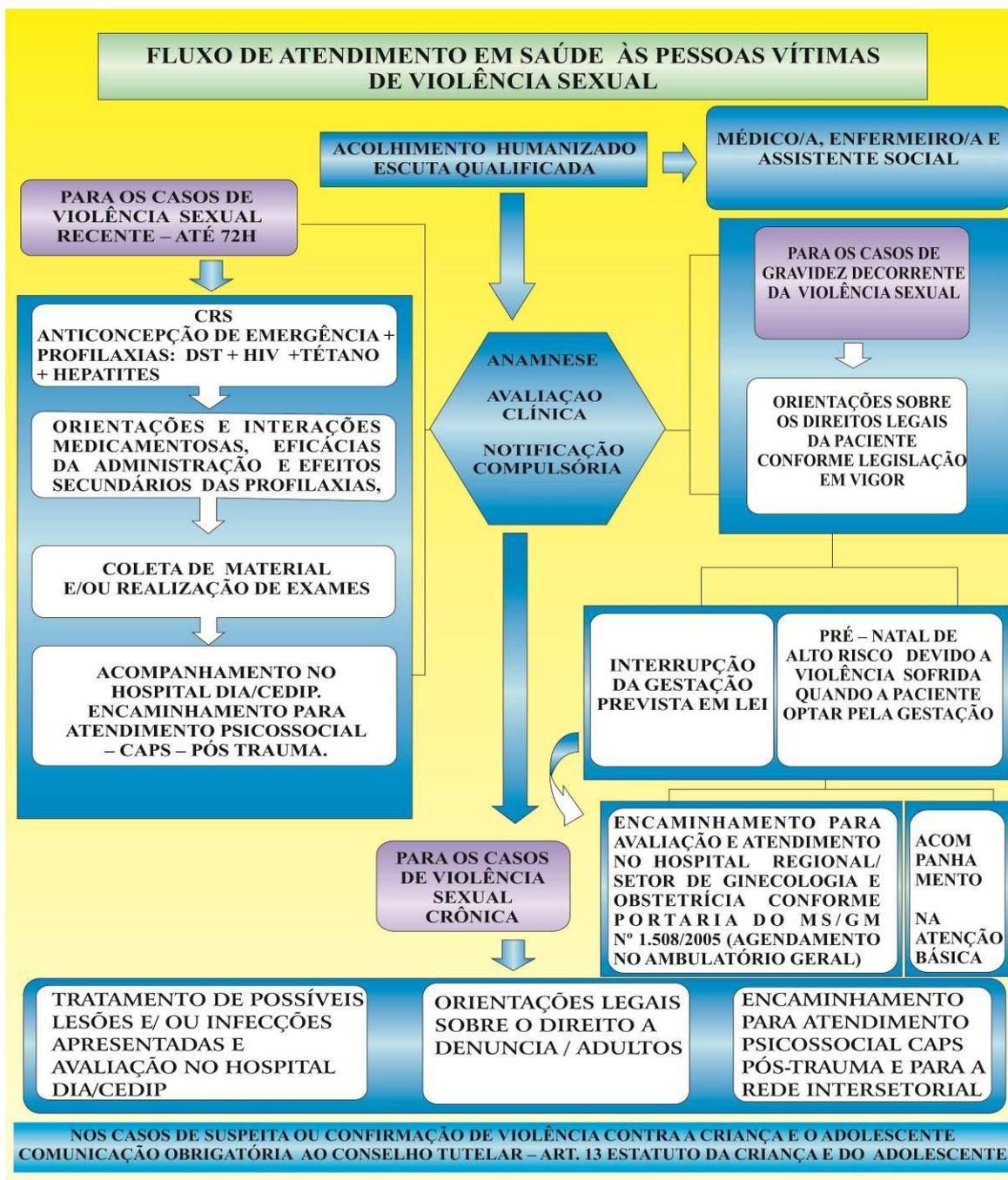
“Olha, quatro anos atrás isso era um esboço... ruim era o que nós tínhamos quatro anos atrás em relação ao aborto legal. Só o fato das pessoas concordarem em falar sobre o assunto, em discutir as fragilidades, acho que já é um avanço, né? Um avanço é reunir uma equipe multiprofissional no hospital para ajudar, todas essas instituições articuladas para defender o direito da mulher.” [E-14]

Em 2012 a SMS/Campo Grande elaborou e apresentou um novo fluxo de atendimento (Figura 2), sendo que desta vez é específico para a atenção às pessoas em situação de violência sexual, com os processos de trabalho personalizados com estratégias e serviços locais.

Nesse fluxo, a SMS organiza o acolhimento e a priorização da atenção com importante participação de assistentes sociais e equipes de enfermagem, a realização de exames a partir da clínica, a anticoncepção de emergência, a dispensação de antirretrovirais e antibióticos pela Gerência de Assistência Farmacêutica, os encaminhamentos e procedimentos em casos de gestação decorrente de estupro para o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, se for do desejo da paciente, orientações sobre direitos e acompanhamento psicossocial.

No tema específico, os gestores da SMS/Campo Grande afirmam que há um fluxo bem estabelecido e que as normas técnicas do Ministério da Saúde são de utilização permanente em seus serviços.

Figura 6: FLUXO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE ÀS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.



Fluxo de atendimento às pessoas em situação de violência sexual do município de Campo Grande extraído do Relatório do Estado do Mato Grosso do Sul enviado à CPML da Violência contra a Mulher – Senado Federal – junho/2012

O fluxo apresentado à CPMI da violência contra a Mulher (Senado Federal), embora esteja definido, foi considerado por alguns dos gestores entrevistados como um documento que ainda demanda maior detalhamento, especialmente nas condutas de acompanhamento dos casos.¹

“Primeira coisa que eu acho importante é ter o fluxograma definido, os seguimentos padronizados, por exemplo, a vítima de violência, como que a gente vai fazer, se precisa ter uma consulta mensal na unidade, se o Enfermeiro vai começar a fazer visita, o ACS tem que sempre tá passando naquela casa”. [E-24]

Nos núcleos de sentido vinculados ao tema “fluxo e protocolos de atendimento”, os gestores em sua maioria, expressaram compreensão sobre seu significado e utilização para serviços de atendimento à violência sexual em todas as estruturas. As falas foram críticas em relação aos que desconhecem tais ferramentas ou desconsideram a necessidade de sua utilização, fazendo o uso de estratégias próprias.

Há entre os gestores entrevistados o consenso de que a atuação da rede municipal de atenção às mulheres em situação de violência sexual depende da articulação que é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, para que as portas de entrada estejam preparadas para os primeiros atendimentos, seja na atenção básica, seja nos serviços de urgência e emergência ou nos serviços hospitalares.

Durante as entrevistas observamos que os serviços hospitalares estão um pouco distantes do que ocorre no atendimento que é realizado nas UPAS, nas Unidades Básicas de Saúde e nas demais áreas parceiras. É como se os

¹ No ano 2012 foi instituída pelo Congresso Nacional a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito - CPMI da Violência contra a Mulher - “Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. Os resultados dessas investigações, bem como as recomendações e proposições de congressistas estão dispostos no Relatório Final da CPMI da Violência contra a Mulher (2013), com um total de 1.045 páginas e que pode ser acessado no portal do Senado Federal. Foram responsáveis pela execução das investigações e composição do relatório as Deputadas Federais Jô Moraes (PCdoB/MG), Keiko Ota (PSB/SP) e a Senadora Ana Rita (PT/ES).

hospitais estivessem num outro estágio do complexo movimento do atendimento à violência sexual. O núcleo de sentido que pontuou o assunto desse desalinhamento entre serviços básicos e especializados lançou preocupações bastante pertinentes.

“Quando ela procura a UBS ou a UPA estão sendo feitas todas as prevenções pras DST, não Aids e Aids, enfim. E quando tem indicação, ela tem orientação de como se proteger de uma gravidez ou não? É oferecido com facilidade a medicação? Eu não sei. Sei que, assim, o que chega prá nós é uma quantidade pequena de mulheres e eu volto a te falar: elas não tão chegando, é porque não acontece gravidez pós estupro? É porque a prevenção tem sido eficaz? É uma incógnita. É porque essa paciente, o índice é muito baixo, não engravidou, ou nosso serviço não é divulgado? O que que acontece aí?” [E-14]

Esse tipo de observação remete à necessidade de desenvolvimento de processos para integração entre os serviços dos diversos níveis de complexidade, e ainda, que o modelo de atenção elaborado no município possa ser monitorado e avaliado continuamente à luz das normas técnicas do Ministério da Saúde.

Nesse movimento da SMS/Campo Grande, o reconhecimento de diferenças e similaridades quanto aos processos de trabalho, modelos individualizados para avaliação dessas redes de atenção para mulheres em situação de violência, podem orientar caminhos que sejam favoráveis ao atendimento das necessidades da mulher no momento em que está fragilizada pela violência sexual (Menheghel et Al., 2011; Cavalcanti et Al., 2010, 2012 e Reis et Al., 2012).

Silva e Magalhães Junior (2013:87) chamam a atenção para um assunto importante e que se relaciona também com as normatizações da atenção à violência sexual, que é a utilização do termo “linhas de cuidados”, explicando

que se relacionam ao diagnóstico e enfrentamento de condições ou doenças crônicas e que para tal devem ser desenhados pontos e linhas que deem conta de atender as necessidades dos usuários de forma adequada às suas necessidades. Entre os entrevistados, um gestor aponta essa diferenciação de conceitos e destaca o que é coerente para os casos de atenção às mulheres em situação de violência sexual.

“Então, a questão é assim: os medicamentos, o seguimento, a sorologia, o acompanhamento psicossocial, isso está bem estabelecido. Os protocolos do Ministério da Saúde, acho que isso é tranquilo, é ter clareza que são protocolos e não linhas de cuidado. Aí você acessa, se você não tem aí o livrinho entra na internet, agora aqui no hospital onde se olha tem computador com internet, então isso não é dificuldade e aí os serviços dispõem da medicação também não é difícil, é se organizar, é atender”. [E-15]

Os fluxos de atendimento a pessoas em situação de violência sexual elaborados pela SMS/Campo Grande possuem ações e intervenções dirigidas às mulheres. Algumas das ações estratégicas previstas nos fluxos de atendimento foram exploradas durante as entrevistas e serão apresentadas a seguir:

a) Anticoncepção de Emergência

A SMS/Campo Grande afirma que não há dificuldades com a distribuição da anticoncepção de emergência ou com a dispensação desse medicamento nos estabelecimentos de saúde no município. Informa que a orientação a todos os serviços é ofertar o medicamento nos atendimentos de violência sexual de acordo com os casos atendidos e a necessidade da usuária.

“Eu acho que isso foi um grande desafio quebrar um tabu, que é da pílula emergencial em Campo Grande e no Estado todo. Principalmente em Campo Grande, porque até uns dois anos atrás, a gente não conseguia fazer com que a pílula ficasse disponível em todas as unidades básicas de saúde. Então isso foi um ganho nesse processo, hoje ela está disponível em todos os lugares, tá disponível, mas a gente ainda não conseguiu dar facilidade de acesso à mulher”. [E-11]

O levornogestrel, nome do princípio ativo da pílula para anticoncepção de emergência é adquirido por compra centralizada no Ministério da Saúde e distribuída para todas as secretarias de saúde do país, e em caso de falta do medicamento, a secretaria municipal de saúde é responsável pelo reabastecimento até uma nova aquisição pelo Governo Federal. O levornogestrel não é um medicamento abortivo, consta da Relação de Medicamentos Essenciais e o seu uso é recomendado para mulheres que passaram por relações sexuais sem o uso de qualquer proteção, incluindo-se a violência sexual.

Os gestores de serviços parecem estar informados sobre a necessidade de disponibilidade da anticoncepção de emergência para os casos de mulheres em situação de violência sexual, seguindo os protocolos nacionais e o fluxo de atendimento da SMS. Alguns deles, no entanto, confrontam a afirmativa da SMS afirmando que em alguns momentos a pílula de emergência enfrenta dificuldades de dispensação nos serviços de saúde ou que não há disponibilidade para oferta desse medicamento em todos os pontos de atendimento como é relatado pela Secretaria.

“Pílula do dia seguinte, pra mulher que sofreu violência sexual, nós não temos aqui. Porque, assim, essa pílula é destinada aos serviços 24 horas. A gente atenderia, acolheria né, e encaminharia... tem a nossa referência, que é o Hospital Dia, lá da Nova Bahia, né?” [E-23]

“... era pra ter, eu vim lá da Saúde da Família do Iraci Coelho, eu tinha um kit, a gente já tinha o kit pra violência sexual lá. Talvez porque é distrito, né? Cada distrito tem a sua política... Estava previsto, mais ainda não tinha vindo, até por conta desses casos de violência sexual aqui na região. É, porque a gente precisa ter sim”. [E-29]

Tais contradições trazem ao debate os motivos que podem estar interferindo na oferta da anticoncepção de emergência em alguns serviços de saúde em Campo Grande: objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde, dificuldades com a logística de distribuição da SMS para os serviços; ausência de mecanismos de divulgação sobre o uso do medicamento para a população; falta de capacitação técnica dos profissionais para a assistência farmacêutica em casos de violência sexual.

b) As profilaxias para as doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids

A SMS/Campo Grande afirma que não há problemas com a dispensação de medicamentos antirretrovirais nos casos de atenção para pessoas em situação de violência sexual. Alguns dos gestores entrevistados afirmam que os “kits” estão disponíveis nos estabelecimentos de saúde e que o setor vem enfrentando os percalços e atendendo a população que necessita desses medicamentos. Em outras falas, o grupo de gestores afirma que os antirretrovirais não estão em todos os serviços de referência, que é preciso encaminhar os pacientes para outros serviços, contrapondo as colocações dos gestores da SMS.

“Uma coisa importante que eu acho é que mesmo com desconhecimento de parte das equipes sobre o kit emergência, eu percebo que ele está presente nas unidades. Acho que isso foi importante porque foi contra a

deliberação da Assembleia Legislativa, de proibir a questão do kit violência no município e ai eu vi que o SUS meio que fez de conta que não sabia e continuou atuando. Achei isso fundamental.” [E-09]

“Então, o kit de violência a gente não tem aqui, que são aquelas medicações que ela toma via oral, após a identificação pelo Médico, acho que tem que fazer uma avaliação, pra ver se o resíduo que foi encontrado realmente foi de sêmen, essas coisas. O que eu sei é o seguinte: ela chega no serviço 24 horas ou aqui. Ela passa pelo primeiro atendimento médico, após a avaliação do Médico, junto lá com a Enfermeira, é feito o kit de violência, são várias medicações pra prevenir HIV, Sífilis, as DST, que podem ser feitas ali, aí, acredito eu, com a autorização da mulher, é solicitado BO pra ela fazer, chamada a polícia pra fazer exame de corpo de delito é feita a notificação, igual já falei, depois é encaminhada pra Unidade Básica que ela é referenciada”.² [E-28]

A questão entre os núcleos de sentido dos gestores quanto aos medicamentos antirretrovirais, está na localização desses insumos nos pontos de atendimento da rede de saúde. Parece haver um desencontro de informações entre serviços nos diversos níveis de gestão do SUS local. As normas técnicas do Ministério da Saúde (2011) orientam que esses medicamentos estejam disponíveis para o primeiro atendimento, podendo ser acionada a assistência farmacêutica a qualquer momento em uma pessoa que sofreu violência sexual seja atendida numa estabelecimento de saúde.

² De acordo com a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2011) os medicamentos para o atendimento imediato devem estar organizados e disponíveis conforme as dosagens calculadas de acordo com faixas etárias e quadro de saúde da paciente. Esse processo de organização da atenção à saúde é reconhecido pelos profissionais de saúde como “Kit de Atenção à violência sexual” e em sua composição estão o anticoncepcional de emergência, antirretrovirais e antibióticos, com indicativos sobre a forma de administração e orientação para as vacinas que deverão ser aplicadas.

Outra afirmativa chama a atenção na última fala: o gestor coloca a denúncia (BO) e o exame de corpo de delito como uma das ações inclusas no fluxo de atendimento e trata isso como uma rotina. É importante salientar que a denúncia sobre a violência sofrida é uma decisão da mulher e que cabe ao profissional de saúde orientá-la sobre seus direitos e o quanto é importante realizar a denúncia assim que tiver condições de tomar essa decisão, para sua proteção e de outras pessoas que possam também sofrer a mesma forma de agressão.

É importante para o profissional de saúde compreender a diferença entre denúncia e notificação. Denunciar é quando procuramos uma delegacia de polícia e formalizamos o anúncio de um assalto, um assassinato ou uma violência física por exemplo. Notificar a suspeita ou a confirmação de uma violência pelo setor saúde é o registro obrigatório determinado pela legislação que serve para fins epidemiológicos, para o planejamento de ações intersetoriais e a organização de iniciativas operacionais para o atendimento.

c) Aborto previsto em lei no município

Questões muito sérias relacionadas ao abortamento inseguro colocaram o município de Campo Grande no cenário nacional e internacional. Essa situação perpassou as intempéries do comportamento político e institucional e foi uma dificuldade para Campo Grande que passou meses na mídia por conta de um volume de dez mil mulheres denunciadas à justiça por terem realizado aborto inseguros em clínica clandestina.

No que refere ao abortamento previsto em lei, a maioria dos profissionais entrevistados referiu saber da existência do serviço na capital e conhecer o esforço para sua organização.

O aborto previsto em lei é um assunto delicado, e pela fala dos gestores entrevistados houve avanços representativos na cultura institucional sobre o tema. O que antes era uma dificuldade para grande número de profissionais no município, encontra hoje maior compreensão no trabalho intersetorial para os casos de violência sexual.

Os avanços ainda que pequenos e num universo tão crítico como o do atendimento a pessoas em situação de violência sexual e com um complicador que é a gestação decorrente do estupro, são reconhecidos como uma ação positiva na área da gestão dos serviços de saúde. Mas ainda existem profissionais, chefes de serviços e diretores de hospitais e maternidades que não conseguem reconhecer o sofrimento e o direito da mulher que decide pela realização do procedimento do aborto previsto em lei (Vilella e Lago, 2007).

Em cada novo serviço, onde esse tipo de atendimento se implementa de forma equilibrada, todos os profissionais que ali trabalham são sensibilizados para a situação, modifica-se a forma de acolher e atender mulheres em situação de violência sexual, todos contribuem para um atendimento integral no sentido de que o aborto previsto em lei seja a última alternativa.

O Dr. Avelar de Holanda Barbosa em suas aulas teóricas e práticas, voltadas para profissionais de saúde que irão realizar abortamentos previstos em lei, relata sua trajetória de mais de quarenta anos de trabalho na área da ginecologia e obstetrícia e no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, e, no serviço de aborto legal do Hospital Materno Infantil de Brasília, que ajudou a organizar em 1996. Ele remonta o histórico de como foi difícil se autoconvencer da necessidade da mulher, em interromper uma gestação decorrente do estupro. É emocionante e admirável ouvi-lo declarar o quanto seu comportamento machista e equivocado em relação aos direitos da mulher, dificultava sua compreensão, no início dos trabalhos do serviço de referência em aborto legal do Distrito Federal. Ele faz questão de explicar cuidadosamente a importância de nos colocarmos no lugar dessa mulher, em respeitar sua difícil decisão sem o julgamento que nos é implícito, pelas questões da cultura e da religião, antes de iniciar as aulas técnicas sobre curetagem ou aspiração manual intrauterina. Há um trecho de aula anotado que expressa bem o esforço de um homem com 72 anos de idade, que se modificou positivamente para oferecer seus serviços a outras pessoas, às mulheres.

“...minha mudança comportamental começa a partir de 1996, creio que vários fatores contribuíram: a oportunidade de participar do treinamento de AMIU e

*do Aborto Legal com o grupo multiprofissional do Hospital de Jabaquara em São Paulo onde me impressionou o trato dos médicos e enfermeiras com as mulheres; o convívio constante do nosso grupo, constituído de muitos profissionais da maior qualidade profissional e ética, e, principalmente a conscientização de meus erros anteriores que me vinham a cada atendimento que fazia, vendo diante de mim mulheres jovens, seres humanos como eu, maltratadas, feridas, estupradas e quando via profissionais de saúde totalmente alheios aquele quadro, tendo a coragem de dizer que não tinham nada a ver com aquele problema, porque não era da especialidade deles. Cada vez que presenciava isso acontecer, me enxergava mais triste pela lembrança dos maus tratos que fiz anteriormente e me aguçava mais para a visão dos direitos que aquela mulher tinha como ser humano, de ser acolhida, ouvida, tratada e amparada. O que hoje me deixa alegre e satisfeito é saber e sentir que com nosso trabalho muita coisa já mudou, já existem muitos serviços de proteção a mulher no país, muita gente boa já está engajada na nossa militância e que outros vem se aproximando a cada dia”.*³

Avelar de Holanda Barbosa, 2014.

Comparados o relato do profissional mais experiente e a representação social do gestor entrevistado sobre o tema do aborto legal no município nos favorecemos de suas colocações para o entendimento das dificuldades enfrentadas para a composição e manutenção do serviço em qualquer tempo.

³ O Dr. Avelar de Holanda Barbosa é alagoano, médico ginecologista e obstetra formado pela Universidade Federal de Pernambuco, radicado em Brasília e profissional dos serviços hospitalares desde a década de 1970. Foi um dos fundadores do Serviço de aborto legal no Hospital Materno Infantil de Brasília em 1994 e trabalhou no atendimento às vítimas da violência sexual, bem como na formação de outros profissionais de saúde como preceptor. Em 2014, aos 72 anos de idade é reconhecido como um dos mais importantes colaboradores do SUS na área da atenção às mulheres em situação de violência sexual e aborto previsto em lei, trabalha nos treinamentos institucionais promovidos pelas secretarias de saúde. É consultor do Ministério da Saúde para a elaboração de documentos e normas técnicas, colaborador da Comissão de Atenção à violência sexual e aborto previsto em lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO.

“Quando começou esse trabalho com o aborto previsto em lei lá no Hospital Regional, eu senti que nem toda a equipe estava preparada, alguns enfermeiros até dizendo que era crime, querendo saber quem iria interromper a gravidez, gente da própria equipe. E com o passar do tempo, com a sensibilização, trabalhando esse lado, a equipe tomou outro corpo. Inclusive até o responsável da equipe, teve alguma troca ali, porque o pessoal era muito duro nessa linha. Ai eu sei que procuraram ir ajustando, ajustando, ajustando. E ai até nós que não somos da saúde recebemos a orientação de qual a hora de falar que tem esse atendimento lá no Hospital, pra não citar nomes, para orientar melhor as pessoas. Foi bom.” [E-08]

4.3.3. Composição da rede intersetorial de atenção à mulher em situação de violência sexual

A composição de redes de serviços de atenção para mulheres em situação de violência sexual no âmbito local, estadual e federal é resultado da militância pela defesa ao direito da mulher que deve ser atendida com dignidade, e também do enfrentamento aos preconceitos e descasos com o tema entre profissionais de saúde e gestores das diversas áreas que em algum momento participam do atendimento da mulher que sofreu uma violência sexual, buscando articulação e intersecção entre setores.

