

Mulher em situação de violência: limites da assistência

Women in situations of violence: limits of assistance

Ethel Bastos da Silva ¹
Stela Maris de Mello Padoin ¹
Lucila Amaral Carneiro Vianna ²

Abstract *This paper analyzes the limitations of the care of professionals of family health teams provided to women in situations of violence in the integrated care network in a city in the northwest region of Rio Grande do Sul state, Brazil. The data is part of a survey conducted with six teams participating in family health care in the course of eight meetings, in which the group identified the limits and potential of the practice. The causes of limits, solutions and improvement actions were discussed in a movement of reflection, action and learning. The empirical material was recorded, transcribed and subjected to Bardin's thematic content analysis. The results show the lack of coordination between the sectors of the network; lack of protocol, flow and organization of reference and counter-reference; inefficiency of police, judiciary and security sectors; and the lack of professionals to work on violence against women and in the perspective of the network as restrictive conditions for efficient practice. The need is highlighted for greater support of municipal managers to the professionals for networking and encouragement through the qualification and ongoing education courses that address issues such as gender equity, guarantee of rights and a care network.*

Key words *Violence against women, Health professional, Family health program, Social network*

Resumo *Este artigo analisa as limitações da prática assistencial de profissionais de equipes de saúde da família a mulheres em situação de violência na rede integrada de atenção em um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados fazem parte de uma pesquisa participante realizada com seis equipes de saúde da família durante oito encontros, nos quais o grupo identificou os limites e as potencialidades da prática. Discutiram-se as causas dos limites, soluções e ações de melhoria em um movimento de reflexão, ação e aprendizagem. O material empírico foi gravado, transcrito e submetido à análise de conteúdo temático de Bardin. Os resultados mostram ausência de articulação entre os setores da rede; falta de protocolo, fluxo e organização de referência e contrarreferência; ineficiência dos setores da polícia, justiça e de segurança; e o despreparo dos profissionais para trabalhar com a violência contra a mulher e na perspectiva de rede como condições restritivas para uma prática eficiente. Ressalta-se a necessidade de maior apoio dos gestores municipais aos profissionais para trabalhar em rede e incentivo à qualificação por meio de cursos e educação permanente, que abordem temas como equidade de gênero, garantia de direitos e rede de atenção.*

Palavras-chave *Violência contra a mulher, Profissional de saúde, Programa Saúde da Família, Rede social*

¹ Centro de Educação Superior Norte do Estado do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Santa Maria. Av. Independência 3751, Vista Alegre. 98300-000 Palmeira das Missões RS Brasil. ethelbastos@hotmail.com
² Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

Introdução

A violência contra a mulher tem sido tema de discussão devido à sua alta incidência. No mundo, 35% das mulheres sofrem violência física e ou sexual por parceiro íntimo ou não, e isso varia de acordo com as regiões, cultura, educação e existência de normas sociais mais ou menos tradicionais, em que a autoridade masculina se sobrepõe à feminina, o que a torna também reconhecida como violência de gênero. Esse agravo necessita de intervenções direcionadas à equidade de direitos e proteção e segurança. Dessa forma, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) são de que a oferta da assistência de saúde deve ocorrer em diversos locais/pontos, e os profissionais devem estar preparados para atender com respostas intersetoriais¹.

Estudos internacionais aconselham a adoção de modelos de atendimento integral e intersetorial, e sugerem que os gestores da Atenção Primária (AP) devem encontrar formas de integrar os serviços da polícia, segurança, jurídico e de assistência social, para que as mulheres em situação de violência possam se beneficiar desse tipo de abordagem^{2,3}.

No Brasil, os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência são o da polícia/delegacia e as unidades de pronto atendimento, quando a lesão causada requer tratamento, sendo o acesso à rede integrada quase sempre nessas duas instituições e a prática restrita ao domínio do crime e da medicalização^{4,5}. Essa proposta de oferta-demanda encontra-se determinada em termos de assistência e prática na polaridade oferta, assim como na polaridade demanda. Reduzir a violência a um crime ou a um transtorno mental invisibiliza outros aspectos do problema, como o social, o cultural e o político. Dessa forma, propor uma intervenção transversal significa criar um novo modelo de organização dos serviços, que insira a concepção de demanda por necessidades como base conceitual para a prática cujas repostas estejam atreladas à promoção da qualidade de vida e de acesso a direitos⁶.

O modelo de rede de atenção é o mais recomendado por diversos estudiosos da área da violência contra a mulher⁶⁻⁹. O acesso à rede pode acontecer em qualquer local e os casos devem transitar nos serviços que a compõem. A relação que se estabelece entre os serviços é de uma organização em nível horizontal, em que todos têm funções diferentes, essenciais e com o mesmo grau de importância⁷.

O pacto nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres recomenda as ações alicerçadas nos pressupostos de que a violência de gênero é transversal e as atuações intersetoriais e capilares. A intersetorialidade em seu caráter horizontal estrutura-se em parcerias entre os organismos setoriais e representantes de cada esfera de governo (ministérios, secretarias, coordenadorias), e no caráter vertical envolve vinculação entre políticas nacionais e locais nas áreas de saúde, justiça, educação, trabalho, segurança pública, entre outras. A capilaridade proporciona a execução da política no nível local. E, com esses pressupostos, o documento oficial firma um compromisso de que as ações sejam pautadas nesse modelo de atenção e levadas aos diversos estados e municípios do Brasil⁸.

Um dos serviços de saúde que compõe a rede na AP é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada porta de entrada para o atendimento na rede de atenção à saúde. Nessa lógica, as mulheres em situação de violência podem ser atendidas na ESF pelas equipes e encaminhadas para serviços especializados de saúde e de outros setores complementares, dada a complexidade e o caráter transversal do problema⁹.

A constituição da rede de atenção à mulher em situação de violência se constitui um desafio para os gestores e profissionais da saúde da AP, os quais reconhecem a magnitude do problema e a necessidade de trabalhar nessa perspectiva¹⁰. Nesse aspecto, salienta-se que a eficácia das ações depende de um trabalho intersetorial e de políticas públicas transparentes e fortes, além de um adequado preparo dos profissionais⁹.

Os estudos que analisam a oferta de serviços das redes de atenção apontam problemas como a ausência de articulação entre os serviços, de ações compartilhadas, comunicação e interação entre os profissionais^{5,6}. A oferta dos serviços da rede precisa ser mais bem divulgada, para que as mulheres possam buscar apoio⁵.

Conhecer os limites que os profissionais das equipes da ESF enfrentam, para trabalhar na perspectiva de rede de atenção no contexto do estudo, pode contribuir para a reflexão e construção de estratégias que melhorem a prática assistencial à mulher em situação de violência na unidade, e em conjunto com os demais setores complementares.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo analisar os limites da prática