Em 2008 quando da organização do Pacto de Gestão, pela vida e em defesa do SUS, chegou-se a uma definição do que é uma rede de atenção integral para mulheres em situação de violência (Brasil, 2008), que aliada ao Pacto de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (Brasil, 2007) e à PNAISM (Brasil, 2004) encadeou um novo momento de entendimento sobre intersetorialidade.

As redes interssetoriais de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual podem ser consideradas como a intersecção de micropolíticas

que possuem intenções semelhantes e das microrredes existentes em cada instituição, que quando articuladas de forma estratégica tendem a produzir resultados humanizados e positivos em benefício da população (Franco apud Pinheiro e Mattos, 2006).

No Brasil, o conceito definido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, considerando os distintos setores envolvidos nesse enfrentamento, alinhou uma compreensão em comum acordo entre os órgãos representados, que é reconhecida como adequada para a realidade de cada Ministério envolvido (BRASIL, 2011).

De acordo com o Pacto Nacional de Enfrentamento a violência contra a Mulher (BRASIL, 2007) a composição das redes de atenção para mulheres em situação de violência está baseada na estruturação de ações intersetoriais a partir das instituições locais, estaduais e federais, sendo as principais: as políticas de direitos para mulheres, as ações em saúde, segurança pública, emprego, trabalho e renda, desenvolvimento social e combate à fome e educação.

As redes institucionais de apoio são estratégias organizacionais e têm como base o território geográfico para ao desenvolvimento de políticas e ações setoriais. Esta rede sofrerá as influências das relações de poder entre instituições.

Nesse sentido, Dallabrida e Fernández (2007) discutem a presença institucional no território e o desafio do desenvolvimento de estratégias de cooperação, observando a diferença conceitual entre o regional e o local no campo da produção, onde o produto final depende da mobilização, articulação e operacionalização de um conjunto de setores.

Esse exemplo nos serve quando estamos estudando a organização de ações estratégicas em situações de violência sexual, como é o nosso caso, e pode projetar novas formas de intervenção considerando que a cooperação intersetorial é uma ação dinâmica. Ainda que a tendência seja de isolamento das micropolíticas ou de blindagem de suas microrredes em cada instituição, o movimento atual em todos os espaços é para que se consolidem interfaces, parcerias, sustentabilidade. A rede é viva.

A consolidação das redes de atenção à violência contra mulheres não está na finalização de um plano de organização de ações, embora dele dependa para o desenvolvimento seguro de estratégias e o alcance de resultados. É um processo dinâmico, que depende da vinculação das pessoas que compõem os diversos pontos de atendimento e que passa, em primeiro lugar, pelo reconhecimento de que há fragilidades no modelo assistencial e formativo dos serviços quando atuam de forma isolada.

Em sequência, a composição de uma rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual envolve o reconhecimento da complexidade e das múltiplas demandas presentes em cada atendimento, exigindo uma atuação intersetorial nas temáticas de saúde, assistência social, segurança pública, políticas para mulheres, educação, trabalho, desenvolvimento social e outros (BRASIL, 2011).

No que se refere à rede ampliada de atenção, de escopo intersetorial, o município de Campo Grande apresenta uma estruturação que vai além da Secretaria Municipal de Saúde, envolvendo outras secretarias e instituições parceiras: de Assistência Social (03 CREAS), de Segurança Pública (Delegacia Especializada para Mulheres e Instituto Médico Legal), de Políticas Públicas para Mulheres (Subsecretaria Municipal de Políticas para Mulheres), de Educação, o Conselho Municipal de Direitos da Mulher, os hospitais públicos (Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Universitário-UFMS) e as secretarias estaduais que ali estão sediadas (Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Segurança Pública e Secretaria Estadual de Políticas para Mulheres). Não foram citadas pelos entrevistados ou verificadas em documentos levantados durante a pesquisa, a integração de ações das secretarias municipais com organizações não governamentais para o enfrentamento da violência contra a mulher, no entanto existem elos técnicos entre esses atores, posto que eventualmente participam das atividades de capacitação ou eventos técnicos.

Cada um dos setores e serviços envolvidos tem uma função ou apresenta uma capacidade para o atendimento das mulheres em situação de violência sexual no município de Campo Grande.

A Secretaria Municipal de Assistência Social atua em conjunto com os serviços de Atenção Básica de Saúde no sentido de acompanhar as famílias onde esteja a mulher em situação de violência, verificando as condições socioeconômicas, a possibilidade de inclusão dessa mulher em programas sociais ou em acompanhamentos psicossociais.

A Secretaria Estadual de Segurança Pública mantém estreita relação de trabalho com os serviços de saúde locais por intermédio da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, que acionam seus serviços ou orientações para os mais diversos casos de violência contra a mulher, sem necessariamente haver a necessidade de obrigação da mulher para a denúncia.

O Instituto Médico Legal que integra a Secretaria Estadual de Segurança Pública vem se aproximando das ações em saúde com o objetivo de trabalhar de forma coletiva e esclarecer melhor os profissionais de saúde sobre sua função na rede local. Ainda, trabalha na parceria com a SMS/Campo Grande para que os profissionais de saúde melhorem suas anotações e descrições em prontuários, de forma mais completa, com maiores detalhamentos. É representativa a participação de profissionais do IML nas capacitações da rede local.

A Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres de Campo Grande tem a função de articuladora de ações em prol da não violência contra as mulheres no município. Trabalha em parceria com as demais secretarias e no âmbito da saúde contribui nos movimentos de capacitação de profissionais. Trabalha também na ação de acolhimento de mulheres em situação de violência e coordenação da Casa Abrigo, local onde mulheres em risco de morte ficam protegidas. Somente podem ser atendidas pela Casa Abrigo aquelas mulheres que formalizam denúncia contra quem a agrediu.

Entre os serviços hospitalares dispostos como referências para atenção às mulheres em situação de violência sexual, percebe-se que há uma maior

proximidade entre a SMS/Campo Grande, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e a Santa Casa de Misericórdia. Observamos durante as entrevistas que há um desejo de aproximação entre o Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/UFMS e a SMS, que vem sendo potencializado pela Secretaria Estadual de Saúde para que o HU também venha a integrar as ações coletivas.

A Secretaria Municipal de Educação é parceria no enfrentamento à violência contra mulheres, adolescentes e crianças e potencializa as ações em saúde quando recebe profissionais de saúde para oferecer palestras e oficinas para os alunos de diversas faixas etárias. Sua intervenção é mais presente no que se relaciona à violência sexual contra crianças e adolescentes.

Quanto às Secretarias Estaduais que atuam no tema, estas recebem a colaboração da SMS/Campo Grande, que trabalha em conjunto compondo o mosaico estadual de uma rede ampliada para outros municípios. A SMS/Campo Grande é colaboradora nos treinamentos e apoio à organização de serviços e redes por todo o Estado de Mato Grosso do Sul.

Considerando a ótica dos gestores de Campo Grande sobre a existência e composição da rede municipal de atenção às mulheres em situação de violência sexual, parte das entrevistas realizadas se refere à organização e atuação dessa rede municipal, onde nas falas analisadas, foram identificados dois núcleos de sentido, sendo um caracterizado pelo reconhecimento da existência da rede e outro que a nega.

Entre a maioria dos gestores entrevistados observa-se a disposição em reconhecer que a rede intersetorial existe e está em construção. Ainda há gestores que desconhecem o movimento de organização dos serviços que acontece em torno do tema violência sexual contra mulheres em seu próprio município e alguns poucos que desqualificam o processo de organização da estratégia local.

Nas falas do primeiro núcleo de sentido, os entrevistados descreveram a rede intersetorial por eles reconhecida, substituindo a sua expressão discursiva por um gesticular das mãos, remontando imagetivamente o caminho, ou fluxo que

as mulheres em situação de violência sexual devem percorrer. A ideia era de que a materialização desta rede não deveria ser expressa estaticamente, mas por uma reprodução do movimento que a mulher irá percorrer na rede.

“Acho que tá caminhando para um bom sistema de atenção à violência. Ainda falta muito. É uma construção né? Estamos indo. É uma escadinha que a gente está conseguindo subir para chegar e reunir todo mundo... o assunto é de todo mundo, a situação da mulher é de todo mundo, a questão é da assistência, da saúde pública, da segurança pública.”

[E-10]

Para Fleury (2007), a formação e gestão das redes podem ser flexíveis, possuir atores de diversas iniciativas governamentais e não governamentais, serem de pequeno ou grande porte, com metas e desafios a serem alcançados. No entanto, considera que é necessário o estabelecimento de estruturas burocráticas que ofereçam institucionalidade à existência dessa rede.

Segundo Vasconcelos e Morschel (2009:734), *“as redes são constituídas por linhas e não por pontos como geralmente é afirmado, e sim por conexões institucionais múltiplas e uma composição de fluxos variados”*. Isso confirma o que encontramos nas entrevistas, onde cada setor ou serviço considerou a necessidade de que seja estabelecida uma estrutura formal para a rede intersetorial local que confirme tais conexões, o que que nos parece ser uma necessidade de estabilidade.

No cotidiano dos serviços de atendimento para mulheres em situação de violência sexual em Campo Grande que foram visitados neste estudo, nenhum dos entrevistados refletiu sobre a não formalização da rede onde atuam. O que nossos entrevistados não sabiam era que justamente a institucionalização dessa iniciativa que consideram relevante ainda não existia até 2013.

O núcleo de sentido que reconhece a rede municipal intersetorial de atenção para mulheres em situação de violência sexual apresentou certa subdivisão interna. A primeira vertente alinha os depoimentos que são muito positivos em sua análise e afirmam que a rede existe e é referência para outros municípios no Estado, que funciona perfeitamente e oferece cobertura para todo o território. Neste grupo prevaleceram os gestores do setor saúde municipal.

“Sim. Possui. E é uma rede pronta, rápida, comunicamos com facilidade, bom, eu posso falar em relação a minha experiência, quando eu preciso é fácil de acionar. Posso falar que a Secretaria de Saúde do município, do estado e, quando preciso, também no Ministério da Saúde, funciona. É uma rede organizada, nós sabemos onde encontrar as pessoas com quem falar se for necessário. Considero muito boa”. [E-14]

“Eu costumo dizer que o estado de MS é modelo pro restante do país. O aparato estatal com relação ao enfrentamento à violência é muito bom. E, dentro dessa rede de atendimento que a gente possui, a Saúde é uma grande parceira, muito atuante e muito importante em todo esse trabalho que é realizado”. [E-07]

Outro segmento, mais crítico, aponta para uma rede ampliada que necessita melhorar, precisa de treinamentos, deve funcionar durante vinte e quatro horas por dia e que ainda necessita de ajustes. Este segundo grupo foi majoritariamente composto por gestores do âmbito estadual.

“Está organizada, mas toda rede ela precisa, o próprio nome já diz, rede, precisa sempre estar avaliando e costurando os nós que ela tem. Então, é importante esses momentos de pesquisas, esses momentos de sentar e avaliar aonde tem ainda as fragilidades nos processos, para que a gente evolua nessa discussão.” [E-11]

Provavelmente, a situação de pesquisa e a possibilidade de se emitir julgamentos avaliativos, podem ter influenciado neste comportamento mais defensivo por parte dos gestores do município.

Assim, dentre os entrevistados, o pequeno grupo de gestores mais acríticos, especialmente no âmbito de saúde, mas também de outros setores, considera que a situação da atenção para as mulheres em situação de violência sexual em Campo Grande é modelar para outros lugares, é suficiente, não lembrando que a organização de uma rede de atenção integral necessita articular suas ações intra e intersetoriais.

Quando avistada somente pelos aspectos positivos, uma ação estratégica pode padecer com as consequências da falta de visão para os ajustes que se fazem necessários e permanentes.

Os processos de enfrentamento à violência contra a mulher ainda transitam no espaço do atendimento das vítimas, e somente daquelas que procuram apoio. Ainda do ponto de vista dos entrevistados, há o reconhecimento de que a prevenção para as situações de violência sexual não está colocada para a rede, sendo priorizada a atenção às vítimas.

“Eu acredito... porque a gente tem nove unidades 24 horas, fora o hospital da mulher. As nove unidades, temos uma décima unidade em construção, e elas, geograficamente, abrangem todo o município. Ela, a rede abraça o município. Então, não fica nenhuma região descoberta. E, considerando os bairros mais violentos de Campo Grande, conforme pesquisas do nosso planejamento urbano do município, a gente tem uma unidade 24 horas pronta pra receber essa mulher. Então, ela não fica sem esse atendimento imediato”.

[E-03]

O outro núcleo de sentido afirma que existe uma rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual, que funciona enfrentando entraves e que vem se esforçando para melhorar suas capacidades intersetoriais.

Os principais ajustes que deveriam ser feitos, segundo a ótica destes gestores seriam: atendimento para as vítimas da violência sexual com garantia da anticoncepção de emergência em todas as portas de entrada do SUS no município; garantia de que os “kits” de antirretrovirais estivessem organizados e dispostos em todos os serviços para utilização na hora da necessidade e não ter de serem solicitados aos setores da SMS; que o governo estadual implantasse mais delegacias especializadas para mulheres nas regiões da cidade e que estas funcionassem 24 horas; que o CREAS se integrasse mais com os serviços de saúde no território para darem conta do acompanhamento dos casos com maior eficácia; que as escolas dessem um pouco mais de abertura para esclarecimentos sobre a temática da violência sexual para professores e outros funcionários, pais e crianças e adolescentes.

“Faltam alguns ajustes, como a DEAM estender o expediente para finais de semana, feriados e à noite e até ter outras Delegacias Especializadas para o atendimento à mulher, nos bairros mais distantes, facilitando o acesso das mulheres e conseqüentemente, encorajando-as a denunciar. Falta também que as instituições tenham a normatização do atendimento, bem como o protocolo, fluxograma de atendimento e rotina da instituição para este fim, divulgados a todos os profissionais, não apenas a um grupo específico, personalizando o atendimento”. [E-11]

Quando se ouve o gestor ou gestora referindo-se positivamente quanto à existência de uma rede de atenção à saúde para mulheres em situação de violência sexual em seu município e reconhecendo suas limitações de forma coerente, percebe-se que suas capacidades estão voltadas para a organização

de uma governança que considera arranjos institucionais, estrutura para gerenciamento colegiado e respeito à participação do controle social (Silva, 2011).

Outra dificuldade mencionada se refere à organização dos serviços. Alguns entrevistados discutiram a questão dos horários de funcionamento de serviços que compõem a rede. Mais uma vez foi refletida pelos gestores a necessidade de ampliação de horários e de locais de atendimento para favorecer um maior número de mulheres.

“Eu acho que ainda é pequena, pelo tamanho da população de Campo Grande. A gente tinha que ter, por exemplo... nós temos várias Delegacias aqui, tem uma só da mulher. Campo Grande tem sete regiões urbanas, teria que ser, como tem distrito da saúde, a gente tem quatro distritos e acha pouco, tinha que ter pelo menos umas quatro Delegacias da Mulher. No final de semana a gente não tem plantão na Delegacia da Mulher, só tem durante a semana. A rede toda tinha que funcionar 24 horas.” [E-06]

Finalmente, o grupo que não considera que a rede municipal esteja organizada de forma a integrar a área de saúde, segurança pública ou assistência social ou que funcione da forma que considera adequada, se expressa com posturas corporais e verbais objetivas, no entanto, precedidas de espaços de silêncios, como se estivesse elaborando, ponderando a medida da crítica. Suas afirmativas se contrapõem ao que a maioria do grupo defendeu.

“Olha, eu não vejo assim tão próximos não. Eu vejo que tem algumas... Cada um trabalhando na sua área, cada um trabalhando só no seu... Alguns ruídos na comunicação. É... eu vejo que não tem assim, essa... enquanto profissionais a gente se fala, mas no caso das instituições, não parece que elas tão assim, tão alinhadas nesse sentido não”. [E-28]

“A gente tem, recebe aquelas orientações, os livrinhos do Ministério da Saúde, mas não tem uma coisa bem organizada, um fluxograma, cada um, você faz isso, você faz aquilo... É uma coisa, acho que é muito solta, é minha opinião”. [E-15]

“Infelizmente não. Ainda é bem precário. Embora muitos bons profissionais articulem a rede. Realmente o que funciona é a rede de amigos”. [E-21]

No núcleo de sentido que nega a existência ou o funcionamento da rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual no município, percebe-se que as críticas ou impressões sobre o assunto são dirigidas ao contexto da fragmentação ainda existente entre as esferas de saúde no município. A última fala remete à crítica sobre a baixa institucionalização do atendimento entre as áreas de saúde, demais secretarias e serviços que atuam no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, demandando que as redes de contatos pessoais sejam acionadas para seu funcionamento.

Em geral quando se fala sobre redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual ouve-se questionamentos sobre a sua real existência, seu funcionamento, sua capacidade de mobilização ou imobilidade e sobre a resposta profissional que se dá à mulher em situação de violência sexual. Percebe-se que para este grupo de depoimentos, alguns gestores idealizaram que a rede que irá atender e enfrentar violências deve ter uma estrutura visual definida, com pessoas preparadas para quaisquer situações, com espaços físicos organizados e que somente quando tudo isso estiver pronto e funcionando perfeitamente é que poderemos cuidar das pessoas agredidas.

Uma informação importante e desconhecida pelos componentes da rede intersetorial em 2013, nos surpreendeu e também os gestores das secretarias locais: em 2003 foi elaborada minuta de portaria conjunta que estabeleceria a Rede Municipal de Atenção para a Mulher em situação de violência sexual e as diretrizes para atendimento, o que seria o início da institucionalização das ações,

programas e projetos de enfrentamento à violência contra a mulher na cidade, o documento foi assinado pelos gestores à época, todavia esta portaria que representaria um reconhecimento significativo no cenário municipal e estadual, nunca foi publicada, o que nos deixa um questionamento para o qual não obtivemos resposta: porque? (anexo 05).

4.4 - Relações institucionais, vínculos e pactuações da rede de saúde no contexto ampliado da atenção intersectorial às mulheres em situação de violência sexual.

A atenção integral para mulheres em situação de violência sexual está baseada nas relações institucionais para que as respostas sejam melhor qualificadas.

As relações institucionais são processos de aproximação do coletivo político-técnico-operacional que aportam interesses comuns em torno de um tema, estabelecendo vínculos e potencializando os sentidos de integralidade e são essas estratégias que favorecem a estruturação de redes intersectoriais. Na maioria das vezes essa relação é iniciada pela necessidade de uma das partes em desenvolver ações estratégicas que se complementam em ações que estão em outros setores (Mattos, 2001; Silva, 2011; Mendes, 2010).

Mesmo em tempos mais recentes a questão da atenção às mulheres em situação de violência sexual, ainda que com progressos importantes, continua enfrentando dificuldades no âmbito legislativo que demora para elaborar e aprovar iniciativas que coíbam a violência sexual cometida contra a mulher. No executivo também encontra empecilhos para ampliação, dado o volume de municípios e diferentes formas de gestão que constituem dificuldades na operacionalização de ações intersectoriais. (Bedone e Faúndes, 2007; Vilella e Lago, 2007; Andalaft Neto et al, 2012; Oshikata et al., 2012).

Ainda que cada cidade desenvolva sua própria forma de constituir uma rede intersetorial de enfrentamento à violência contra mulheres, quando se trata do tema violência sexual, há um processo de mobilização e comunicação diferenciado, seja para favorecer a agilidade no atendimento ou às vezes não. No caso de Campo Grande, há por parte dos entrevistados a confirmação desse exercício de reconhecimento e conhecimento sobre o significado da intersetorialidade.

Nessa perspectiva, os depoimentos dos gestores entrevistados nos apresentaram três núcleos de sentido: (1) relações entre setores; (2) os vínculos institucionais, articulação e as pactuações necessárias nas esferas de gestão, e, (3) organização da atenção nos espaços de saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual no município.

As relações institucionais entre setores que atuam na atenção para mulheres em situação de violência sexual, são expressas por intermédio de políticas e atividades técnicas intersetoriais. Essas relações se constituem em capacidades e na medida em que se ampliam conseguem favorecer um maior equilíbrio na operacionalização da atenção.

Uma rede intersetorial depende das racionalidades e da compatibilidade de interesses, de projetos próximos, com objetivos complementares para operacionalização e tecnologias de comunicação que possibilitem aproximação com a comunidade, entre os serviços e os profissionais. Nessa vertente é possível que os serviços públicos e as organizações não governamentais consigam estabelecer melhores condições de acolhimento, atendimento e acompanhamento dos casos de violência sexual (Kiss et al., 2007).

Ainda que não tenha sido efetivada a formalização da rede municipal de enfrentamento à violência sexual contra a mulher, desde 2003 as instituições municipais e estaduais vêm articulando ações e estratégias por intermédio dos vínculos que foram sendo estabelecidos.

Esses vínculos ainda que frágeis, se transformaram na melhor condição de trabalho possível. Foi a partir das relações entre técnicos do governo e

profissionais que atuam nas diversas frentes relacionadas ao atendimento de pessoas em situação de violência, que ao longo do tempo, estreitando parcerias, treinamentos conjuntos e a administração da rede local, foi sendo estabelecida a rede referida pelos entrevistados.

Um primeiro grupo observou as relações entre setores, serviços e seus acordos de forma positiva, passando suas impressões sobre o esforço entre as instituições para alcançar o objetivo de trabalho integrado. Os entrevistados mencionam a boa comunicação, especialmente, com os serviços de assistência social, Delegacia da Mulher e IML.

Essa “boa comunicação” entre setores e serviços é colocada pelos entrevistados como um elemento facilitador do atendimento à mulher em situação de violência sexual. Entre os gestores entrevistados é relevante a observação de como melhoraram o contato e as ações em conjunto a partir das aproximações durante capacitações, reuniões técnicas e participação em eventos locais e nacionais.

Assim, a maioria dos gestores entrevistados coloca como positiva a iniciativa entre os setores envolvidos com o atendimento das mulheres em situação de violência sexual. A aproximação entre setores foi um processo coordenado a partir da criação da Coordenadoria Estadual de Políticas para as Mulheres e que veio ao longo dos anos se organizando com as potencialidades e dificuldades que o cotidiano apresenta.

A exemplo do que acontece no âmbito federal, a Coordenadoria Estadual de Políticas para as Mulheres tem a função de articular as políticas e ações em defesa dos direitos das mulheres abrangendo as mais diversas áreas. Assim, coordena o Plano Estadual de Enfrentamento à violência contra as Mulheres, que é retratado no modelo municipal da Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres em Campo Grande.

Algumas observações foram feitas pelos gestores contando a história dessas aproximações institucionais, outras com o propósito de sugerir melhorias ou avanços nas relações já constituídas. Essas pessoas demonstraram sentir que

pertencem a essa construção de relações entre os serviços, suas posturas físicas e forma de falar demonstraram certo contentamento com o que conquistaram ao longo do tempo.

É relevante a afirmativa de alguns gestores quando relatam que o atendimento de mulheres e as boas relações com instituições da área de segurança pública fortalecem a mulher para buscar a defesa de seu direito de não sofrer novas violências.

Os gestores também refletiram sobre questões da atenção à saúde para mulheres em situação de violência sexual e como outros setores vêm ampliando sua compreensão sobre a importância de iniciativas imediatas para a prevenção de gestação decorrente do estupro, de doenças sexualmente transmissíveis e sobre os sofrimentos mentais que se apresentam.

Algumas falas chamam a atenção para as mudanças culturais nas instituições que se apresentaram a partir dessas aproximações entre pares da rede. Falam do cuidado que é dirigido à mulher violentada e ainda do respeito às suas decisões sobre denunciar ou não a agressão sexual.

“Eu acho que hoje está assim, com uma visão bem mais aberta do que esteve há três, quatro anos atrás. Então, hoje tem Delegacia feminina, especializada, tem o IML, que com todas as dificuldades que às vezes a gente encontra ali, está mais acessível. Existe também a parte de Centro de Atendimento, instituições envolvidas que estão procurando, agregando. Em várias reuniões que nós temos, encontros de discussão, a gente vê que eles estão sempre presentes. Nossa! Isso é muito bom, eu acho que foi um progresso muito grande para Campo Grande”. [E-14]

Falas dos gestores entrevistados expressam a satisfação em participar de uma construção que consideram positiva. Há algumas descrições sobre a relação entre a DEAM e as unidades de saúde que reflete o melhor de uma parceria

institucional que busca atender com eficiência e de forma humanizada as mulheres em situação de violência sexual. Essa articulação na prática apresenta para a mulher em situação de violência sexual, a possibilidade de um pequeno conforto diante do problema por que está passando.

“Essa parte eu acho legal. Interessante. Assim, é estruturado em relação a isso, por exemplo: Delegacia e Unidade Básica, tá integrado, apareceu um caso lá no bairro, eles sabem todo o processo que tem que ser feito com a mulher em relação a sua saúde, então, eles encaminham tudo certinho. Que nem as UPAS, os 24 horas, então fazem a notificação e encaminham para onde? Pras Unidades Básicas, porque sabem que a gente tá mais próximo das mulheres. Não só o Enfermeiro, como o ACS. Estamos mais próximos das mulheres. Então, isso está estruturado certinho”. [E-19]

“Eu aqui não tenho dificuldade nesse entrosamento. Eu não sei se todo mundo é assim, mas toda vez que a gente liga na polícia, que a gente precisa desse suporte, eles prontamente atendem a gente, a Secretaria de Assistência Social, a Delegacia da Mulher, sempre que a gente liga pedindo orientação, pedindo apoio, prontamente eles atendem a gente. Aqui o comprometimento da polícia eu acho muito importante, porque quando eles trazem, aguardam o atendimento e levam a pessoa pro IML se ela quiser. Eles ficam aguardando aqui, às vezes a gente fala assim: oh, vai demorar um pouco. Eles não se importam, ficam aguardando aqui...” [E-25]

Em suas análises Campos et al. (2005) conseguem demonstrar o quanto a articulação e o trabalho coletivo podem apoiar ações de enfrentamento,

melhorar o conhecimento para a prática em serviços de atendimento e conhecer algumas características sobre autores de violência sexual.

Consideramos importante ouvir também os depoimentos dos representantes dos Conselhos de Direitos sobre sua participação na rede de atenção de campo Grande e as relações e pactuações tecidas com outras instituições e setores.

A defesa de direitos para a mulher está baseada em Declarações, Convenções, Legislação e na articulação de movimentos sociais organizados, o que no Brasil é estabelecido por intermédio dos Conselhos de Direitos. O Conselho Nacional de Direitos da Mulher é uma instância representativa composta paritariamente por áreas do governo federal e movimentos organizados de mulheres, sendo estes os sindicatos e associações, as redes feministas e entidades de classes. Esse espaço deliberativo discute questões de relevância e recomenda ações para a resolução de problemas. Isso se repete no âmbito estadual e também no município.

De maneira geral, os Conselhos estaduais e municipais de direitos da mulher tratam de variados temas, entre estes, a violência cometida contra mulheres. Os referidos Conselhos seguem uma agenda de reuniões pré-agendadas e os temas a serem tratados vão sendo inseridos de acordo com os planos de trabalho, a necessidade ou o surgimento de questões representativas. Durante os trabalhos de campo, como já foi dito, não foi possível entrevistar nenhum representante do Conselho Municipal de Direitos da Mulher do município de Campo Grande por falta de agenda daquele setor.

Os Conselhos de Saúde seja no âmbito federal, estadual ou municipal seguem a mesma composição padronizada e contribuem amplamente nas discussões sobre direitos e saúde para as mulheres.

O representante do Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande pondera durante a entrevista que considera que hoje esse Conselho apresenta menor participação nos temas de direitos e saúde da mulher que em outras épocas e se ressentido de maior participação nos espaços de discussão. A

conselheira entrevistada demonstrou possuir bastante conhecimento sobre as questões da violência sexual contra mulheres, a legislação nacional e as necessidades locais para o atendimento e enfrentamento.

“Então... no caso o Conselho Municipal ele poderia ser um parceiro da rede, né, porque ele teria dentro dessa mobilização que a gente faz da comunidade, o que a gente chama de controle social. Então, nesse sentido, poderia trabalhar na conscientização das pessoas, né, acho que o Conselho tem o seu papel importante, que poderia fazer parte dessa rede igual da violência do trânsito, essas coisas. A dificuldade é que geralmente no início da formação da rede o Conselho é convidado, depois ele é esquecido. E o próprio Conselho também, às vezes acaba se deixando esquecer, porque a gente tem várias coisas prá fazer e não prioriza isso”. [E-06]

Entre os entrevistados, um depoimento observa a baixa inserção dos Conselhos de Direitos da Mulher em discussões estaduais ou municipais e critica a forma de organização desses conselhos na atualidade.

“Então... a gente não tem um lugar em Campo Grande, que diga assim: olha, a realidade está esta, está aquela. Nós temos um Conselho Municipal da Mulher muito mal ajambrado, que fica meses sem se reunir e às vezes diz que não se reúne porque não tem tema, né? Nós temos o Conselho Estadual da Mulher, que não consegue ser deliberativo, por exemplo, sobre o plano de enfrentamento. Então, assim, a gente tem instâncias que poderiam ser agregadoras, mas elas são extremamente ineficazes”. [E-09]

Os Conselhos de direitos são espaços de representações da sociedade e das instituições voltadas aos interesses de grupos que podem discutir temas como a atenção para mulheres em situação de violência sexual com os diversos

olhares sobre o assunto. Seja para o movimento de mulheres, seja para a representação de categorias profissionais ou ações sociais complementares, o assunto violência sexual ainda é um assunto de difícil e que necessita ser aprofundado teoricamente pelos diversos atores institucionais no sentido de apoiar políticas públicas e as mulheres em cada município.

De modo geral os gestores entrevistados consideram que a relação entre os setores que atuam no tema violência sexual é bom. Na maioria das falas foi expressa a existência de parcerias entre as Secretarias municipais de saúde e assistência social, com as Delegacias Especializada e Geral, uma aproximação com os abrigos vinculados à Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher e aos Conselhos Tutelares e uma interface que está sendo iniciada com o Instituto Médico Legal, que no último ano (2013) vem participando dos encontros da rede e das capacitações conjuntas.

Pelas observações feitas após cada entrevista, tivemos a percepção de que as relações intersetoriais são boas no município de Campo Grande. Houve algumas falas que indicaram desgostos com a demora, a burocracia entre os parceiros. Foram feitas algumas observações sugerindo: melhorias comunicação entre os serviços, ampliação do conhecimento sobre os dados do atendimento no município e ainda monitoramento dos casos até que se encerre o atendimento e maior agilidade nos encaminhamentos legais.

“Então, assim... prá eu conseguir chegar a alguma coisa lá, por exemplo, no Ministério Público, eu tenho que mandar pro distrito, que manda pra Secretaria, que na Secretaria passa por várias mãos até chegar essa CI por lá. E prá resposta é processo inverso e demorado também. Então, o tempo... eu acredito que precisa de alguma coisa que melhore isso. E precisa urgente”. [E-17]

Não foi mencionada em quaisquer das entrevistas a participação das organizações não governamentais. Não foram citadas parcerias da Secretaria Municipal de Saúde para a integração de ações para o enfrentamento à violência sexual contra mulheres com a ONG locais ou de outros estados. Perguntado

sobre o assunto, não conseguimos êxito nas respostas. Ficou a impressão de que nessa gestão as parcerias com o terceiro setor não foram estimuladas e pelo recorte estabelecido por nós para as entrevistas, ouvir apenas uma entidade, não nos favoreceu compreender esse processo. Sofremos um prejuízo informacional para a tese.

Outro núcleo de sentido representa a concepção que nega a existência de articulação ou integração, parcerias e intersectorialidade na rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual em Campo Grande. Suas falas se apresentam por vezes de forma objetiva, outras vezes em discursos sobre assuntos não relacionados ao que foi perguntado, lançando queixas ou questões locais que geram insatisfação e apontam relações institucionais como ações pessoais.

Os depoimentos são taxativos em afirmar que se a integração entre áreas estiver baseada em compromissos somente pessoais, tende a perder-se tal entrosamento na próxima mudança de gestores. Mencionam ainda a falta de articulação no sentido de evitar, seja a duplicação de ações, sejam as lacunas de oferta de certos atendimentos.

“O que eu acho, o que critico às vezes, é que a sobreposição de ações e atenções, de atribuições, às vezes deixa um descoberto, que ninguém faz. E aquela vítima passa a ser revitimizada várias vezes, tem que contar a mesma história... no CREAS, na saúde... Tem que contar a mesma história fragmentada. E aquilo vai revivendo sob o olhar da vítima. Então, a rede existe mas ela é muito... cada um na sua visão, cada um no seu quadrado, cada um quer tratar a vítima de uma forma bem segmentada”. [E-30]

A interdependência entre setores de atendimento para mulheres em situação de violência sexual pode ser benéfica quando se estrutura em institucionalidades coletivas ou redes. Com o tempo a aprendizagem entre profissionais do conjunto de instituições que vão se integrando se torna mais

rápida e a combinação entre os recursos pode ser potencializada, favorecendo uma composição horizontal que é autônoma e ao mesmo tempo integrada na governança das ações a serem desenvolvidas (Fleury e Ouverney, 2007).

Fleury e Ouverney (2007) afirmam que a institucionalização de uma rede requer ações coletivas e maior intensidade dos vínculos, com compartilhamento de poderes e reconhecimento de interdependências. Isso significa que ações intersetoriais para organização de redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual devem passar por movimentos de conhecimento e reconhecimento, sensibilização de gestores, resolução de conflitos institucionais, respeito aos limites de cada espaço de atendimento e articulação para a não revitimização.

Nesse núcleo de sentidos, de negação da existência da rede, os gestores expressaram suas opiniões sobre o envolvimento dos profissionais de saúde e da rede intersetorial para o atendimento das mulheres em situação de violência sexual. Há a conscientização de que pessoas podem ser mais ativas e outras não quando do atendimento, dependendo sempre da sensibilidade de cada um para a questão da violência sexual cometida contra mulheres em todas as faixas etárias.

“Então, eu vejo que tem muito profissional empenhado, muita gente com um olhar bastante claro para o problema da violência sexual, também existe esse fluxo, não é uma coisa perdida, existe um fluxo, existe uma montagem dentro do sistema de saúde. Como tudo, tem falhas, mas existe atendimento, então, eu por exemplo: hoje se eu recebo uma mulher, eu posso ter várias indagações, mas eu sei o fluxo para lidar com ela.” [E-17]

A institucionalização da atenção integral para mulheres em situação de violência sexual no município de Campo Grande vem ocorrendo ao longo dos anos com o estabelecimento de fluxos, protocolos setoriais e ações intersetoriais, pactuação com serviços ou estratégias estaduais e mais recentemente interfaces

com a academia e aproximações com os profissionais da medicina legal que trabalham com o tema sexologia forense.

As representações sociais dos grupos sobre as pactuações já em desenvolvimento expressam que o exercício do trabalho intersetorial é complexo e necessita da vontade institucional e pessoal dos profissionais envolvidos.

“Eu acho que tem uma articulação, talvez ela não seja perfeita ainda, precisa amadurecer, mas que já há o movimento de articulação sim, de conexão, de comunicação, sim”. [E-16]

“Existe, mas existe com dificuldades, ainda com demora no atendimento, muitas vezes é por conta desses processos que cada um tem o seu jeito de fazer. Mas os casos mais graves que eu tenho conhecimento, já conversei com algumas pessoas, acionamos a Delegacia, quando tem necessidade já vai para a Casa Abrigo. Então, assim, tem uma agilidade maior nos casos mais graves, que há um risco prá vida dessa mulher. Ai se unem forças pra resolver logo o problema, ajudar, pelo menos.” [E-20]

Os vínculos institucionais podem ser reconhecidos como mecanismos de sustentabilidade para uma rede de atenção intersetorial de atenção para mulheres em situação de violência sexual. Ainda que não existindo o Decreto Municipal que institua a rede, o movimento de aproximação entre setores governamentais foi sendo estabelecido progressivamente, com avanços e retrações como é da natureza das estruturas de redes.

Os fluxos de atendimento entre setores de atendimento foram amadurecendo e das relações institucionais estabelecidas culminou com a organização de um protocolo municipal de atendimento lançado em 2013 pela SMS/Campo Grande.

Quando perguntados sobre as formas de comunicação estabelecidas com a sociedade e entre os serviços, os gestores preferiram expressar suas representações sociais sobre as facilidades ou dificuldades na comunicação entre serviços. Foram apresentados dois núcleos de sentidos opostos. Em seguida identificamos um terceiro grupo de expressões e opiniões que trata das relações de comunicação com a população.

O primeiro grupo entrevistado expressa que não encontra dificuldades de comunicação entre os serviços ou entre o seu serviço e a Secretaria Municipal de Saúde, ou ainda com outros serviços na rede local.

“Eu não tenho dificuldade com a comunicação entre os serviços. Eu, enquanto Assistente Social, profissional da ponta, todas as vezes que eu necessito, eles comparecem. Seja com orientação, seja fazendo uma denúncia, eles sempre me dão suporte. Não tem essa dificuldade”. [E-25]

Na organização da atenção em saúde, em todos os momentos, incluindo os de atenção às mulheres em situação de violência sexual, a comunicação entre setores, entre equipes e com a gestão é imprescindível. Sempre que um dos atores envolvidos expressa suas representações sociais sobre as ausências ou falhas de comunicação, está explicitando a necessidade de reordenamento das ferramentas em utilização. Talvez a forma elaborada não esteja alcançando os diferentes pares (Mendes, 2007; Moscovici, 1973).

O segundo núcleo de sentido é composto pela fala dos gestores que não concordam que a comunicação na rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual no município seja exercida de forma adequada. Eles relatam a necessidade de aprimoramento nos mecanismos e formas de contato entre os profissionais, serviços, instituições e comunidade.

As falhas apontadas pelos gestores dizem respeito à confirmação de atendimentos realizados em outros serviços, dificuldades nas trocas de

informações sobre os casos atendidos na rede e mesmo sobre a falta de comunicação entre setores de uma mesma unidade de saúde.

“Então, acho que falta um pouco. Talvez eles poderiam aprimorar mais a comunicação. É trocar conversa, porque às vezes você encaminha, não sabe se chegou lá, se eles atenderam, se não atenderam. Então, muitas vezes, tive que ligar em outros serviços vários dias, daí eles não sabiam, fiquei com umas informações tipo assim desencontradas, contraditórias sobre casos que estava atendendo. Tem que melhorar.” [E-27]

“Parece que fica sempre um pouco a desejar na questão de comunicação e agilidade pra atender. Eu acho que ainda faltam ajustes: ser mais rápido, ser mais ágil, não deixar a pessoa esperando. Sabe aquela coisa, esperando sentada? Eu quando sei e até o pessoal que ajuda, sabe que alguém tá lá na frente, acionamos tudo. Passou aí na triagem, falou o que é, já passa aqui para a sala, nem deixa na recepção. Então, para a pessoa, quanto menos espera, menos constrangimento, menos dificuldade para deslocamentos é melhor. Acesso... comunicação é base para acesso. A gente acha que isso pode melhorar com um bom sistema de comunicação entre os serviços da rede.” [E-28]

O terceiro núcleo de sentido tratou da necessidade de desenvolvimento de estratégias de informação para a comunidade e para as mulheres do município sobre o assunto violência sexual. Discutiram a forma como se faz hoje a comunicação com a sociedade e o quanto vem sendo positivo o trabalho de orientação nos serviços básicos de saúde.

O assunto discutido pelos gestores foi o trabalho que os Programas de Saúde da Família/PSF faz em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde/UBS

de prevenção à violência nos bairros de Campo Grande e como isso vem ajudando tanto os profissionais de saúde, quanto as mulheres de Campo Grande.

“Acho que esse trabalho que é feito nas pontas, nos PSF, nas UBS, alertando a população sobre a questão da violência e passando para ela o que tem que fazer se alguém, algum conhecido ou ela mesma for vítima de violência. É esclarecimento para a população sobre quais são os direitos dela. Esse é um ponto positivo”. [E-25]

Para Castiel (2003) a relação de profissionais com as estruturas ou instancias de comunicação para serviços, está relacionada a conteúdos que remetem aos cuidados e riscos em saúde ou a segurança desses pacientes nos serviços ou redes de atenção. Castiel reforça a importância de que sejam desenvolvidos com os profissionais, momentos de informação sobre ética, de orientação sobre como classificar os riscos para a saúde ou para a vida da pessoa atendida e ainda como compartilhar a informação daquele atendimento para outros setores.

O quarto núcleo de sentido remeteu-se às ações gerenciais entre serviços que compõem a rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual a partir da utilização da comunicação como ferramenta de trabalho que apoia a integração entre serviços, orienta os profissionais e amplia o acesso à população de mulheres.

“Hoje assim, a gente vê uma integração bem maior entre os serviços, mas não está maduro ainda, está em formação. Só o fato das pessoas concordarem em falar sobre o assunto, em discutir as fragilidades do atendimento à vítima de violência sexual, acho que já é um avanço, né?”. [E-11]

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande no que refere a rede de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual tem adotado o desenvolvimento de atividades de formação e qualificação de profissionais de

forma intersetorial. Os instrutores/professores e palestrantes pertencem às diversas instituições presentes no município, secretarias estaduais, universidades locais e ministérios parceiros.

Quando o gestor entrevistado refere no depoimento abaixo que **“todo mundo tem que conhecer tudo”**, isso significa que minimamente é obrigação dos gestores e trabalhadores locais conhecer e reconhecer o problema da violência sexual como uma questão intersetorial. Assim, traduz para todos os demais gestores, que a rede necessita receber informações dos variados setores sobre acolhimento, tratamento, notificação, acompanhamento, defesa de direitos e responsabilização de agressores, o que é considerado pelo grupo entrevistado, como um avanço na institucionalização de políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher.

“O que a gente tem feito pra fortalecer esse trabalho são as capacitações que são feitas periodicamente, nós trazemos esses parceiros para falar do trabalho deles: o papel da Delegacia é esse, o papel da Delegacia da Criança e do Adolescente... todo mundo tem que conhecer tudo”. [E-01]

Predomina nas falas dos gestores a existência de uma boa comunicação entre serviços e setores que atuam no tema da violência sexual em Campo Grande, e, quando tratam as dificuldades ou falhas na comunicação temática o fazem de forma delicada, expressando o cuidado com o conjunto das parcerias e o desejo de avanços nesse setor.

Em suas percepções, os gestores ainda expressam a necessidade de que a rede se organize para os atendimentos mais frequentes ou menos complexos de forma padronizada e também para os casos considerados de risco para a integridade e segurança da mulher.

“Existe, mas existe com dificuldades, ainda com demora no atendimento, muitas vezes é por conta desses processos que cada um tem o seu jeito de fazer. Mas os

casos mais graves, que eu tenho conhecimento, acionamos a Delegacia, quando tem necessidade já vai para a Casa Abrigo. Então, assim, tem uma agilidade maior nos casos mais graves, que há um risco pra vida dessa mulher. Ai se unem forças pra resolver logo o problema, ajudar, pelo menos.” [E-20]

Para as redes de atenção às pessoas em situação de violência a comunicação e informação são os elementos que representam a interatividade, a identidade, a memória e a ampliação das ações intra e intersetoriais. Esse mecanismo comunicacional favorece integrações mais próximas da realidade em cada área envolvida e melhora as competências relacional e de articulação multiprofissional (Guará, 2010).

A interdependência entre setores de atendimento para mulheres em situação de violência sexual pode ser benéfica quando se estruturam em institucionalidades coletivas ou redes.

Com o tempo, as capacidades e percepções entre profissionais do conjunto de instituições vão se integrando. Torna-se mais rápida a combinação entre os recursos que podem ser potencializados, favorecendo uma composição horizontal que é autônoma e ao mesmo tempo integrada na governança das ações a serem desenvolvidas. Para que isto ocorra, o investimento na boa comunicação entre agentes e serviços desta rede é fundamental.

4.5 - Gerenciamento, monitoramento e sustentabilidade da Rede de Atenção para mulheres em situação de violência sexual.

4.5.1. – Gerenciamento da Rede de Atenção para mulheres em situação de violência sexual no município de Campo Grande/MS.

O gerenciamento de redes de atenção à saúde é denominado por Mendes (2007) como sistema de governança e um espaço que deve ser modelado, moldado, desenhado de acordo com a realidade de cada lugar. Para Mendes, o sistema de governança é a composição de um *locus* pelos diversos sistemas gerenciais que compõem os serviços de uma rede local, sendo complementado por modelagens institucionais e pelo sistema de financiamento das ações.

O processo de organização e gestão da rede municipal de atenção às mulheres em situação de violência sexual é dado a partir da composição de orientações objetivas para o acolhimento humanizado, flexibilidade para ajustes na forma de atendimento de acordo com a situação apresentada, fluxos ou caminhos a serem percorridos nos estabelecimentos ou entre serviços, e, alimentação dos sistemas de informação com retroalimentação aos pontos da rede (Mendes, 2010).

Para a modelagem das redes de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, a estruturação de cada etapa e a formulação do sistema de governança, há que se preparar os gestores e os profissionais dos serviços para decisões compartilhadas, posto que a violência envolve diferentes setores e ações multiprofissionais. Essas premissas aparecem na fala dos entrevistados e nos núcleos de sentidos por eles expressos ao longo do estudo.

Rovere (1998) in Teixeira (2002) discute e apresenta uma sequência de passos que são relevantes quando da construção e gerenciamento de redes de atenção à saúde. Ele trabalha no sentido de que para a institucionalização das redes, os diversos setores necessitam desenvolver habilidades de aproximação e negociação e poderão favorecer a sustentabilidade das ações no futuro. A teoria

da construção de redes citadas por Rovere (1998), reafirmada por Teixeira (2002), renovada por Mendes (2010) e Silva (2013) se aproxima do que foi expresso como o desejo dos entrevistados.

QUADRO 02 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E GERENCIAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Nível	Ação	Valor
Reconhecer	Reconhecer-se como parte do conjunto que compõe a rede que as demais instituições também compõem ações de enfrentamento à violência	Aceitação
Conhecer	Conhecer e compreender o que o outro faz e como faz	Interesse
Colaborar	Prestar ajuda ou apoio esporádico, contribuindo no desenvolvimento de ações intrasetoriais, intersetoriais, multiprofissionais	Reciprocidade
Cooperar	Compartilhar atividades e recursos técnicos, de infraestrutura, financiamentos	Solidariedade
Associar-se	Dividir objetivos e projetos conjuntos, dividir responsabilidades, resultados positivos e não positivos	Confiança

Elaborado por Cláudia Araújo de Lima baseado em Rovere (1998:35)

Quando os atores que compõem os serviços e estratégias temáticas se harmonizam com os valores pressupostos no conceito de rede, há uma mudança visível no âmbito da organização de ações intersetoriais e no efeito de seus produtos dirigidos à população.

Os gestores dos serviços que atendem mulheres em situação de violência sexual no município de Campo Grande constituíram empiricamente mecanismos de gerenciamento para as ações institucionais individuais e intersetoriais

assemelhados ao que se apresenta na teoria de Rovere (1998), chamando para a realidade as adaptações que se fazem necessárias. Em suas ações individuais ou intersetoriais, esses gestores vêm fazendo o exercício de articular atividades que aproximem as instituições. Em alguns momentos o processo de conhecer e reconhecer se mostrou crítico pelas diferentes missões institucionais diante do tema violência sexual, ainda assim, a SMS/Campo Grande tratou de persistir nos contatos o que permitiu acessar possibilidades de trabalho coletivo.

Outros gestores que atuam no âmbito administrativo, afirmam que se reúnem quando vão elaborar propostas que envolvam vários setores, conversam por telefone e internet sobre encaminhamentos para casos mais graves e trocam informações sobre suas bases de dados. Ainda que essas iniciativas façam parte da rotina institucional, seria desejável que pudessem ocorrer encontros com certa periodicidade para discussão de casos, que estas informações estivessem organizadas em documentos e fossem levadas ao conhecimento de todos.

O papel do Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da SMS/Campo Grande é dividido com a Subsecretaria de Políticas para as Mulheres do Estado na governança da rede municipal de atenção às mulheres em situação de violência sexual. O Núcleo tem a função de mobilizar, orientar, capacitar e qualificar a informação produzida e a Subsecretaria Estadual assume o papel de monitoramento das ações locais.

O que está embutido no conceito de redes torna-se completamente aproveitável para o desenvolvimento de vínculos e para a sustentabilidade de ações institucionais, quando projetam potenciais consequências positivas, sendo neste caso, naquilo que se refere à atenção e ao enfrentamento da violência sexual contra mulheres no município.

Como discutido no capítulo anterior, a rede municipal, estadual ou federal de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual está baseada na construção de vínculos institucionais, vontade política e na qualificação de profissionais para variadas frentes de intervenção. Depende para sua existência, de estratégias gerenciais integradas e do desenvolvimento de mecanismos de comunicação intra e intersetorial, que favoreçam o bom funcionamento dos

espaços físicos, a confiança e eficiência técnica e capacidade de resolubilidade para o problema apresentado (Brasil, 2011).

Gestores locais de saúde, assistência social, segurança pública e políticas para as mulheres entrevistados durante o estudo, se mostraram cientes sobre as ações integradas e apontaram núcleos de sentido que remeteram a questões do gerenciamento da rede local de atendimento tais como: falta de recursos humanos, maior número de delegacias policiais e equilíbrio entre as propostas orientadas pelas políticas nacionais, a materialização das ações no município e as condições de trabalho que lhes são oferecidas para atender as mulheres em situação de violência. Apontando que essa é uma prioridade permanente.

“Falta uma integração maior entre os órgãos, se houvesse mais comunicação, mais recursos humanos, mais estruturas, eu acredito que a gente teria um resultado melhor, capacidade de resposta melhor.” [E-27]

Numa metáfora do que seja a composição e o gerenciamento da rede local, um dos entrevistados fala do trabalho desenvolvido como se fosse uma tela que vai sendo bordada com linhas e cores, onde as instituições e indivíduos necessariamente devem se sentir como partícipes das ações, das avaliações e reordenamentos para que os elos não se desfaçam.

“A gente só borda rede, borda tela, quando todo mundo se sente partícipe da rede. Quando eu tenho que bordar uma tela que é você que desenhou, uai, como é que eu vou bordar essa tela, né? Então, eu acho que isso, a pertença, a gente não tem totalmente incorporado, se as ONG estão de fora do atendimento às mulheres que sofrem violência sexual” [E-09]

4.5.2. – Iniciativas para o Monitoramento da rede municipal de atenção para mulheres em situação de violência sexual

Carvalho et al. (2012) discutem o quanto é representativo que o monitoramento e avaliação sejam utilizados como ferramentas de trabalho nas ações em saúde, somando-se à nossa compreensão de que há a necessidade de serem desenvolvidas metodologias que contemplem cada componente da rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual.

Nas entrevistas com os gestores, a co-responsabilização das ações de atenção para mulheres em situação de violência sexual foi um dos núcleos de sentido que chamou a atenção por estar nas premissas da gestão em saúde, com potencial sustentabilidade para a estratégia.

“Eu vejo que a SESAU, ela tem chamado pra si, essa responsabilidade. E hoje nós temos essa responsabilidade muito dividida entre a justiça, os órgãos de assistência social e da assistência à saúde”. [E-04]

“É, eu acho que esse modelo de atenção que existe em Campo Grande, essa ideia, ela precisa ser monitorada, precisa avançar e ela pode servir de exemplo. Eu falo por mim, se eu fosse uma mulher que sofreu violência sexual ou se acontecesse isso com alguém próximo, eu estou dentro do sistema, eu sei que ele é o necessário. Eu tenho um Médico no 24 horas, um Enfermeiro que vai saber aplicar o teste rápido, um Assistente Social que vai me orientar dos meus direitos, dos meus deveres, o que que eu tenho, o que que eu não tenho e tem uma porta aberta para pós-trauma. Mas eu sei também, por estar dentro do sistema, que o número oferecido não atende a demanda, é muita gente que sofre violência sexual. Mas é a nossa história que se desenha”. [E-03]

Durante as entrevistas surgiram questões relacionadas ao monitoramento da rede municipal de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, sendo esse um exercício que ainda não foi desenvolvido no âmbito da gestão em saúde ou da rede intersetorial local.

Poucas publicações sobre o monitoramento de redes temáticas estão disponíveis até o momento, sendo a maioria voltada às teorias que tratam do assunto ou atuação de serviços específicos. O núcleo de sentido que se apresentou para esse tema tratou a questão do monitoramento como um momento de resolver problemas que ocorreram nos encaminhamentos de casos.

“Então... assim, a gente não discute caso especificamente, quando chega a discutir algum caso, quando eu disparo essa discussão, é quando tem alguma coisa que deu errado na rede”. [E-01]

“Na rede regionalizada que a gente tem. A gente trabalha com quatro distritos sanitários, os quatro distritos têm uma área de abrangência e aí por exemplo, notificou da região sul, o nível central manda para o distrito sul, o distrito sul identifica: tem cinco que é da UBS do Los Angeles, cinco que é da Unidade do Aero Rancho, manda, solicita busca ativa, tem o tempo de resposta e, aí, eles têm um instrumento que, dependendo do tipo de violência, eles têm um parâmetro de acompanhamento: esse aqui você precisa acompanhar por tantos meses, esse aqui você precisa acompanhar por tantos meses... mas não temos ainda quem monitore nosso trabalho” [E-03]

Neste sentido, um depoimento menciona a importância de ações de avaliação ou monitoramento da atenção oferecida pela rede como um mecanismo necessário para seu aprimoramento.

“A gente nunca viu nenhuma crítica a respeito da rede. As pessoas que procuraram foram atendidas

devidamente, foram acolhidas? A gente não sabe dos resultados alcançados, se as pessoas conseguiram retomar suas vidas, que aconteceu, porque a gente sabe que tem toda uma equipe por trás que trabalha depois do acontecido. Então, a gente não tem notícias, assim, será que alcançou o objetivo do programa, que é fazer com que as pessoas retomem sua vida ou isso não tá acontecendo? Fica no meio do caminho. Fica sem saber se teve resposta satisfatória pra essa necessidade delas. E até onde a Secretaria vai, se é só naquele primeiro momento mesmo da acolhida, de organizar tudo, medicação, e depois disso? Depois de um ano, depois de dois, tem aí os desdobramentos: a pessoa que violentou foi preso, o que aconteceu? E ela, recebeu o apoio para retomar a vida dela? Como que está essa pessoa hoje? A gente não tem esse perfil, eu não conheço”. [E-24]

Felizberto (2004) aponta que a avaliação e monitoramento das ações em saúde devem ser institucionalizados e coerentes com os princípios do SUS no sentido de fortalecer a gestão, o cuidado em saúde e a possibilidade de verificação sobre impacto epidemiológico à partir da ação implementada.

Entre os gestores entrevistados foi apontada a necessidade de aprimoramento no registro dos casos de violência sexual, por intermédio de prontuários e fichas de atendimento melhor elaboradas, de procedimentos realizados com códigos de identificação e no número de serviços existentes com a categorização dos tipos de atendimento oferecidos para a população na linha da atenção específica. A fala a seguir em especial, apontou um caminho administrativo que se bem entendido, pode modificar a realidade nacional sobre a temática no SUS.

“Eu acredito pra que a gente consiga ter um melhor conhecimento dos casos de violência na cidade,

precisaríamos ter um código específico na tabela, pra que quando o paciente fosse atendido e fosse caso de violência, tivesse. Aí nós teríamos uma forma de acompanhar de entender a dimensão. Porque dessa forma eles são atendidos dentro de um atendimento médico, de um atendimento por Assistente Social e que não temos como quantificar isso... Talvez o mesmo valor de uma consulta médica ou mesmo valor de um atendimento, de um atendimento de profissional não Médico, que seria Enfermeiro, Assistente Social. Talvez em termos de valores. O problema é que a gente não consegue estratificar de dentro daquelas consultas, daqueles atendimentos, o que é que foi violência sexual". [E-31]

O que o gestor entrevistado propõe nessa fala é que o Ministério da Saúde institua códigos na Tabela de Procedimentos do SUS capazes de identificar o atendimento realizado quando ocorreu uma violência sexual e que possa estabelecer alguma forma de remuneração para essa ação. Assim, seria possível registrar tais atendimentos podendo quantificá-los, extratificando-os por sexo e faixa etária, categorizando os tipos de violências sexuais cometidas e projetando valores gastos com tais procedimentos ao ano em cada município do país. Ainda observam a necessidade de melhorias para a notificação das suspeitas ou confirmação de violência contra mulheres à partir da ficha de notificação que é de caráter obrigatório para profissionais de saúde,

Essa sugestão feita durante o período de entrevistas no primeiro semestre de 2013 foi acatada e recentemente foram publicadas portarias do Ministério da Saúde que oferecem resposta à demanda criando procedimentos específicos, orientado a inserção dos serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES pelo código de identificação 165.

Quanto a notificação das violências sofridas, Kind et al (2013) discutem as dificuldades de implementação dessa ferramenta epidemiológica no SUS e

reforçam que existe a situação de subnotificação que vem sendo apresentada e o quanto isso prejudica a vida da mulher. O município de Campo Grande utiliza o Sistema VIVA de notificação para violências e acidentes apresentando boa qualidade no trato da informação. De acordo com a gestão em saúde local, o VIVA está implementado em todo os municípios, possui um bom controle do fluxo dessas informações, no entanto, reconhece que necessita desenvolver novas estratégias de capacitação permanente devido a rotatividade de profissionais nos serviços.

4.5.3. – Sustentabilidade da Rede de Atenção a mulheres em situação de violência sexual

Quando questionados sobre sustentabilidade para a rede municipal de atenção a mulheres em situação de violência sexual, os gestores fizeram uma composição bastante interessante sobre o que compreendem a respeito dessa questão. Quando falaram sobre a institucionalização da rede local, os gestores agiram como se isso já estivesse resolvido, mas não foi citada a existência de alguma portaria ou decreto municipal que a garantisse, todos se comportaram como se a institucionalidade desse processo construído não corresse riscos.

No Brasil, as normas técnicas relacionadas ao tema violência sexual e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) elaboradas e publicadas pelo Ministério da Saúde, e, encaminhadas às secretarias de saúde de todo o país são ferramentas que ajudam a compor os sistemas de governança locais, posto que, padronizam minimamente os protocolos e fluxos de atendimento em situações de violência sexual e vêm sustentando a proposta da intersetorialidade como alternativa à sustentabilidade local dessas redes de serviços.

Alguns estados e municípios, a exemplo de Campo Grande, tendo como fonte os documentos federais elaboram suas próprias normas técnicas e orientações aos serviços, outros utilizam a orientação nacional, sendo que ainda

existem municípios em completo desconhecimento sobre essa iniciativa da área de saúde (Cemicamp, 2008).

Ainda que a maioria dos gestores entrevistados acredite que há uma institucionalidade da rede local para atenção às mulheres em situação de violência sexual, alguns núcleos de sentido apontaram que esse é um assunto para preocupações no conjunto de parceiros institucionais, posto que não houvesse no período da pesquisa de campo, legislação pertinente que orientasse a institucionalização dessas redes.

A sustentabilidade da rede municipal de atenção para mulheres em situação de violência sexual passa também pelo respeito das autoridades locais com a trajetória técnica e os documentos que institucionalizam ações de enfrentamento ou atendimento às pessoas em situação de violência. As mudanças de gestores que são feitas periodicamente por conta das eleições e novas composições políticas podem, por efeito das inovações ou desconhecimento de atores pouco habituados com a temática da violência contra mulheres, terminar prejudicando ações que vêm beneficiando a população de usuárias e usuários em qualquer cidade.

Entre as falas dos gestores entrevistados apresentou-se uma preocupação relevante com a possibilidade do fechamento do CAPT – Pós-Trauma de Campo Grande, que consideram uma inovação em saúde em 2014. Nesse caso específico, o serviço instituído por Decreto Municipal concorre para o risco de não poder mais beneficiar uma média de 80 pessoas por ano, que por desventura tenham sofrido alguma das expressões da violência na capital. Fica uma pergunta: qual o destino desses “pacientes” do SUS em Campo Grande? Que tipo de alternativa será oferecida à população para repor uma ação em saúde que teve início há mais de seis anos?

“Esses dias uma pessoa falou assim numa reunião: ah, eu tenho medo que agora que ganhou a oposição em Campo Grande, vai acabar tudo. Uai gente, se acabar tudo, significa que o trem não tinha né? Se eu tenho esse medo significa que só existia naquele lugar, naquela gestão, aí

não tem institucionalidade e o sentimento de pertença ao projeto fica desequilibrado. É essa a impressão que eu tenho. Posso estar errada, mas é o que eu penso”. [E-09]

“Uma questão que sempre me intriga, e aí estou colocando porque acho que isso é componente importante do objeto de estudo no território do município, as Coordenadorias de Políticas para Mulheres não têm garantias de sustentabilidade nas gestões municipais. É um fato, é um fato que eu observo em todo o país, se o Prefeito acha que é viável ele deixa, se ele entender que aquilo não interessa, ele exonera, encerra”. [E-08]

Todo o percurso de análises das entrevistas com os gestores em Campo Grande remete a uma reflexão sobre o que Fleury e Ouverney (2007:97) afirmam, quando discutem que a institucionalização de uma rede requer ações coletivas e maior intensidade dos vínculos.

Os entrevistados consideram que o compartilhamento de poderes e o reconhecimento de interdependências podem traduzir o significado de sustentabilidade, porque isto é o que estão buscando no trabalho desenvolvido em Campo Grande.

Reconhecendo que o gerenciamento de rede envolve um investimento contínuo na qualificação de seus agentes, os gestores foram bastante reflexivos sobre o quanto a sensibilização para o tema pode qualificar ou desqualificar o atendimento das mulheres em situação de violência sexual num serviço.

Interessante observar que nessa etapa das entrevistas, as posturas dos entrevistados e entrevistadas era mais solta, houve muitos movimentos de mãos nas tentativas de explicar seus posicionamentos, alguns falaram mais, outros de forma mais comedida.

Foi unânime nesse núcleo de sentido o reconhecimento da necessidade de capacitação e qualificação para o conjunto das áreas que compõem a rede

intersetorial de serviços, para que a atenção integral às mulheres em situação de violência sexual possa acontecer de fato e ter continuidade.

“Eu costumo falar que quem muda é gente nova, gente velha se sensibiliza. Velho que eu falo, não é na idade, mas talvez na profissão, no jeito de fazer as coisas. Então, eu tenho certeza que daqui a quatro ou cinco anos não vamos mais estar discutindo dificuldade de articulação de rede, mas quem estará entrando no trabalho de quem. Eu acho que vamos chegar a esse nível, para poder amenizar tantas angústias e saber que trabalhamos em conjunto. Não é? Esse é o meu sonho de futuro para essa situação das redes de atenção para as mulheres em situação de violência sexual.” [E-14]

Incluindo ainda a gestão dos aspectos da subjetividade destes agentes da rede, os entrevistados refletiram sobre a situação das frustrações e os sentimentos de impotência ou situações de estresse entre profissionais que compõem as redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual, que devem ser trabalhados por profissionais de saúde especializados no tema.

“Então o município exerce aquele papel executivo do trabalho de atender a vítima de violência sexual. Então, ele tá na ponta, ele pode apontar para o gestor que vai criar uma política ou um protocolo ou onde alterar esses protocolos, essas políticas. Então, ele pode contribuir no sentido de que ele tem a prática, ele tem a experiência. Mas tem que estar bem para isso”. [E-01]

“Eu acho que assim, a gente chegou ao ponto que chegou a partir do momento que o gestor entendeu que era importante esse serviço disponível no município. A partir daí você tem toda a movimentação de uma rede, com apoio da gestão pra que venham as capacitações e você vá se fortalecendo e vá implementando essa rede”. [E-11]

Cuidar de quem cuida ainda é uma promessa a ser cumprida pelo SUS em todo o Brasil e que se torna bastante representativa nos quesitos qualidade do atendimento e sustentabilidade das ações em saúde. É importante ter inserido nos Grupos de Trabalho Intersetoriais ou Comissões interinstitucionais a presença de representantes da comunidade para observar e orientar a inserção desses assuntos. A questão é a priorização e alinhamento do tema para os diversos espaços de gestão municipal.

Para Gil-Monte (2004) discute o processo de adoecimento de profissionais que estão expostos a situações de estresse seja pelo atendimento, seja pela exposição a riscos desenvolvido por Benevides-Pereira e Alves (2003) que detalham todos os fatores que desencadeiam o sofrimento de quem lida com pessoas que estejam em situação crítica. Assim esses autores contribuem para realçar o que ainda não existe efetivamente nas estruturas do SUS ou das redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual como iniciativas para cuidar de quem cuida.

A partir das entrevistas e dos consensos ali expressados, fica entendido que a sustentabilidade de uma rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual necessita ser formalmente instituída, isso garante visibilidade no emaranhado de iniciativas locais. No entanto, não é o documento que faz com que ações sejam priorizadas, e sim a vontade política, capacidade técnica e compreensão sobre a importância do agravo para a vida das pessoas. Para tal, o monitoramento das ações e o esforço de capacitação e garantia da qualidade dos serviços prestados também pontuam para a sustentabilidade do trabalho.

5. Considerações Finais

A violência sexual cometida contra mulheres no Brasil é um fenômeno secular que preocupa as autoridades, os movimentos sociais, as famílias e as próprias mulheres. Pesquisas de opinião, estudos científicos e o cotidiano nas cidades demonstram que ainda existem pessoas que aceitam a violência sexual contra a mulher como um fato, banalizam a dor e o sofrimento, culpam ou responsabilizam a vítima pelo crime de estupro. Ainda não é possível saber se essa forma de pensamento coletivo sobre a violência sexual contra a mulher se dá por desconhecimento, aceitação consciente ou pelo convívio em culturas que estão assentadas em relações de profunda desigualdade de gênero. Há uma instigante necessidade de aprofundamento teórico para o tema.

A composição de redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual no âmbito local, estadual e federal sempre foi um misto de militância pelo direito da mulher de ser atendida com dignidade e de enfrentamento aos preconceitos frente a uma situação que degrada, humilha e traz consequências para toda a vida.

De forma propositiva, quando a militância pelo enfrentamento a violência contra mulheres torna-se compromisso estatal, transformamos o ideário em política pública, em avanço institucional das ações, fluxos e protocolos conjuntos, como exercícios permanentes e que contribuem para qualificar a técnica, os insumos tecnológicos, os investimentos, com aproveitamento das boas experiências, observação atenta para ações que possam não ter sido bem sucedidas e para desenvolver apropriação em lidar de forma mais humanizada com pessoas que estão acometidas pelos impactos da violência.

A ausência das vozes das usuárias ou dos profissionais que realizam o atendimento diretamente, permitindo incluir a ótica e experiências e desses parceiros constitui um limite evidente desse estudo. Apresenta-se um novo desafio para dar continuidade a busca de outras representações sociais sobre o tema da violência sexual contra a mulher.

Este estudo de caso trouxe apontamentos a partir das representações sociais dos gestores da rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual no município de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, que retrataram os nós críticos que permeiam a malha que conecta os serviços locais, os pontos positivos do trabalho intra e intersetorial, suas formas de organização e a valoração dada a essa ferramenta no espaço do território.

Os pontos positivos de maior expressão identificados nos núcleos de sentido a partir das falas dos gestores de saúde, segurança pública, assistência social, políticas públicas para as mulheres, conselho de direitos e organização não governamental ponderaram a situação da mulher que sofre violência sexual, como vem sendo discutida a temática no âmbito dos serviços e a mudança de comportamento institucional apresentada num período de 10 anos de trabalho coletivo.

Alinhando o que pensam os gestores a respeito da violência sexual contra mulheres e as dificuldades encontradas por elas quando procuram por um serviço de saúde, o discurso e representações sociais se integram na medida em que o sujeito expressa suas opiniões, impressões, sentimentos, apresentando uma construção que passa primeiro pela internalização e reconhecimento do problema, seguido pela conscientização sobre a necessidade da organização de estratégias para acolhimento e a oferta do atendimento propriamente dito. Essa tríade favoreceria resultado positivo quando consolidada no âmbito dos serviços.

Como visto no estudo, gestores municipais e estaduais em sua grande maioria são sensíveis às questões da violência sexual contra mulheres e estão dispostos ao movimento de integralidade que se faz necessário para diminuir o número de casos de estupro. Reconhecem as dificuldades que a mulher enfrenta ao procurar os serviços de atendimento em casos de violência sexual e o quanto isso é prejudicial para ela. Sabem que isso significa revitimização e expressam intenções de mudança no que hoje é oferecido.

No município há o reconhecimento por parte dos gestores de que foram conquistados muitos avanços no período entre 2003 e 2013, consideradas todas as dificuldades políticas, técnicas e operacionais para a organização de suas

estratégias no enfrentamento da violência contra a mulher. A história dessas conquistas é o retrato do quanto se faz importante sensibilizar e qualificar gestores para os temas sociais mais críticos e da persistência técnica necessária à evolução de propostas para que sejam transformadas em ações reais, com aplicabilidade direta. Parte dessas conquistas estão dispostas em ordem cronológica como anexos da tese.

Para boa parte dos gestores entrevistados a comunicação entre os pontos da rede é uma constante e esse fato produz a possibilidade de não revitimização para a mulher que se encontra em situação de violência sexual. Esse contato amistoso entre serviços se traduz nas falas sobre as boas relações entre serviços de atenção básica em saúde e as polícias civil e militar, assistência social e centro de referência de atendimento à mulheres em situação de violência. Há um posicionamento positivo de que é necessário melhorar e ampliar com novas formas de comunicação entre os serviços.

O fluxo de atendimento em rede é uma situação em desenvolvimento permanente e no entendimento dos gestores entrevistados está pactuado no âmbito dos serviços e entre as secretarias de governo envolvidas. A forte parceria entre o setor saúde, segurança pública, assistência social e políticas públicas para as mulheres retradada pelos gestores locais é bastante respeitada e demonstra o amadurecimento institucional que foi construído ao longo do tempo no município de Campo Grande.

A elaboração de um fluxo específico para o atendimento de mulheres em situação de violência sexual, fichas de atendimento e álbuns seriados para utilização em atividades de atenção básica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde são exemplos do empenho técnico entre gestores e profissionais de saúde, que potencializam a técnica e as orientações legais para os serviços.

O atendimento pós-trauma para os casos de violência sexual é absolutamente necessário e possível de ser desenvolvido como bem foi colocado por todos os gestores entrevistados. O caso inovador e exemplar do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, que garante esse tipo de atendimento em saúde mental, determinado por lei no período de 2007 a 2013, pode ser

analisado, avaliado e replicado para outras cidades. Há um diferencial no que refere às decisões político-institucionais que demonstram o avanço nas tecnologias de atendimento e os resultados alcançados para quem é o objeto da ação, ou seja, quem está em situação de violência sexual que aguça a curiosidade científica.

Outro ponto positivo e importante identificado a partir das falas dos gestores é a institucionalização do atendimento humanizado ao abortamento em situações de violência sexual. O município de Campo Grande levou muitos anos até que se tomou a decisão técnico-político-institucional de implementar essa oferta e trabalha no sentido de que seja fortalecida a prevenção à gravidez decorrente das situações de violência sexual por intermédio da dispensação de contracepção de emergência nas primeiras horas pós exposição a situações de violência.

Os nós ou pontos críticos refletidos ou expressos nas falas dos gestores pontuaram situações que, acometem a rede municipal de enfrentamento a violência contra a mulher e que especialmente nos casos de violência sexual, podem frustrar ou comprometer negativamente a organização dos serviços e o atendimento direto que é prestado à população.

Alguns gestores reconheceram e expressaram sua preocupação com a questão da revitimização da mulher quando pela procura de ajuda nos serviços locais. Falaram sobre os preconceitos que estas mulheres podem ter que enfrentar e que fazem com que alguns atendimentos não evoluam para a defesa de direitos e responsabilização de autores de agressão sexual.

Há uma preocupação entre os gestores sobre os problemas com o acesso das mulheres aos serviços, as formas de acolhimento que vêm sendo desenvolvidas e o sigilo dos casos. Essas questões demandam maior acompanhamento e supervisão por parte das secretarias locais.

As dificuldades para a distribuição aos serviços e a utilização de contracepção de emergência nos serviços de atenção básica em saúde foi explicitada em grande parte das falas, demonstrando que a medicação ainda não

está disponível em todos os serviços municipais. As mesmas colocações foram feitas para os medicamentos antirretrovirais que ainda passam por questões entre as esferas de gestão, posto haver divisões administrativas na organização dos estoques que são responsabilidades do município, estado e governo federal. A questão é: quem necessita do atendimento não pode esperar ou compreender essas estratégias de organização da assistência farmacêutica em relação às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/Aids.

A distância geográfica entre os serviços existentes no município, a baixa cobertura populacional e os horários de funcionamento insuficientes e variáveis foram pontos ressaltados como dificuldades da gestão e que necessitam ser readequados nos planos de ação intersectorial entre saúde, segurança pública, assistência social e políticas para as mulheres.

Uma dificuldade explicitada pelos gestores é a questão dos recursos humanos. Eles retratam as dificuldades para a organização de equipes completas e a sobrecarga de trabalho em todos os serviços de atenção básica e hospitais do município. Estes problemas também foram relatados pelos gestores de segurança pública, assistência social e políticas públicas para as mulheres. O Conselho Municipal de Saúde também expressou a necessidade de expandir o número de assessores técnicos para dar conta de todos os temas em discussão.

Houve durante as entrevistas uma marcada ressalva de que os serviços hospitalares ainda estão distantes da atenção básica em saúde. O serviço hospitalar não recebe notícias sobre o desenvolvimento das ações de atendimento nos bairros da cidade e os serviços básicos não conseguem saber notícias sobre os desdobramentos dos atendimentos realizados no hospital. A comunicação para essa ação ainda necessita melhoramentos, ainda que a se considere positiva.

Nas falas dos entrevistados o Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde da SMS/Campo Grande é a área que concentra a articulação da rede local de instituições e serviços, o que consideram um risco posto que politicamente o município sofre ajustes na constituição do governo. Os gestores

demonstraram em suas representações sociais que esse pode ser um ponto nevrálgico para a sustentabilidade desejada.

Uma situação relevante foi identificada ao final da organização dessa tese. O Centro de Atenção Psicossocial Pós-Trauma – CAPT foi fechado por uma determinação do Secretário Municipal de Saúde no último mês do ano 2013 contrariando a Lei Municipal que o criou. A descontinuidade dessa ação prevista na legislação municipal foi uma situação anunciada pelos gestores entrevistados, que já estavam preocupados com essa possibilidade diante do quadro político e colocou em evidência a fragilidade de estratégias que necessitam ser consideradas e avaliadas para a verificação do custo-benefício dirigido à população.

Não deve ser abandonado ou encerrado o atendimento psicossocial às pessoas em situação de violência, entre estas mulheres de variadas faixas etárias que estão em situação de violência sexual sem no mínimo uma profunda análise qualitativa da assistência prestada, sob o risco de ser gerada uma omissão no atendimento em saúde, o que se espera, não seja o caso do município de Campo Grande.

Uma nova pesquisa para conhecer o que acontece no trabalho realizado pelo CAPT – Centro de Atendimento Pós-Trauma fica no catálogo de pesquisadora. Investigar o que foi alterado ou reconstruído na vida das mulheres que passaram por esse serviço ou qual o sentimento dos profissionais que ali trabalham sobre sua colaboração para a vida de mulheres que passaram por situações de violência sexual prestaria grande contribuição ao campo das análises qualitativas.

Como nós organizacionais apresentaram-se preocupações com a baixa participação dos conselhos de direitos da mulher, de saúde, assistência social e as discussões sobre a temática da violência sexual com a população. Ainda foi expressa a necessidade de participação das organizações de mulheres e ações não governamentais que contribuam para as ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher, como recomendações dos entrevistados.

Uma questão observada nas falas durante as entrevistas é a de que o Boletim de Ocorrência Policial (BO) é tratado como parte do fluxo de atendimento e não como uma decisão da mulher que se encontra em situação de violência sexual, e isso é um problema a ser resolvido. É importante conhecer e compreender a diferença entre orientar para a denúncia, favorecer o acesso aos serviços policiais ou de justiça e determinar a representação da mulher. É dela a decisão de formalizar que não deseja mais viver em situação de violência e para cada pessoa há o momento certo. Para o atendimento em saúde não é necessário a apresentação de um Boletim de Ocorrência Policial em casos de violência, se tal premissa se instala, corremos o risco de que algumas mulheres não busquem mais quaisquer tipos de atendimento. Sua vontade tem que ser respeitada.

Os gestores estão atentos a uma questão relevante: consideram que é importante fortalecer nas redes de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, a concepção de integralidade que reúne instâncias de gestão e de políticas, serviços e profissionais de diferentes áreas num só objetivo que é acolher e atender de forma integral as mulheres em situação de violência sexual. Cabe a estes fazer acontecer a rede de serviços, fazer cumprir e obedecer a legislação em vigor.

Como necessidades e demandas apontadas a partir dos resultados obtidos no estudo de caso elencamos pontos de alerta que podem ser observados e absorvidos por todos os gestores de redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual: as ações de prevenção foram pouco citadas nas falas dos gestores municipais. A rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual necessita estabelecer ações de prevenção por intermédio de ações educativas para todos os segmentos sociais, de orientação para crianças e adolescentes e qualificação de profissionais em todas as áreas de intervenção.

É importante reforçar para as redes de atenção integral para mulheres em situação de violência sexual, a concepção de integralidade que reúne instâncias de gestão e políticas públicas, serviços e profissionais de diferentes áreas num só

objetivo: que é acolher e atender de forma integral e humanizada as mulheres em situação de violência sexual com a responsabilização e o acompanhamento de autores dessa forma de agressão.

A composição e atuação das redes municipais de atenção para mulheres em situação de violência sexual é uma realidade que deve considerar todas as instancias governamentais, as ações da sociedade civil e contar com o apoio do legislativo e do judiciário local. O trabalho conjunto reduz a possibilidade de que a mulher não procure ajuda e potencializa a credibilidade do real enfrentamento à impunidade.

É importante que a qualificação de profissionais para o tema e o atendimento às mulheres em situação de violência sexual seja realizado de forma permanente, no entanto, não é imprescindível que somente se comece a realizar atendimentos após vários cursos de formação.

As relações institucionais podem ser amistosas, o tema requer essa postura. A burocracia documental e as exigências legais são necessárias para que os casos não se repitam e os agressores sexuais sejam identificados e punidos por seus crimes. Ainda assim, o bom relacionamento entre os pares é que potencializa o funcionamento das redes. Por vezes uma visita técnica para conhecer a rotina de trabalho em uma instituição faz a aproximação e a parceria. Durante as entrevistas percebemos que há uma boa disposição em todos os setores para que a rede municipal de atenção às mulheres em situação de violência sexual se comunique, trabalhe e busque a resolução dos problemas de forma harmônica. Obviamente, as dificuldades se apresentam, mas o movimento para superar os obstáculos é superior aos possíveis desentendimentos.

As prefeituras e governos estaduais devem institucionalizar suas redes por intermédio da legislação local e organizar sua gestão de forma colegiada. Isso não exime a responsabilidade de cada instituição envolvida em organizar suas ações e contribuir para o compromisso entre todos para o enfrentamento a violência sexual cometida contra mulheres. Hoje, a organização de redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual é determinação legal no

país e deve ser estruturada em todos os municípios por força da Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013.

Para que seja realizado o monitoramento dessas redes municipais se fazem necessários o desenvolvimento de ferramentas institucionais que consigam abordar todos os setores envolvidos e a apresentação de modelos de avaliação de desempenho que atenda cada estratégia que compõe a rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual.

Os planos municipais e estaduais de enfrentamento à violência contra mulheres devem passar por avaliações de meio termo e não somente ao final dos períodos de governamentais. Reorganizar estratégias faz parte da evolução e do gerenciamento para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

Por fim, cuidar de quem cuida. Esse assunto foi pautado pelos gestores entrevistados e é uma fala recorrente nos fóruns, nos congressos nacionais e internacionais há muito tempo, no entanto, o SUS ainda não se preocupou em desenvolver ferramentas de apoio aos profissionais que atuam no atendimento de pessoas em qualquer área. Para quem atende pessoas em situação de violências é importante que sejam oferecidas alternativas de cuidados psicossociais, pois a violência sofrida pela outra pessoa de alguma forma também os atinge e nos traz sofrimentos, ainda que não tenhamos facilidade de reconhecimento pessoal desse fato.

Como novas questões teóricas, concluímos que é importante estabelecer mapas e cartografias municipais para compreender a localização e as tipologias da violência, os problemas estruturais e a percepção dos profissionais em serviços ou na comunidade em cada lugar, orientados por métodos já existentes ou ainda que realizados com **o olhar** da prática dos profissionais envolvidos e, a partir da informação tratada organizar planos para o seu enfrentamento. É a evidência científica que fortalece a ação na gestão.

A escuta qualificada na gestão das redes de enfrentamento e em especial para a temática da violência sexual não pode estar disposta apenas para as pessoas que estão em situação de violência, é imprescindível desenvolver

ferramentas para **ouvir** o que dizem os profissionais que estão no atendimento. São elas e eles que fazem os apontamentos para a correção das rotas críticas.

Incluir os profissionais do atendimento nas discussões sobre a gestão das redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual pode **contribuir** para **ampliar** suas representações sociais acerca do compromisso, da busca por mais conhecimento, por **compreender** a importância de sua função no contexto de organização estabelecido para a ação local. Observamos aqui que não é convidar uma representação para ouvir a decisão e retornar ao serviço com a missão de repassar aquilo que foi ouvido. A mudança de comportamentos e apropriação de conhecimentos é melhor quando o gestor vai ao encontro de seus parceiros operacionais e no tema violência sexual contra mulheres esta é a diferença. Assimilação de valores é aí onde está a ciência da rede.

É o conjunto dos profissionais de um estabelecimento de saúde, de segurança pública, de assistência social entre outros que faz a mudança no que significa acolhimento, que procede o atendimento humanizado, que encaminha de forma correta para que não haja revitimização, que alimenta os bancos de dados corretamente, que monitora o percurso da mulher em situação de violência, que a apoia para que não sofra novas situações. Nenhuma mulher se sentirá agredida em contar sua história triste sobre a violência sofrida uma ou mais vezes ou a ser examinada de acordo com o que está estabelecido na legislação em vigor, se todos os cuidados para essa escuta, esse exame e as providências tomadas forem de seu conhecimento e consentimento.

Para melhorar a prática, o desenvolvimento de metodologias específicas de monitoramento e avaliação para as redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual podem ser desenhadas, testadas e institucionalizadas. Os modelos hoje existentes dão conta de avaliar indicadores de processo ou de impacto e podem ir além se observados aspectos subjetivos como o sentimento em relação a mulher vitimada, o grau de conhecimento sobre a legislação, as normas técnicas, como profissional se reconhece nessa complexa e dinâmica estrutura onde se intercalam as representações sociais sobre a violência sexual, a subjetividade da mulher em situação de violência sexual, o

funcionamento dos serviços, as respostas legais e a responsabilização da pessoa que a agrediu.

Feuerwerker e Sousa (2000:51) afirmam que *“para trabalhar em rede é indispensável que se abandonem as posturas competitivas e as convicções dos que acham que eles mesmos, ou sua equipe, são os únicos capazes de produzir ideias e soluções inteligentes. É importante, então, estar-se permeável, estar-se aberto à reflexão crítica e ao reconhecimento das qualidades de outras experiências”*.

Ainda temos muito que aprender...

6. Referências Bibliográficas

ANDALRAFT Neto J; FAÚNDES A; OSIS, MJD; PÁDUA KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. Revista FEMINA, Novembro/Dezembro 2012. vol 40, nº 6.

ALMEIDA, Suely S. Org. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. 262p.

ANDRADE, Rosires Pereira et al. Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2001, vol.23, n.9, pp. 583-587. ISSN 0100-7203.

APPOLINÁRIO, F. Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo, Atlas, 2009.

AQUINO, Estela MN. (2006) Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 40 (N Esp.), 121-132.

BARDIN. Laurece. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEDONE , A.J.; FAUNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública, fev, 2007. Rio de Janeiro, 23(2):465-469.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. & ALVES R. N. (2003) Quem cuida também merece cuidados: conhecendo e prevenindo o burnout. Maringá: Eduem.

BOURDIEU, Pierre. A Dominação Masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1999.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. 9.ed. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BOURDIEU, Pierre. *O senso prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 27p. 1984.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001. Brasília, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 1.^a ed., 1.^a reimpr.- Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília, 2005a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações: norma técnica. Brasília, 2005b.

_____. Anticoncepção de Emergência: norma técnica. Brasília, 2005c.

_____. Aspectos Jurídicos do Atendimento à Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1508, de 01.09.2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

_____. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006b. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1198-7

_____. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília, 2007a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2007b.

_____. Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c. 128 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos:2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 a. 100 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Fundo Nacional de Saúde – FNS – Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/search?Subject%3Alist=Fundo%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde> . Acessado em 06.05.2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 154 p. il. + 1 CD-ROM – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2009b. Brasília, março de 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sas_2009.pdf

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Versão Revisada. Brasília, 2009c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2010 a. Brasília, março de 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_2010.pdf

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV - Plano integrado de enfrentamento da Feminização da epidemia de aids e outras DST: Análise da situação atual e proposta de monitoramento. Brasília, 2010b.

_____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008 / Ministério da Sa.de, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 248 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2010d.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST. Análise da situação atual e proposta de monitoramento. Brasília, 2010e.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Portaria GM/MS nº 1.508, de 02 de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de Justificação e Autorização da interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

_____. Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

_____. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010 – Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra Mulheres. 2003.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104 p.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2005.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. 2005/Organizadoras: Cecília de Mello e Souza. Leila Adesse. Brasília, 2005f. 188p.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Balanço das Ações 2003/2005. Brasília, 2006c.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Retrospectiva - Política para as Mulheres: Compromisso de todos os dias. Brasília, 2006 d.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília, 2007c.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. VI Relatório Nacional Brasileiro — Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres — CEDAW/Organizações das Nações Unidas. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. 98p. — (Série Documentos)

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2008c.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Relatório Final de Implementação: I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – 2005 - 2007. Brasília: SPM, 2009c.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de Enfrentamento da Violência contra a Mulher. Disponível em: https://sistema3.planalto.gov.br//spm/atendimento/atendimento_mulher.php e acessado em 27/09/2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Atuação policial na proteção dos direitos humanos de pessoas em situação de vulnerabilidade: cartilha / Secretaria Nacional de Segurança Pública. Brasília: SENASP/MJ, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP). Vade mecum segurança pública / Secretaria Nacional de Segurança Pública: coordenação: Alexandre Augusto Aragon; organização e revisão: Lélia Almeida. – Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm acessado em 02/08/2013

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acessado em 06.01.2014

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 nov. 2003. p. 11.

_____. Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jun. 2004. p. 1.

_____. Decreto Federal nº 5.099, de 03/06/2004: Regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Disponível em www.planalto.gov.br acessado em 12.09.2012.

_____. Lei nº 11.106, de 28 de março de 2005. Altera os artigos 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências.

_____. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

_____. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

_____. Decreto nº 7.508, de 28/06/2011 – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19.09.1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS,

o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

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

_____. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

BRASIL. Resolução no 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4:15-25.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CARVALHO, ALB. Et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Cienc. Saúde Coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 901-911. ISSN 1413-8123.

CAVALCANTI, LF.; GOMES, R. e MINAYO, MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.1, pp. 31-39. ISSN 0102-311X.

CAVALCANTI, LF; FLACH, RMD; FARIAS, RS. Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Revista PRAIAVERMELHA / Rio de Janeiro / v. 20 nº 1 / p. 143-156 / Jan-Jun 2010.

CAVALCANTI, LF; FLACH, RMD; FARIAS, RS. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. O Social em Questão - Ano XV - nº 28 – 2012 – pág. 99 – 124.

CASTIEL, LD. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos saúde, pp. 79-96. In D Czeresnia (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CEMICAMP. Perfil do Atendimento à Violência Sexual no Brasil. Módulo Qualitativo – Estudos de Casos. Relatório Final. Projeto de pesquisa desenvolvido pelo Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas.

Convênio 3804/2004 - Ministério da Saúde/ Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo. 2008. Disponível em: www.cemicamp.org.br. Acessado em 10.04.2011.

CHAUÍ, M. Participando do Debate sobre Mulher e violência. *Perspectivas Antropológicas da Mulher* n. 4. Rio de Janeiro, Zahar, 1985, p. 23-62.
COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO. <http://www.ccr.org.br/biblioteca-documentos.asp>. Acessado em 17.01.2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Violência uma epidemia silenciosa. O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, desafios e propostas*. Brasília, 2008.

CORREIA, S. PAISM uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, 10 (1/2), 1993.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.235-248, mar./ago. 2005.

COUTO, MT; DINIZ, SG; D'OLIVEIRA, AFPL; JR. IF; LUDEMIR, AB; PORTELLA, AP; SCHRAIBER, LB; VALENÇA, O.; WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women In <http://www.agende.org.br/OMS/Folheto%20Viol%C3%Aancia%20-%202111021.doc>.2004. Acessado em 04/06/2013.

DALLABRIDA, VR. & FERNÁNDEZ, VR. Redes institucionais de apoio ao desenvolvimento territorial: estudo de caso a partir da análise da dinâmica territorial do desenvolvimento de um âmbito espacial periférico (Sarandi/RS/Brasil) *Territorios*, núm. 16-17, enero-julio, 2007, pp. 225-248, Universidad del Rosario Colombia.

DE FERRANTE F.G; SANTOS ,M.A; VIEIRA E.M *Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Interface Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu) vol.13 nº 31. Botucatu, Oct./Dec.2009*

DENZIM, NK. 1970. *The Research Act*. Aldine Publishing Co., Chicago. EUA. et

DESLANDES SF, GOMES R, SILVA CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16:129-37.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B; HANADA, H. and DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1037-1050. ISSN 1413-8123.

DREZETT, J. and PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. *Cienc. Cult.* [online]. 2012, vol.64, n.2, pp. 35-38. ISSN 0009-6725.

DURKHEIM, Émile. *As Formas Elementares de Vida Religiosa*, São Paulo: 2 a Ed. Paulus, 1989.

ENCICLOPÉDIA SARAIVA DO DIREITO – coordenação do Prof. R. Limongi França. São Paulo: Saraiva, 1977. v. 5

FANDINO MARINO, Juan Mario. Ciclos históricos da violência na América Latina. São Paulo Perspec. [online]. 2004, vol.18, n.1, pp. 31-38. ISSN 0102-8839.

FAÚNDES. A, ROSAS C.F, BEDONE A.J, OROZCO L.T. **Violência sexual:** procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006; 28(2): 126-35.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004.

FLEURY, Sonia. OUVERNEY, A.L.L. *Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da Política de Saúde*. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007. 204 P.

FLEURY, Sonia. OUVERNEY, A.L.L. O sistema único de saúde brasileiro – Desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Rio de Janeiro, v.11, p,74, 2012.

FRANCO, T.B.; in Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006

FEUERWERKER, L. C. M.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. *Divulg. Saúde para Debate*, n.21, p.49-53, 2000.

FONSECA, RMGS. Eqüidade de gênero e saúde das mulheres. Conferência apresentada no 3º Congresso Brasileiro de Obstetizes e Enfermeira (o)s Obstetras e Neonatologistas, Salvador, 18 de julho de 2002. *Revista da Escola de Enfermagem. USP* 2005; 39(4):450-9.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC. *Pesquisa de Opinião Pública. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. 2010. Disponível em www.fpabramo.org.br. Acessado em 14.06.13.

GAETANI, Francisco. *Gestão e avaliação de políticas sociais: subsídios para discussão*. 15 f. (Texto para discussão, 14). Brasília: MARE/ENAP, 1997.

GALLY, B e SYDOW, E. O debate sobre aborto no Brasil: avanços, retrocessos e perspectivas. 2009. Disponível em http://www.aads.org.br/wp/?page_id=120 acessado em 01.05.2013.

GUARÁ, I.M. F. R. Redes de proteção social / [coordenação da publicação Isa Maria F. R. Guará] .1ª. ed. – São Paulo : Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. (Coleção Abrigos em Movimento)

GIL. AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social – 6ª Ed. São Paulo. Editora ATLAS, 2008.

GIL-MONTE, PR. Cuidando de quem cuida. *Psicol. estud.* [online]. 2004, vol.9, n.1, pp. 137-138. ISSN 1413-7372.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, SF.; GOMES, R (orgs). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.

GOMES, R. et al. Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1291-1302, 2007.

GOMES, R. A Dimensão Simbólica da Violência de Gênero: uma discussão introdutória. *Athenea Digital* - num. 14: 237-243 (otoño 2008) – CARPETA. ISSN: 1578-8946

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.3, pp. 707-714. ISSN 0102-311X.

GROSSI, P.G., MINELLA, L.S e PORTO, R. Depoimentos: trinta anos de pesquisas feministas brasileiras sobre violência – Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006. 384p.

GUIZARDI, FL e PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.2, pp. 423-440. ISSN 0103-7331.

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def> acessado em 29/03/2014.

HEILBORN, ML. Gênero, sexualidade e saúde. In: Saúde, sexualidade e reprodução – compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1977, p. 101-110.

HIGA R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42:377-82.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geoprocessamento e Estatística. 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos. Bases 1996: IBGE - Contagem Populacional, 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus acessado em 22.11.11.

JOVCHELOVICH, S; GUARESCHI, P. Textos em representações sociais. 5. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.9, pp. 1805-1815. ISSN 0102-311X.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilities of a cross-sector assistance network for women subjected to violence. *Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.11, n.23, p.485-501, set/dez 2007.

LEOCÁDIO, Elcylene; LIBARDONI, Marlene. O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência. Brasília: AGENDE, 2006. p. 186.

LOURO, GP. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições*, v. 19, n. 2 (56) - maio/ago. 2008.

LUDEMIR, AB; PORTELLA, AP; SCHRAIBER, LB.; VALENÇA atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006; 28(2): 126-35

MACEDO R.S. A etnopesquisa crítica e multireferencial nas ciências humanas e na educação. Salvador: EDUFBA, 2000.

MACEDO, AC; PAIM, JS; SILVA, LMV, COSTA, MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.6, pp. 515-522. ISSN 0034-8910.

MARTELETO, MR. Análise de Redes Sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ci. INF.*, Brasília, v.30, n.1, p.41-49, set/dez, 2004.

MATTAR, Rosiane et al . Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (pp. 39-64). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416. 2004.

MELLO E SOUZA, C. de; CARVALHO, M. L. de; GALLI, M. B.; ALCÂNTARA, R. dos S.; GASPAR, F., 2003. Relatório Final: Violência Sexual no Brasil - Um Diagnóstico da Área da Saúde, do Judiciário e da Comunidade. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, Fundo das Nações Unidas de População (mimeo).

MENDES, E.V. A modelagem das Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. 2007. Mimeo. [online] acessado em www.saude.mg.gov.br, em 02/07/2010.

MENDES, E.V. A modelagem das Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2007.

MENDES, E.V. Redes de Atenção à Saúde no SUS. Apresentação feita na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 06/08/2008, disponibilizada em ppt.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2297-2305.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Abr 2011, vol.27, no.4, p.743-752. ISSN 0102-311X.

MENEZES, G. e AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva in *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos* / Maria Isabel Baltar da Rocha (Org.); Regina Maria Barbosa (Org.). - Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp, 2009. 284p.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. Departamento de Medicina Preventiva e Social – UNICAMP – disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>

MIGUEL, Luis Felipe. Aborto e democracia. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2012, vol.20, n.3, pp. 657-672.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R., 1993. **Violência para todos**. Cadernos de Saúde Pública, 9: 65-78.

MINAYO, Maria Cecília S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARECHI, Pedrinho A. e JOVCHELOVITCH, Sandra. *Textos em representações Sociais*. Petrópolis - RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.10, supl.1, pp. S7-S18. ISSN 0102-311X.

MINAYO, MCS; SOUZA, ER. É possível prevenir a violência? *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (1), 1999. pp. 7-32.

MINAYO, MCS. e DESLANDES, SF. (Orgs.). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, MCS e SOUZA, ER. (Orgs.). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social*. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, MCS (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*./Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, MCS. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9ª Ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, MCS; GOMES, SF.; DESLANDES, R. (Org.) *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, MCS e DESLANDES, SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1641-1649. ISSN 1413-8123.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. Rio de Janeiro, 2007. (Texto Apresentado em Seminário realizado em 22 de maio de 2007 no IMS/UERJ).

MOREIRA, SNT et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, nº 6, p. 1053-1059, dez. 2008.

MOSCOVICI, S. Le Grand schisme. Revue Internationale de Sciences Sociales, v. 25, n. 4, 1973.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NEGRÃO, T. Violência de gênero e as interfaces com a saúde das mulheres. Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1275936251_ARQUIVO_Artigo_saudeeeviolencia-TeliaNegrao-2mai2010-1.pdf. Acessado em 22/05/2014.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-382, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24790.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2013.

OLIVEIRA, E. M. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 455-458. ISSN 0102-311X.

Organização das Nações Unidas. Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. CEDAW 1979-1981. <http://www.dw.de/1979-conven%C3%A7%C3%A3o-da-onu-contra-discrimina%C3%A7%C3%A3o-de-mulheres/a-5033580>

Organização das Nações Unidas. Declaração e Programa de Ação da Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social. Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social. Copenhague, Dinamarca. 06 à 12 de Março de 1995.

Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php acesso em 09.09.2010

Organização das Nações Unidas. IV Conferência Mundial sobre as Mulheres. Declaração de Beijing, 1995 http://200.130.7.5/spmu/eventos_internacionais/ONU/eventos_ONU.htm acesso em 09.09.2010

Organização das Nações Unidas. Texto Integral do Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, Egito, 1994. http://200.130.7.5/spmu/eventos_internacionais/ONU/eventos_ONU.htm acesso em 09.09.2010

Organização das Nações Unidas. X Cúpula Iberoamericana de Chefes de Estado e de Governo – Declaração do Panamá. 2009.

http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10141.htm

Organização das Nações Unidas. As Mulheres do Mundo 2010: Tendências e Estatísticas. 2010 . Disponível em:

<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/Worldswomen/WW2010pub.htm>. Acessado em 16/01/2014.

Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”, 1994. <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> acesso em 09.09.2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução CD 39/14, de 1993 – Trata da violência, em todas as suas manifestações.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra. 2002.

Organización Panamericana de la Salud, 1993. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: Opas. (Mimeo.)

Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília, 2008.174 p.: il.

OSHITAKA, C.T; BEDONE,A.J; PAPAM,S.F. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil Cad. Saúde Pública, abr, 2011 Rio de Janeiro, 27(4):701-713.

PEREIRA, P.A.P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro in Política Social e Saúde. Brasília: Revista Ser Social, nº 10, Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. 2002.

PEREIRA, PK.; LOVISI, GM.; LIMA, LA.; LEGAY, LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. Revista Psiquiatria Clínica. 2010; 37(5): 216-222.

PRESTAF. Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial. Brasília. CECRIA, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, RA. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2006.

PONTES, APM; OLIVEIRA, DC and GOMES, AMT. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2014, vol.22, n.1, pp. 59-67. ISSN 0104-1169.

PORTO M., MCCALLUM C., SCOTT RP., MORAIS HMM. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl 2):243-52.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS – Regional Pernambuco. Dossiê Violência contra a Mulher. 2001. Mimeo. <http://www.cfemea.org.br/>. Acessado em 01/06/2011.

REIS, C. dos; GIUGLIANI, S. & PASINI, VL. Conversando sobre a psicologia e o SUAS: potencialidades e desafios para a atuação profissional dos psicólogos na política de assistência social. Termo in: Cruz, LR. & Guaresch, NM de F. O psicólogo e as políticas públicas de assistência social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. P. 149-166.

Revista do Ministério Público do Trabalho do Mato Grosso do Sul. V.1, n.1 (abr. 2007) – Campo Grande: PRT 24ª, 2007.

REZEK, JF. *Direito dos tratados*. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

ROLLO, P. & CARVALHO, JC. Você sabe o que é revitimização? – Texto, com alterações, publicado em 20/11/2008 na “TRIBUNA DE MINAS” de Juiz de Fora, MG, Brasil.

ROVERE, Mario. *Redes en Salud*. <http://www.rosario.gov.ar> (Secretaria de Salud Pública), 1998.

SAFFIOTI, H.I.B. *O poder do macho*. 1ª ed. São Paulo, Ed. Moderna. 1987/1999.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. - “Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero”. *Cadernos Pagu* (16) 2001: pp.115-136.

SANTANA, MRC. *Redes Técnicas: os avatares geográficos da cidade mediada eletronicamente*. In: *Reflexões e Construções Geográficas Contemporâneas*. Salvador, 2004.

SANTOS, C.A. *Implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – A experiência do Estado do Amapá*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

SANTOS, C. M. & IZUMINO, W. P. (2005). *Violência contra as mulheres*

e violência de gênero: notas sobre os estudos feministas no Brasil. *Estudios Interdisciplinários de America Latina y El Caribe*. 16(1), 147-164

SCHIENBINGER, L. O feminismo mudou a ciência? Bauru: EDUSC, 2001.

SCOTT, JW. "Gênero: Uma categoria útil para análise histórica." 1990. Tradução (para o português) de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1991.

SENADO FEDERAL. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO - "Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência". RELATÓRIO FINAL – Brasília, 2013.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos and Pesquisa Social em Saúde: Algumas estratégias para a integração. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp 187-192. ISSN 1413-8123.

SILVA, SF. (Org.) Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela vida e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde/Gilson Carvalho... [et al.]; organizador: Silvio Fernandes da Silva. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. 202p.

SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2011, vol.16, nº 6, p.2753-2762. ISSN 1413-8123

SILVA, SF.; MAGALHÃES JR. HM. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, SF (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da Regionalização no SUS* – Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SILVA, SF. (ORG). Autores: Gilson Carvalho... [et. Al]. *Redes de Atenção à Saúde: desafios da Regionalização no SUS* – Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SISPACTO. <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/> (2008) - Acessado em 03.01.2012.

sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/central.htm (2001) acessado em: 02.07.2011

Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/> acessado em 03.05.2013.

SOUZA, C. de M., & ADESSE, L. (2005). *Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Rio de Janeiro: Ipas Brasil.

SOUZA, E.R., MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; VEIGA, J.P.C. Construção dos Instrumentos Qualitativos e Quantitativos . Avaliação por Triangulação de Métodos : Abordagem de Programa Social Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone de Assis Gonçalves e Ednilza de Souza Ramos i. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p 133-57

SOUZA, ER. Concealed and Revealed Violence: an Epidemiological Study of Mortality from External Causes in Duque de Caxias, Rio de Janeiro. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (1):48-64, jan/mar, 1993.

SPINK. M.J.P, GIMENES. MGG. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para análise de discurso sobre a saúde e a doença. Revista Saúde e Sociedade. 3(2): 149-171, 1994.

STREY. M.N. Violência e gênero: um casamento que tudo para dar certo. In: GROSSI, Patricia Krieger: WERBA, Graziela C. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2001.

TEIXEIRA, SMF. O desafio da gestão das redes políticas. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

Tribunal de Contas da União. TCU. Relatório de Auditoria de Natureza Operacional no Programa Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília, 2004.

VASCONCELOS, M.G.O.O .M, Mallak, L.S. Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar – Carapicuíba, SP. Fundação Orça Criança e Vida, 2002.

VASCONCELOS, M.F.F. & MORSCHEL, A.. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. Rev. Interface comunicação, Saúde, Educação, 13(supl 1), 2009: 729-738.

VENTURI, G.; RECAMÂM, M.; OLIVEIRA, S. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

VILLELA, WV, LAGO, T. (2007). Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cadernos de Saúde Pública, 23(2), 471-475.

VILELLA, W; MONTEIRO, S; VARGAS, E. Incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 997-1006. ISSN 1413-8123.

VILELLA, WV.; VIANNA, LAC.; LIMA, LFP.; SALA, DCP; VIEIRA, TF.; VIEIRA, ML.; OLIVEIRA, EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.20, nº 1, p.113-123, 2011.

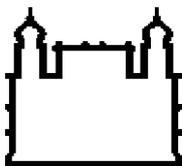
Viva Comunidade. Coverwieu Pesquisa. Câmara dos Deputados - Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado. Relatório Preliminar RANKING DOS ESTADOS NO CONTROLE DE ARMAS: Análise Preliminar Quantitativa e Qualitativa dos Dados sobre Armas de Fogo Apreendidas no Brasil. Projeto "MAPEAMENTO DO COMÉRCIO E TRÁFICO ILEGAL DE ARMAS NO BRASIL". Pesquisa em elaboração pela OSCIP VIVA COMUNIDADE, em parceria com a Subcomissão Especial de Armas e Munições, da Comissão de Segurança Pública da Câmara dos Deputados (CSPCCO), com o apoio da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) do Ministério da Justiça (MJ). 2009.

YIN. RK. Estudo de Caso, Planejamento e Métodos – 4ª Ed. – Editora BOOKMAN, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence Chapter.1 WHO.Geneva. 2003. p.7

WHO. Against Women In Otávio; Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence disponível em:
<http://www.agende.org.br/OMS/FolhetoViolAAnca20202111021.doc> 2004.
acessado em 23.09.13.

7.A anexos



ANEXO 1

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Arouca



Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: **Redes de Atenção às Mulheres em situação de violência sexual: um estudo sobre as perspectivas de enfrentamento pela saúde pública no espaço do município.**

Prezada/Prezado Participante,

Você está sendo convidada (o) para participar como entrevistada (o) da pesquisa: **Redes de Atenção às Mulheres em situação de violência sexual: um estudo sobre as perspectivas de enfrentamento pela saúde pública no espaço do município**, desenvolvida por CLÁUDIA ARAÚJO DE LIMA, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. SUELY FERREIRA DESLANDES.

O objetivo central do estudo é analisar a partir do setor saúde, a atuação da rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual no município de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul.

O convite a sua participação se deve à sua inserção como gestor das linhas de atenção, ou seja, profissional que administra diretamente o atendimento em saúde para as mulheres em situação de violência sexual ou que chefia área de intervenção direta em instituição parceira da rede municipal de enfrentamento da violência sexual contra mulheres.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação em qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa em pauta.

No sentido de garantir o sigilo das informações e a privacidade da (o) entrevistada (o), todo e qualquer dado que possa identificá-la (o) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

Caso você deseje que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final de pesquisa, é importante que isso seja registrado para conhecimento em qualquer tempo do Comitê de Ética em Pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contatos explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização da (o) entrevistada (o). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivo digital, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 196/96 e orientações CEP/ENSP.

Como benefícios diretos de sua participação nesta pesquisa, consideramos que seus comentários e observações em um estudo aprofundado sobre redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual podem contribuir para o fortalecimento das políticas públicas, apontando suas potencialidades, boas experiências bem como suas lacunas e dificuldades. Num contexto de institucionalização da Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência sexual, composta por serviços de saúde em todo o país, a experiência municipal favorece as contribuições teóricas e o aproveitamento das práticas exitosas, quando discutidas e analisadas.

Serão tomadas todas as medidas para que não haja qualquer tipo de constrangimento para o entrevistado antes, durante ou depois das entrevistas. No entanto, caso aconteça algum imprevisto, fica a pesquisadora responsável por esclarecer ou justificá-los, bem como minimizá-los para os sujeitos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e na tese de doutorado.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para a (o) participante e outra para a pesquisadora. Qualquer dúvida ou esclarecimentos sobre a entrevista ou seu conteúdo poderá ser feito pelo telefone para contatos (inclusive ligações a cobrar) para a pesquisadora responsável CLÁUDIA ARAÚJO DE LIMA: (61) 8115-7131, e-mail: claudia.araujolima@gmail.com , Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Leopoldo Bulhões, nº 1.480, Térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro – CEP. 21041-210 – RJ.

Cláudia Araújo de Lima
Pesquisadora Responsável
Doutoranda em Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa, a metodologia de trabalho e os procedimentos nela envolvidos, bem como as condições de minha participação e concordo em participar como entrevistada (o) do estudo: Mulheres em situação de violência sexual: um estudo sobre redes de atenção integral no município.

NOME:

Assinatura da Entrevistada/Entrevistado

ANEXO 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – DOUTORADO
LINHA DE PESQUISA VIOLÊNCIA E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA

Redes de Atenção às Mulheres em situação de violência sexual:
um estudo sobre as perspectivas de enfrentamento pela saúde pública
no espaço do município.

Roteiro de Entrevista 01 – Gestores do Governo Municipal / Setor:

1. O que você entende por violência sexual contra a mulher?
2. Na sua opinião o município de Campo Grande/MS possui uma rede de serviços de saúde organizada para atenção/atendimento de mulheres em situação de violência sexual?
 - 2.1. Se a resposta for positiva descreva como você sabe que ela é composta e como se desenvolve o atendimento da mulher que sofreu violência sexual na cidade?
 - 2.2. Caso a resposta seja negativa informe o porque você compreende que não existe uma rede municipal de atenção para mulheres em situação de violência sexual na cidade.
3. Quais as suas observações sobre as relações do setor saúde com as demais instituições para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres no município de Campo Grande/MS?
4. Você conhece e pode descrever como a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve comunicação sobre o atendimento da violência sexual com os serviços, os profissionais e a comunidade?
5. Você conhece e pode descrever como a Secretaria Municipal de Saúde mantém o funcionamento, treinamento de profissionais e insumos (medicamentos) para o atendimento das mulheres em situação de violência sexual?
 - 5.1. Convênios com o Governo do Estado ou Federal?
 - 5.2. Custeio e investimentos do próprio município?
 - 5.3. Não é necessário recursos financeiros para desenvolver tal atividade.
6. Quais as principais dificuldades que você identifica para uma mulher que sofre violência sexual e procura os serviços de saúde em Campo Grande/MS?

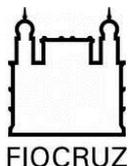
7. Você identifica problemas no funcionamento da rede municipal de saúde na atenção para mulheres em situação de violência sexual? Relacione-os.

 8. Quais os pontos positivos (potencialidades) você percebe e pode comentar sobre a rede municipal de saúde na atenção a mulheres em situação de violência sexual?

 9. Você considera que existe articulação entre todos serviços municipais para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres?

 10. Como você compreende que o município pode contribuir para a formação de uma rede estadual e nacional de atenção para mulheres em situação de violência sexual?
-

ANEXO 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – DOUTORADO
LINHA DE PESQUISA VIOLÊNCIA E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA

Redes de Atenção às Mulheres em situação de violência sexual:
um estudo sobre as perspectivas de enfrentamento pela saúde pública
no espaço do município.

Roteiro de Entrevista 02 – Gestores de Serviços Municipais / Setor:

1. O que você entende por violência sexual contra a mulher?
2. Na sua opinião o município de Campo Grande/MS possui uma rede de serviços de saúde organizada para atenção/atendimento de mulheres em situação de violência sexual?
 - 2.1. Se a resposta for positiva descreva como você sabe que ela é composta e como se desenvolve o atendimento da mulher que sofreu violência sexual na cidade?
 - 2.2. Caso a resposta seja negativa informe o porque você compreende que não existe uma rede municipal de atenção para mulheres em situação de violência sexual na cidade.
3. Quais as suas observações sobre as relações dos serviços de saúde com as demais instituições (outros serviços de saúde, segurança pública, assistência social, outros) para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres no município de Campo Grande/MS?
4. Você conhece e pode descrever como a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve comunicação sobre o atendimento da violência sexual com os serviços, os profissionais e a comunidade?
5. Você sabe como a Secretaria Municipal de Saúde mantém o funcionamento, treinamento de profissionais e insumos (medicamentos) para o atendimento das mulheres em situação de violência sexual?
6. Quais as principais dificuldades que você identifica para uma mulher que sofre violência sexual e procura os serviços de saúde em Campo Grande/MS?
7. Você identifica problemas ou dificuldades no funcionamento do seu serviço e/ou na rede municipal de saúde na atenção para mulheres em situação de violência sexual? Relacione-os.

8. Quais os pontos positivos (potencialidades) você percebe e pode comentar sobre a rede municipal de saúde na atenção para mulheres em situação de violência sexual?
 9. Você considera que existe articulação entre os serviços municipais das várias áreas (saúde, segurança pública, assistência social, justiça) para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres?
 10. Como você compreende que o município pode contribuir para a formação de uma rede estadual e nacional de atenção para mulheres em situação de violência sexual?
-

ANEXO 4



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes de Atenção às Mulheres em situação de violência sexual: um estudo sobre as perspectivas de enfrentamento pela saúde pública no espaço do município.

Pesquisador: CLAUDIA ARAUJO DE LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05465912.3.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 158.498

Data da Relatoria: 30/11/2012

Apresentação do Projeto:

Descrito em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Descrito em parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito em parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descrito em parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Descrito em parecer anterior.

Recomendações:

Caso haja alguma autorização a ser apresentada ainda, inserir na Plataforma como notificação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Caso haja alguma autorização a ser apresentada ainda, inserir na Plataforma como notificação.

RIO DE JANEIRO, 29 de Novembro de 2012

Assinador por:
Ângela Fernandes Esher Moritz
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 5



claudia araujo de lima <claudia.araujolima@gmail.com>

[Sausoc] Decisão editorial - 1908

Sistema SciELO de Publicação <suporte.aplicacao@scielo.org>

7 de janeiro de 2014 10:40

Responder a: Ana Paula Labate <saudesoc@edu.usp.br>

Para: Cláudia Araújo de Lima <claudia.araujolima@gmail.com>

Prezada Cláudia Araújo de Lima,

Informamos que o seu artigo "Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do Setor Saúde na década de 2000" foi aceito para publicação na Saúde e Sociedade.

Em breve receberá mais informações sobre a publicação.

Atenciosamente,

Eliane Comelli
saudesoc@usp.br

Saúde e Sociedade
<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc>

**Documentos históricos relacionados à Rede de Atenção
para Mulheres em situação de violência sexual do Município
de Campo Grande, Mato Grosso do Sul**

ANEXO 6

MINUTA

PORTARIA CONJUNTA Nº 004/CEPPM/SEJUSP/DGPC/CGPM/CGCBM/
COORPER/PGDP/CEDM/SESAU/CES/HR/Sa Casa, de 31 março
de 2003.

*Cria a Rede de Atendimento à Mulher em Situação
de Violência Sexual e Institui e Aprova as Normas
Gerais de ação integrada para atendimento das
vítimas e dá outras providências.*

A Coordenadora Especial de Políticas Públicas para a Mulher, o Secretário de Justiça e Segurança Pública, o Diretor-Geral da Polícia Civil, o Comandante-Geral da Polícia Militar, o Comandante-Geral do Corpo de Bombeiro Militar, o Coordenador de Perícias, o Secretário Estadual de Saúde, a Secretária Municipal de Saúde, o Diretor-Geral do Hospital Regional, a Presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, o Procurador Geral da Defensoria Pública, e o Coordenador do Programa de Residência Médica da Santa Casa de Campo Grande no uso das atribuições e etc.

RESOLVEM:

Art. 1º - Criar a Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, no município de Campo Grande.

Parágrafo único: Os órgãos que passam a compor a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual, e que portanto estão sujeitos a estas normas gerais, são:

- I – Execução direta dos serviços:
 - a. Secretaria Estadual de Saúde
 - b. Secretaria Municipal de Saúde, por meio das unidades de saúde;
 - c. Hospital Regional;
 - d. Polícia Civil por meio da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher e demais unidades;
 - e. Coordenadoria de Atendimento à Mulher – SASCT por meio do Centro de Atendimento à Mulher Cuña Mbarete e Casa Abrigo;
 - f. Procuradoria Geral da Defensoria Pública por meio da Defensoria Pública de Atendimento à Mulher;
 - g. Coordenadoria de Perícias por meio do Instituto Médico Legal e do Instituto de Criminalística;
 - h. Polícia Militar;
 - i. Corpo de Bombeiro Militar;
 - j. Sociedade Beneficente da Santa Casa de Campo Grande
- II – Orientação e coordenação das políticas pública para à mulher pertinente a esta rede de atendimento, com a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher.

III – Fiscalização dos serviços da rede de atendimento, com o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher.

Art. 2º - Criar a Comissão de Avaliação da Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, composta pelos signatários desta Portaria, ou por quem os represente.

Art. 3º - Instituir e aprovar as Normas Gerais de ação integrada para o atendimento e demais procedimentos às vítimas de crimes de estupro, Art. 213, atentado violento ao pudor, Art. 214, bem como suas formas qualificadas pelo resultado, Art. 223, todos do Código Penal Brasileiro.

Art. 4º - Estas normas se restringem em atender como vítimas de crimes sexuais mulheres de qualquer faixa etária.

Art. 5º - Esta minuta somente poderá ser alterada em seu conteúdo com a aprovação de todos os(as) signatários(as).

CAPÍTULO I Da Finalidade e da Competência

Art. 6º - As presentes Normas Gerais têm por finalidade normatizar, padronizar e orientar inicialmente, no âmbito deste município, procedimentos para a Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, no que se refere aos crimes de estupro - Art. 213, atentado violento ao pudor - Art. 214, bem como suas formas qualificadas pelo resultado - Art. 223, todos do Código Penal Brasileiro, a preservação do local do crime, o atendimento na Delegacia de Polícia, o atendimento da vítima nos serviços de saúde, o atendimento da perícia médico-legal, o atendimento nos serviços psicossocial e jurídico e a repressão do delito no âmbito dos órgãos envolvidos.

Art. 7º - Exigir das autoridades e serviços envolvidos no atendimento imediato dos crimes sexuais, dispostos no art. 1º desta norma, cuidados especiais e atendimento prioritário às vítimas desta violência, cumprindo os procedimentos legais estabelecidos.

CAPÍTULO II Dos Procedimentos

Art.8º - Ocorrendo crimes elencados na presente norma deverão ser observados os seguintes procedimentos:

- I. A Polícia Militar e a Civil ao tomarem conhecimento da ocorrência de crimes desta natureza, deverão dar prioridade no atendimento, deslocando-se imediatamente para o local dos fatos, providenciando a imediata conservação do local do crime até a chegada da perícia, se requisitada).

- II. A Instituição Policial que primeiro abordar a vítima deverá deslocar-se imediatamente com a mesma para a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM, para as providências cabíveis, providenciando a preservação do local do crime.
- III. A Instituição Policial que primeiro chegar ao local dos fatos deverá arrolar testemunhas e envolvidos para posteriormente serem apresentados à Autoridade Policial responsável pela investigação, não podendo divulgar os fatos ocorridos para outras pessoas, evitando assim prejudicar futuras investigações e constrangimentos à vítima.
- IV. Ao chegar na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, a instituição policial que estiver acompanhando a vítima relatará os fatos à autoridade policial competente, de forma minuciosa, para que adote as providências elencadas no art. 6º do Código de Processo Penal, com prioridade absoluta no atendimento.
- V. A autoridade policial lavrará o registro da ocorrência imediatamente, de forma sumária, relatando no histórico do Boletim de Ocorrência os fatos e as circunstâncias do crime. Os detalhes e pormenores da ocorrência do fato deverão ser procedidos nas declarações da vítima, a fim de evitar constrangimento para a mesma, esclarecendo à vítima sobre a importância de sua representação para o prosseguimento das investigações.
- VI. Em seguida a autoridade policial da DEAM, de imediato, providenciará o encaminhamento e deslocamento da vítima ao IML desta cidade para exame de corpo de delito.
- VII. No IML o atendimento será realizado de forma prioritária.
- VIII. Quando necessário a autoridade policial requisitará a Coordenadora de Perícias a competente perícia no local do crime, bem como o pré-laudo para as respectivas providências.
- IX. A autoridade policial acompanhará o levantamento do local do crime, assistindo ao Perito Criminal, no que puder, no levantamento das provas, a fim de esclarecer o crime e suas circunstâncias.
- X. Cumpridas as formalidades iniciais, a vítima após ser submetida aos procedimentos pertinentes ao IML, deverá ser encaminhada aos *serviços de saúde referência mais próximos*, devendo posteriormente apresentar na DEAM para que sejam adotadas as providências cabíveis às investigações que o caso exigir, bem como iniciar as oitivas necessárias de acordo com o que determina o Art. 188 e seguintes, do Código de Processo Penal;

§ 1º - Em sendo casos de flagrante delito, a instituição policial deverá encaminhar todos os envolvidos imediatamente à DEAM para os procedimentos legais pertinentes, ocasião em que deverá ser requisitado de imediato o pré-laudo de exame de corpo de delito e

coleta de materiais da vítima e eventual autor. Após encaminhará a vítima aos serviços de saúde.

§ 2º - Entende-se por instituição policial os integrantes da Polícia Militar, Polícia Civil e Corpo de Bombeiros Militar.

Art. 9º - A autoridade policial preservará total sigilo necessário dos fatos e das circunstâncias, bem como os demais órgãos integrantes da Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, a fim de evitar constrangimento à vítima.

Art. 10º - A Comissão de Avaliação da Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual deverá reunir-se com seus membros trimestralmente, a fim de avaliar a prestação dos serviços de prevenção e combate a violência sexual prestado pela rede de atendimento. A Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Mulher ficará responsável em secretariar, coordenar, agendar e mobilizar os membros desta comissão para as reuniões periódicas, bem como providenciar local apropriado para realização da mesma.

CAPÍTULO III **Das Atribuições dos Órgãos**

Art. 11 - Caberá à Polícia Militar ou Polícia Civil, tão logo tomem conhecimento da ocorrência dos crimes sexuais preceituados no art. 1º desta norma, deslocar-se imediatamente para o local dos fatos para o atendimento da ocorrência, preservação do local do crime e deslocamento imediato da vítima à DEAM. Cabe também a Polícia Militar intensificar o policiamento preventivo nos bairros com maiores índices de violência e em horários mais críticos.

Art. 12 - Caberá à Polícia Civil, por intermédio da DEAM o cumprimento do previsto nos artigos 4º à 23 do Código de Processo Penal, relativos aos crimes de que trata esta norma.

Art. 13 - Caberá ao Corpo de Bombeiros Militar, em caso de necessidade, o devido apoio aos deslocamentos com vítimas em estado emocional e/ou físico gravemente abalado, a fim de prestar os primeiros socorros, observando os demais preceitos desta Portaria.

Art. 14 - Caberá à Coordenadoria de Perícias a perícia do local de crime, bem como a lavratura dos laudos de exame de corpo de delito, nos termos do Código de Processo Penal.

Art. 15 - Caberá ao IML fazer o atendimento imediato e prioritário das vítimas de violência sexual, independente de horário, colher material e realizar o exame de corpo de delito.

<p><i>Ma Rosana</i></p> <p>→ Maria Rosana Rodrigues Pinto Gama Coordenadora Especial de Políticas Públicas para a Mulher</p>	<p>6</p> <p>→ Dagoberto Nogueira Filho Secretário de Justiça e Segurança Pública</p>
<p><i>Milton Watanabe</i></p> <p>Milton Watanabe Tocikazu Diretor-Geral da Polícia Civil</p>	<p>José Ivan de Almeida – Cel PM Comandante-Geral da Polícia Militar</p>
<p><i>João Alves Calixto</i></p> <p>João Alves Calixto Comandante-Geral do Corpo de Bombeiros Militar</p>	<p>→ Edir Ederaldo de Almeida Coordenador Geral de Perícias</p>
<p><i>João Paulo Barcellos Esteves</i></p> <p>João Paulo Barcellos Esteves Secretário de Estado de Saúde</p>	<p>→ Beatriz Figueiredo Dobashi Secretária Municipal de Saúde de CGMS</p>
<p><i>Salvador Arruda</i></p> <p>Salvador Arruda Diretor-Geral do Hospital Regional</p>	<p>Neyla Ferreira Mendes Presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher</p>
<p><i>Cid Pinto Barbosa</i></p> <p>Cid Pinto Barbosa Procurador Geral da Defensoria Pública</p>	<p>José Eduardo Silveira dos Santos Coordenador do Programa de Residência Médica da Santa Casa de Campo Grande</p>

ANEXO 7

	DIOGRADE DIÁRIO OFICIAL DE CAMPO GRANDE-MS	ISSN 1678-3530
Registro n. 26.965, Livro A-48, Protocolo n. 244.286, Livro A-10 4º Registro Notarial e Registral de Títulos e Documentos da Comarca de Campo Grande - Estado de Mato Grosso do Sul		

Ano VIII - n. 1.913 - sexta-feira, 7 de outubro de 2005

R\$ 1,15 - 12 páginas

Parte I**PODER EXECUTIVO****Decretos**

DECRETO n. 9.405, DE 6 DE OUTUBRO DE 2005.

DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL - CAPS I E DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - NUPREVI, NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

NELSON TRAD FILHO, Prefeito de Campo Grande, Capital do estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe confere o disposto no inciso VI, do art. 67, da Lei Orgânica do Município, e,

Considerando a necessidade em estabelecer mecanismos que possibilitem a redução do índice da morbimortalidade por acidentes e violência no Município;

Considerando a importância em desenvolver ações articuladas e sistematizadas intra-setoriais e intersetoriais de prevenção à violência e de promoção da saúde da comunidade campo-grandense;

Considerando a necessidade em promover ações de atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais, assegurando-lhes atendimento contínuo e interdisciplinar, que possibilite a reinserção social e o fortalecimento de laços familiares e comunitários.

DECRETA:

Art. 1º Ficam criados o Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS I e o Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção de Saúde - NUPREVI.

Art. 2º O Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS I, diretamente subordinado à Coordenadoria-Geral de Assistência à Saúde, objetiva o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, assegurando-lhes a reinserção social e o fortalecimento de laços familiares e comunitários.

Art. 3º O Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção de Saúde - NUPREVI, diretamente subordinado à Coordenadoria-Geral de Assistência à Saúde, tem como objetivo a promoção de ações que possibilitem a redução da morbimortalidade por acidentes e violência no município de Campo Grande.

Art. 4º O horário de funcionamento do CAPS I será das 7h às 17h e do NUPREVI será das 11h às 13h e das 13h às 17h, de segunda-feira à sexta-feira.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CAMPO GRANDE-MS, 6 DE OUTUBRO DE 2005.


NELSON TRAD FILHO
Prefeito Municipal


LUIZ HENRIQUE MANDETTA
Secretário Municipal de Saúde Pública


NELSON YUTOKU TOBARU
Secretário Municipal de Administração

DECRETO n. 9.406, DE 6 DE OUTUBRO DE 2005.

TRANSFORMA CARGOS EFETIVOS DO QUADRO PERMANENTE DE PESSOAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

NELSON TRAD FILHO, Prefeito de Campo Grande, Capital do Estado de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe confere o disposto no inciso VI, do art. 67, da Lei Orgânica de Campo Grande,

DECRETA:**EXPEDIENTE**

PREFEITO	Nelson Trad Filho	Diretor-Presidente da Agência de Desenvolvimento Econômico de Campo Grande	Alfredo Scaff Filho
Vice-Prefeita	Marisa Joaquina Monteiro Serrano	Diretor-Geral da Agência Municipal de Prestação de Serviços à Saúde	Luiz Henrique Mandetta
Chefe do Gabinete do Prefeito	Edson Yasuo Makimori	Diretor-Geral da Agência Munic. de Transporte e Trânsito	Carlos Alfredo Lanteri
Secretário Municipal de Governo	Osmar Domingues Jerônimo	Presidente da Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Campo Grande	Jose Cesário dos Santos Filho
Secretário Munic. de Administração	Nelson Yutoku Tobaru	Presidente da Fundação Municipal de Cultura	Américo Ferreira Calheiros
Secretário Munic. da Receita	Mário Sérgio Maciel Lorenzetto	Presidente da Fundação Municipal de Esporte	João Batista da Rocha
Secretária Munic. de Planejamento e Controladoria-Geral	Eva de Souza Salmazo	Diretor-Presidente do Instituto Munic. de Previdência de Campo Grande	Cezar Luiz Galhardo
Secretária Munic. de Assistência Social	Lacy Severo Pupin	Presidente da Fundação Social do Trabalho de Campo Grande	Luiza Ribeiro Gonçalves
Secretário Munic. de Controle Urbanístico	Paulo Sérgio Nahas	Coordenadora Especial da Coordenadoria Especial de Gestão e Monitoramento de Recursos Humanos	Thie Higuchi Viegas dos Santos
Secretária Munic. de Educação	Maria Cecília Amendola da Motta	Coordenadora Especial da Coordenadoria Especial de Políticas Públicas Sociais	Tania Mara Garib
Secretário Munic. de Fomento ao Agronegócio, Indústria, Comércio, Turismo, Ciência e Tecnologia	Rodolfo Vaz de Carvalho	Presidente do Instituto Municipal de Tecnologia da Informação	Cesar Augusto Stepham Castiglioni
Secretário Munic. de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável	Frederico Luiz de Freitas Junior	Presidente de Honra do Fundo de Apoio à Comunidade	Maria Antonieta Amorim Trad
Secretário Munic. de Serviços e Obras Públicas	Edson Giroto		
Secretário Munic. de Saúde Pública	Luiz Henrique Mandetta		
Procurador-Geral do Município	Ernesto Borges Neto		
Diretor-Presidente da Emp. Munic. de Habitação	Rodrigo de Paula Aquino		
Diretora-Presidente do Instituto Munic. de Planejamento Urbano	Berenice Maria Jacob Domingues de Paula Almeida		

ANEXO 8**Lei nº 4580 de 21 de dezembro de 2007**

DENOMINA DE MÁRCIO AVELINO PROCÓPIO DA SILVA - "MÁRCIO GORDO", O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PÓS-TRAUMA - CAPPT, LOCALIZADO NA RUA CORONEL SEBASTIÃO LIMA Nº 1323, NO BAIRRO MONTE LÍBANO, NESTA CAPITAL.

AUTORIA: Vereador EDIL ALBUQUERQUE Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu, NELSON TRAD FILHO, Prefeito de Campo Grande, Capital do Estado de Mato Grosso do Sul, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica denominado de Márcio Avelino Procópio da Silva - "Márcio Gordo", o Centro de Atenção Psicossocial Pós-Trauma - CAPPT, localizado na Rua Coronel Sebastião Lima nº 1323, no Bairro Monte Líbano, nesta Capital.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

CAMPO GRANDE-MS, 21 DE DEZEMBRO DE 2007.

NELSON TRAD FILHO

PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO 9

Digitally signed by ANTONIO DA SILVA MULLER:29827205153
 DN: cn=ANTONIO DA SILVA MULLER:29827205153, c=BR,
 o=ICP-Brasil, ou=Secretaria da Receita Federal - SRF



Diário Oficial

Estado de Mato Grosso do Sul

ANO XXXI n. 7.489

CAMPO GRANDE-MS, TERÇA-FEIRA, 30 DE JUNHO DE 2009

52 PÁGINAS

GOVERNADOR ANDRÉ PUCCINELLI	Secretaria de Estado de Administração THIE HIGUCHI VIEGAS DOS SANTOS	Secretaria de Estado de Meio Ambiente, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia CARLOS ALBERTO NEGREIROS SAID MENEZES	Secretário de Estado de Obras Públicas e de Transportes EDSON GIROTO
Vice-Governador MURILO ZAUIH	Secretaria de Estado de Educação MARIA NILENE BADECA DA COSTA	Secretaria de Estado de Desenvolvimento Agrário, da Produção, da Indústria, do Comércio e do Turismo TEREZA CRISTINA CORRÊA DA COSTA DIAS	Secretário de Estado de Justiça e Segurança Pública WANTUIR FRANCISCO BRASIL JACINI
Secretário de Estado de Governo OSMAR DOMINGUES JERONYMO	Secretaria de Estado de Saúde BEATRIZ FIGUEIREDO DOBASHI	Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social TANIA MARA GARIB	Procurador-Geral do Estado RAFAEL COLDIBELLI FRANCISCO
Secretário de Estado de Fazenda MÁRIO SERGIO MACIEL LORENZETO	Secretaria de Estado de Habitação e das Cidades CARLOS EDUARDO XAVIER MARUN		
Assembleia Legislativa Presidente: DEPUTADO JERSON DOMINGOS	Tribunal de Justiça Presidente: DESEMBARGADOR ELPÍDIO HELVÉCIO CHAVES MARTINS	Tribunal de Contas Presidente: CONSELHEIRO CÍCERO ANTONIO DE SOUZA	Procuradoria Geral da Justiça Procurador: MIGUEL VIEIRA DA SILVA
		Defensora Pública Geral EDNA REGINA BATISTA NUNES DA CUNHA	Ministério Público Especial Procurador-Chefe MANFREDO ALVES CORRÊA

PÁGINA 26

30 DE JUNHO DE 2009

DIÁRIO OFICIAL n. 7.489

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

Portaria "P" FUNSAU nº 314 de 22 de junho de 2009.

O Diretor – Presidente da Fundação de Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, conforme disposto no Decreto Estadual nº 10.204, de 11/01/2001; e no Decreto Estadual "P" nº 178/2007, de 16/01/2007.

Resolve:

Constituir a EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA, coordenada pela servidora **Suely de Souza Rezende**, matrícula 151.055-01, composta pelos seguintes servidores:

Nome	Matrícula	Função
Dr. José Roberto de Almeida e Silva	-	Diretor Presidente
Dr. Alexandre Frizzo	-	Diretor Técnico Assistencial
Fernanda Mosconi Arnulf de Oliveira	885.355-1	Coordenadora do Apoio Técnico Assistencial
Luana Santos Silva	924.520-1	Psicóloga
Camila Belline Collussi	888958-1	Psicóloga
Vânia Maria Miranda	151.725-21	Psicóloga
Erlí Proença Muniz	385.465-1	Assistente Social
Maria Izabel Abreu Deotti	150.775-31	Assistente Social
Renata Domingues Rodrigues	864.641-1	Assistente Social
Andréa Carolina Caldas	156.482-01	Assistente Social
Liandra Macário Bonetti	884.600-1	Enfermeira

Esta portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

ANEXO 10

	ENF.URG-RG-01
FICHA DE ATENDIMENTO	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE. MS Pag. 001
 FICHA DE ATENDIMENTO - PRONTUARIO 0100700501
 FICHA DE ATENDIMENTO - HYGIA

Matricula : _____ DHS : _____ Data de Nascimento : _____ Idade : _____ Sexo : _____
 Nome : _____ Tel : _____
 Mãe ou Responsavel : _____ Prontuario Antigo : _____
 Endereço : _____ 000 _____
 Bairro : VILA POPULAR Município : CAMPO GRANDE CEP : 079076040

Assinatura do Paciente ou Acompanhante _____

ATENDIMENTO: em _____ Atendimento para 'as _____ Rececao ocorrida 'as _____
 Procedimentos: 1 - _____ () 2 - _____ () 3 - _____ () 4 - _____ () 5 - _____ ()

Especialidade: 08 PLANTONIST Tipo do atendimento: _____
 CID's: 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ Codigo do programa : _____
 Registro Profissional _____ Assinatura/Carimbo do Profissional Responsavel _____
 CRM _____

EXTERIO DA UNIDADE _____

Peso em gramas : _____ Estatura em cm : _____ P.A. (mmHg) : _____ X _____ Temperatura em Celsius : _____

Principais dados :

Diagnostico : _____

Terapeutica : _____

Exames lab. : _____

Outros : _____

Encaminhado a: _____ para: _____

Acidente/Doenca Vinculada ao trabalho _____ Acidente de transito _____ Retornar em _____ dias
 Notificar a policia: _____ Num. viatura: _____ Unidade _____ Obito na data _____ Hora _____

In/Ex Programa	Motivo	In/Ex Programa	Motivo
16	_____	_____	_____

Procedimentos padrao (indicar a quantidade, quando executados)

() _____ () _____
 () _____ () _____
 () _____ () _____ () OUTROS PROCEDIMENTOS? (S/N).....

ANEXO 11

 Serviço de Enfermagem SESAU	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRAO – ENF-URG-POP-11	
	Título: ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	Data: NOV/2011
		Versão: 0
		Página 2 de 3

11	Comunicar conselho tutelar ou vara da infância e da juventude se for o caso;	↓	Enfermeiro ou assistente social	Para providências cabíveis em cada caso;
12	Encaminhar para unidade básica de atendimento para acompanhamento.	↓ FIM	Médico, enfermeiro ou assistente social	Acompanhamento de agravos à saúde e gravidez indesejada..

5. Disposições Gerais

5.1 Anticoncepção de emergência: desnecessária se a mulher estiver usando método anticoncepcional eficaz. Realizar o quanto antes possível **no limite de 5 dias**;

5.2 Profilaxia para DSTs não virais: gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com eficácia. Quando ocorrer uso de preservativo em todo o crime sexual, não se recomenda esta profilaxia. Para evitar o uso concomitante de diversas medicações que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar pela via parenteral para administrar antibióticos, os quais devem ser administrados **no primeiro dia de atendimento**. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações significativas, a administração profilática de metronidazol é facultativa ou pode ser postergada;

5.3 Profilaxia para hepatites:

Vacinação;

- Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana contra hepatite B (IGHAHB);
- Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses;
- Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas;
- A vacina deve ser aplicada **no músculo deltóide (0, 1 e 6 meses após a violência sexual)**;

Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B (IGHAHB);

- Receber dose única de IGHAB 0,06 ml/kg em glúteos. Se o volume ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em 2 áreas corporais diferentes. Pode ser administrada até 14 dias após a violência, embora seja recomendada **nas primeiras 48 horas**. A administração de IGHAB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual, não imunizadas, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal;
- A gravidez em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAB;
- Não deverão receber a imunoprofilaxia contra hepatite B: exposição repetida ao mesmo agressor, uso de preservativos.

5.4 Profilaxia anti-HIV:

Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV	
Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda a agressão Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

 Serviço de Enfermagem SESAU	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRAO – ENF-URG-POP-11	
	Título:	Data: NOV/2011
	ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	Versão: 0
		Página 3 de 3

- a) Realizar o teste rápido anti-HIV se fonte presente. Proceder conforme **item 6 a 9 de ENF-POP-Exposição à Material Biológico**;
- b) A testagem para HIV do agressor não deve retardar o início da profilaxia ARV, mas deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia. Caso o resultado seja negativo, a quimioprofilaxia antirretroviral não deve ser realizada ou deve ser interrompida. Nesses casos, a possibilidade de soroconversão recente (“janela imunológica”), sem a presença de sintomas de infecção aguda, é extremamente rara. De qualquer forma, resultados falso-negativos devem sempre ser avaliados dentro do contexto clínico e epidemiológico do agressor;
- c) A profilaxia ARV do HIV deve ser iniciada até, no máximo, 72 horas da violência sexual;

A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas

6. Conscientização

O não cumprimento destas diretrizes podem resultar em:

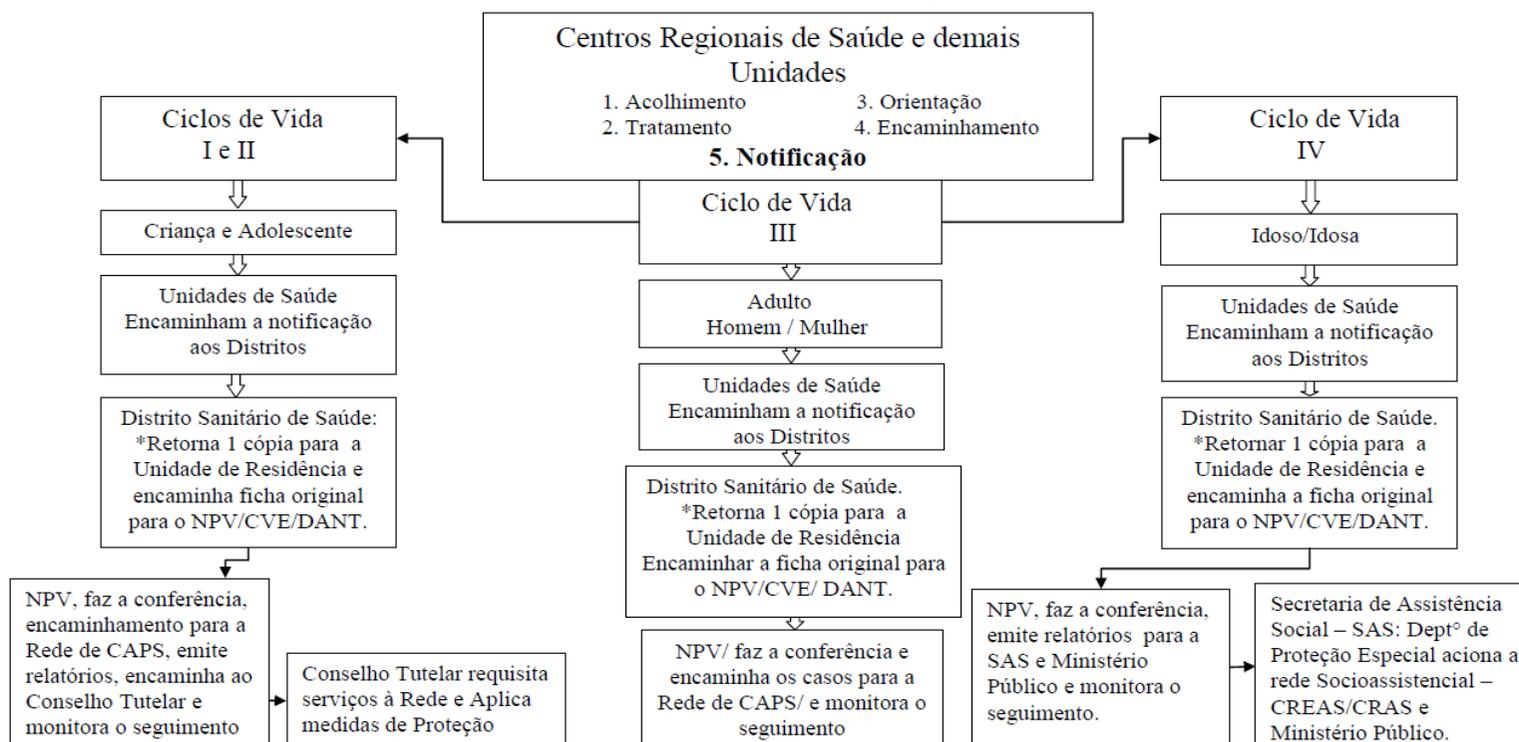
- Usuários atendidos fora dos padrões de acolhimento preconizados pelo SUS
- Usuários atendidos sem que sejam consideradas as avaliações iniciais de risco
- Atenção inadequada
- Usuários liberados sem melhora em seu quadro geral
- Óbitos ou lesões que poderiam ser evitadas
- Profissionais serem processados pelos usuários por atendimento inadequado
- O não entrosamento da equipe por ausência de padronização dos procedimentos
- Danos gerais aos usuários
- Danos a imagem e credibilidade dos profissionais de saúde.

7. FONTE: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ANEXO 12

Secretaria Municipal de Saúde Pública
 Coordenação Geral de Vigilância em Saúde
 Serviço de Vigilância Epidemiológica
 Gerencia Técnica de Vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
 Núcleo de Prevenção à Violência

**Fluxo da Ficha de Notificação de Violência Doméstica e Sexual
 e Outras Violências na Rede Municipal de Saúde**



ANEXO 13

Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica
Gerencia Técnica de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis
Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção à Saúde

Protocolo de Prevenção e Tratamento para os casos de Violência Sexual

Campo Grande - 2012

A coleta de amostras cérvico-vaginais para diagnóstico de infecções pode ser feito no momento do exame, porém não deve retardar o início da profilaxia para as DST não virais.

3.b.2 - PROFILAXIA PARA MULHERES E ADOLESCENTES

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina, conforme posologia indicada no quadro A penicilina ainda é a medicação de escolha para sífilis, apresenta excelente relação custo-benefício e deve ser dispensada e administrada nas unidades básicas de saúde. A maioria das reações anafiláticas à penicilina ocorre em 10-40/100.000 injeções aplicadas, com aproximadamente dois óbitos por 100.000 tratamentos. A Portaria 156/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006, dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra indica o esquema profilático recomendado do no quadro 3. A ciprofloxacina está contra indicada durante a gestação. O metronidazol deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez.

Obs. Devido às diversas medicações VO sugere – se anti- hemético 15m. antes da medicação.

Opções da Rede Municipal de Saúde

3.b.3 - OPÇÕES PARA ADULTOS OU ADOLESCENTES > 45 Kg

1-	METRONIDAZOL 250 mg – TOMAR 8CP – DOSE ÚNICA
2-	AZITROMICINA 500 mg - Tomar 2 CP – DOSE ÚNICA
3-	CIPROFLOXACINO 500 mg - Tomar 1 CP - DOSE ÚNICA
4-	PENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI - APLICAR 2 AMP. (UMA EM CADA NÁDEGA) - DOSE ÚNICA
5-	LEVONORGESTREL 0,75 mg - Tomar 2 CP DOSE ÚNICA
6-	LAMIVUDINA 150 mg + ZIDOVUDINA 300 mg (4 CP) 1 CP 12/12 h.

Procedimentos Pós – Atendimento nos Centros Regionais de Saúde – CRS

Após acolhimento do (a) paciente: solicitação dos exames, profilaxia das DST, lembrar que o (a) paciente tem que ser encaminhado (a) para a rede de referência às DST/HIV/Aids, para profilaxia e acompanhamento médico e psicológico.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM CAMPO GRANDE

- CEDIP-HOSPITAL DIA: 33314-8292 ou 3314- 8290
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-HOSPITAL DIA: (ESTERINA CORSINI: 3345- 3135);
- CAPS – PÓS -TRAUMA – TRATAMENTO DOS AGRAVOS PSICOLÓGICOS – 3314-9963
- HOSPITAL REGIONAL – AVALIAÇÃO DOS CASOS DE SUSPEITA DE GRAVIDEZ E INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO POR ESTUPRO (ABORTO LEGAL).O ENCAMINHAMENTO DEVERÁ SER FEITO PARA O AMBULATÓRIO GERAL.AGENDAMENTO/CONTATO COM SERVIÇO SOCIAL PELOS TELEFONES: 3378- 2594 ou 3378-2698

Guia de endereços e telefones úteis

- ❖ **Hospital DIA – CEDIP** – Av. Cel. Antonino, S/N(ao lado da unidade de saúde Nova Bahia) – Fone: 33314-8292 ou 3314- 8290;
- ❖ **Esterina Corsini – Hospital – DIA** - Hospital Universitário – Fone: 3345-3135;
- ❖ **Hospital Regional** - AV. Marechal Deodoro S/N – Bairro Aero Rancho - Fone: 3378- 2594 ou 3378 2698 falar no Serviço Social
- ❖ **Conselho Tutelar Sul** – Fone: 3314-6367 e 3314- 6370
- ❖ **Conselho Tutelar Norte** - Fones: 3314-6366 e 3314-6371;
- ❖ **Conselho Tutelar Centro** – Fone: 3314-4337 e 3313- 5027
- ❖ **SOS criança** Fone: 3381-6000;
- ❖ **Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente – D E.P.C.A**
Rua Arlindo de Andrade Nº 145 – Bairro Amambaí - Fone: 3385-3456;
- ❖ **Delegacia Especializada de Atendimento á Mulher** - Rua Sete de Setembro, 2421 – Chácara Cachoeira - Fone: 3384-2946;
- ❖ **Caps – Pós Trauma** – Centro de Atenção Psicossocial Pós - Trauma
Unidade de Saúde Especializada no Atendimento Psiquiátrico e Psicossocial à pessoas vítimas de Violência. - Fones: 3314-9963 - 3314-7021 - Rua: Marechal Hermes N. 854 – Bairro- Vila Almeida - antigo Posto de Saúde Vila Almeida);
- ❖ **Centro de Atendimento á Mulher – CEAM** – Rua General Nepomuceno Costa, 593, Vila Alba, Fone: 3361-7519 e 0800671236;
- ❖ **Caps. Infantil** – Atendimento Psiquiátrico e Psicossocial para crianças e Adolescentes - Rua José Santiago Nº. 121, Bairro Santa Dorotéia (Próximo à Av. Zahran e ao supermercado Comper) Fones: 3314-3875 e 3314-3952.

- ❖ **Caps AD** – (Atendimento Psiquiátrico e Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas) Rua Teotônio Rosa Pires Nº. 19 B. São Bento (próximo ao Hemosul) -Fones: 3314-3756 e 3314-3280 – Rua .
- ❖ **Secretaria Municipal de Saúde Pública – Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção à Saúde:** 3314-3057 – Rua Bahia Nº. 280 - Vigilância Epidemiológica, Bloco H, Jardim dos Estados
- ❖ **Secretaria Municipal de Assistência Social,** Rua: Orfeu Baís, N. 88, Bairro Amanbaí, Deptº. de Proteção Social Especial -Fone: Fones: 3314-4494 e 3314-4492
- ❖ **Disque 100 – Disque Direitos Humanos:** Denúncias de maus tratos contra crianças e adolescentes, Idosos, pessoa com deficiência (Serviço Nacional).
- ❖ **Centro de Testagem e Aconselhamento- CTA:** Rua Anhanduí, Nº. 299 - Vila Carvalho, 3314-3450 e 3314- 3455 (próximo ao Instituto Mirim- em frente ao Horto Florestal).
- ❖ **Hospital Universitário-Hospital Dia:** (Esterina Corsini: 3345- 3135);
- ❖ **Hospital Regional** – avaliação dos casos de suspeita de gravidez e interrupção da gestação por estupro (aborto legal) o encaminhamento deve ser feito para o ambulatório geral. Para informações ou agendamento contato pelos telefones pelo telefone: 3378- 2594 ou 3378- 2698 falar com o Serviço Social com Erly ou Andréia.
- ❖ **Diretoria de Vigilância em Saúde:** Unidade de respostas rápidas – URR – 3314- 3099 – plantões para orientações sobre o protocolo emergencial para os casos de violência sexual.

ANEXO 14

<http://www.compromissoeatitude.org.br/prefeito-alcides-bernal-assina-adesao-ao-programa-mulher-viver-sem-violencia-pref-de-campo-grande-09122013/>

acessado em 16/01/2014

Prefeito Alcides Bernal assina adesão ao programa “Mulher, Viver sem Violência” (Pref de Campo Grande – 09/12/2013)

Data: [09/12/2013 - 09:58 AM](#)

Reforçar a rede existente de serviços públicos do governo federal, estados, Distrito Federal, municípios, tribunais de justiça, ministérios e defensorias públicas por meio do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres é o foco do Programa “Mulher, Viver sem Violência”, lançado pelo governo Federal e o qual Campo Grande passa a integrar a partir de hoje (09.12). O prefeito da Capital, Alcides Bernal (PP) assinou hoje o termo de adesão ao programa. A solenidade contou com a presença da Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, Eleonora Menicucci. A iniciativa em Campo Grande será possível por meio de parceria do Governo do Estado de Mato Grosso do Sul e da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) da Presidência da República. Os municípios de Corumbá e Ponta Porã também assinaram o termo de adesão.

Além da assinatura, o evento serviu também para a entrega por parte do governo federal das duas unidades móveis de acolhimento para mulheres do campo e o lançamento oficial da construção de um espaço que abrigará diversos órgãos e serviços de atendimento à mulher, denominado de ‘Casa da Mulher Brasileira’. Serão investidos R\$ 4,5 milhões para a obra. A unidade, que será instalada em Campo Grande na Rua Teresina esquina com a Rua Brasília, no Jardim Imá, deverá ser inaugurada até o dia 15 de junho de 2014 e faz parte de um conjunto de 26 ‘casas’.

A prevenção é uma das prioridades do ‘Mulher, Viver sem Violência’, contando com cinco campanhas educativas de conscientização com aporte de R\$ 100 milhões. O montante do programa corresponde ao aumento de 20% em relação aos valores repassados pelo governo federal a estados e municípios, no período de 2003 a 2012, R\$ 219,8 milhões por meio de pacto federativo.

A Prefeitura de Campo Grande e o governo do Estado criaram uma Câmara Técnica que tem a finalidade de organizar as ações desenvolvidas dentro do programa e também coordenar as ações da Casa da Mulher Brasileira, que reunirá serviços das delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAM), juizados e varas, defensorias, promotorias, equipe psicossocial (psicólogas, assistentes sociais, sociólogas e educadoras).

O prefeito Alcides Bernal comemora a adesão ao programa e ressalta a importância da iniciativa a fim de contribuir significativamente para com a rede de enfrentamento à violência contra a mulher. “Desde que assumimos a administração da Capital conseguimos manter um diálogo permanente com todos os segmentos e principalmente as mulheres. Criar e promover políticas públicas voltadas para a mulher é nossa prioridade, tanto que criamos a Secretaria da Mulher, que em breve estará atuando de maneira ainda mais efetiva

do que já estamos fazendo desde janeiro. A Casa da Mulher sem dúvida irá contribuir para esse trabalho pois será um espaço de inserção integral da mulher vítima da violência. Será mais um apoio que ela receberá e onde será assistida integralmente, e de onde saíra com sua dignidade resgatada”, afirma o chefe do Executivo Municipal.

Mato Grosso do Sul é o 18º Estado brasileiro a aderir ao programa ‘Mulher, Viver sem Violência’, criado em agosto deste ano. Em nome da presidenta Dilma Rousseff, a ministra Eleonora Menicucci ressaltou que o programa é ousado mas que foi pensado de maneira a ser executado com excelência. “Este é sem dúvida um programa inédito no país, que ousa envolver desde a União, Estados, Municípios e os entes do Sistema Judiciário do país. Será por meio dessa gestão compartilhada o sucesso no atendimento. Como pesquisadora, professora e militante da causa em prol das mulheres eu sei dos tristes números de crimes onde a mulher é a vítima. Mas eu sei que atrás desses números têm mulheres, que tinha uma vida até serem vítimas de violência e perderem suas vidas. Sabemos da enorme responsabilidade em implementar mais ações, mas o mais importante é criar programas para tornar concretas essas articulações e transformar essa triste realidade”, disse a ministra, que fez questão de agradecer e nominar o prefeito Alcides Bernal, pela adesão ao programa. “Ao prefeito Alcides Bernal agradeço pela parceria de Campo Grande. Como a Capital do Estado sem dúvida o Município será o protagonista na execução desse programa”, afirmou.

Sobre o programa ‘Mulher, Viver sem Violência’

Serviços públicos de segurança, justiça, saúde, assistência social, acolhimento, abrigamento e orientação para trabalho, emprego e renda passarão a ser integrados por meio do programa ‘Mulher, Viver sem Violência’. Coordenada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), a iniciativa propõe estratégias para melhoria e rapidez no atendimento às vítimas da violência de gênero.

Em dois anos, serão investidos R\$ 265 milhões, sendo R\$ 137,8 milhões, em 2013, e R\$ 127,2 milhões, em 2014. O total será aplicado da seguinte forma: R\$ 115,7 milhões na construção dos prédios e nos custos de equipagem e manutenção, R\$ 25 milhões na ampliação da Central de Atendimento à Mulher- Ligue 180, R\$ 13,1 milhões na humanização da atenção da saúde pública, R\$ 6,9 milhões na humanização da perícia para aperfeiçoamento da coleta de provas de crimes sexuais e R\$ 4,3 milhões em serviços de fronteira.

Casa da Mulher Brasileira

Espaço que reunirá os seguintes serviços: delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAM), juizados e varas, defensorias, promotorias, equipe psicossocial (psicólogas, assistentes sociais, sociólogas e educadoras, para identificar perspectivas de vida da mulher e prestar acompanhamento permanente) e equipe para orientação ao emprego e renda. A estrutura física terá brinquedoteca e espaço de convivência para as mulheres.

O custo médio é de R\$ 4,3 milhões cada uma, incluindo construção financiada pelo governo federal, aquisição de equipamentos, mobiliário e transporte. A previsão é atender cerca de 200 pessoas/dia, 6.000 por mês e 72.000 ao ano.

Unidades móveis

As duas unidades móveis de atendimento, entregues nesta segunda-feira (09.12), percorrerão assentamentos, comunidades quilombolas e aldeias indígenas no intuito de levar o atendimento devido às mulheres que moram nesses locais. Constam entre as atividades a serem realizadas pela equipe dos ônibus, ações de prevenção, assistência, apuração, investigação e enquadramentos legais, tendo ainda função educativa, com a promoção de palestras e esclarecimentos sobre a Lei Maria da Penha e sua aplicação.

A solenidade de assinatura do termo de adesão ao programa ‘Mulher, Viver sem Violência’ contou com a presença da secretária de Políticas, Ações Sociais e Cidadania, Thais Helena Gomes; do presidente do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, Desembargador Joenildo de Sousa Chaves; do prefeito de Corumbá, Paulo Duarte (PT); do prefeito de Ponta Porã, Ludimar Novais (PPS); além da vice-governadora Simone Tebet e demais autoridades.

Fonte/Autor: Eliza Moreira DRT 106/MS

Acesse no site de origem: [Prefeito Alcides Bernal assina adesão ao programa “Mulher, Viver sem Violência” \(Pref de Campo Grande – 09/12/2013\)](#)

Relacionados:

- [Políticas públicas vão até o meio rural combater violência contra mulher \(Mídia MS – 09/12/2013\)](#)
- [MS adere a programa que melhora atendimento a mulher vítima de violência na cidade, área rural e fronteira \(Gov/MS – 09/12/2013\)](#)
- [Com adesão do Mato Grosso do Sul, ‘Mulher, Viver sem Violência’ alcança 2/3 do país \(SPM-PR – 03/12/2013\)](#)
- [Mato Grosso do Sul reforça serviços em fronteiras, capital e áreas rurais para enfrentar a violência contra as mulheres \(SPM-PR – 10/12/2013\)](#)
- [Defensoria Pública assina adesão ao Programa “Mulher: Viver sem Violência” \(DPMS – 10/12/2013\)](#)

ANEXO 15**Lei Nº 5245 DE 12/12/2013**

Publicado no DOM em 13 dez 2013

Dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência doméstica e sexual contra a mulher atendida nos serviços de saúde pública e privada do Município de Campo Grande.

Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu Alcides Jesus Peralta Bernal, Prefeito Municipal de Campo Grande, Capital do Estado de Mato Grosso do Sul sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o Procedimento de Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher atendida em estabelecimentos e serviços de saúde públicos e privados no Município de Campo Grande.

Parágrafo único. Entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, que:

I - tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II - tenha ocorrido fora do âmbito doméstico e seja perpetrada por qualquer pessoa, compreendendo, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual.

Art. 2º Constitui objeto de Notificação Compulsória todos os casos, suspeitos ou confirmados, de violência doméstica e/ou sexual contra a mulher atendida nos serviços de saúde pública e privada do Município de Campo Grande.

§ 1º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

§ 2º A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da

vítima ou do seu responsável.

§ 3º Deverá ser encaminhado, pelo órgão competente (pela Secretaria Municipal de Saúde), com periodicidade mensal/bimestral/trimestral, relatório detalhado das notificações compulsórias de violência contra a mulher registrados no município aos seguintes órgãos, entre outros:

I - Conselho Municipal dos Direitos da Mulher;

II - Procuradoria Especial da Mulher da Câmara Municipal de Campo Grande.

§ 4º Nos casos de violência contra mulheres menores de 18 anos, uma cópia da notificação, ou relatório que a substitua, deverá ser encaminhada ao Conselho Tutelar e demais autoridades competentes.

§ 5º Nos casos de violência contra mulheres com idade superior ou igual a 60 anos, uma cópia da notificação deverá ser encaminhada ao Conselho Municipal do Idoso e demais autoridades competentes.

Art. 3º A disponibilização de dados das notificações seguirá rigorosamente a confidencialidade das informações, visando garantir a segurança e a privacidade das mulheres e somente serão disponibilizados para:

I - a mulher que sofreu a violência, ou seu representante legal, devidamente identificado, mediante solicitação pessoal por escrito;

II - autoridades policiais e judiciárias, mediante solicitação oficial;

III - pesquisadores que pretendem realizar investigações cujo protocolo de Pesquisa esteja devidamente autorizado por um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante solicitação por escrito de acesso aos dados e um documento no qual conste que, sob nenhuma hipótese, serão divulgados dados que permitam a identificação da vítima.

Art. 4º A Ficha de Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher obedecerá ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde (Portaria 2.406/2004).

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta lei constitui infração de legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CAMPO GRANDE-MS, 12 DE DEZEMBRO DE 2013.

ALCIDES JESUS PERALTA BERNAL

Prefeito Municipal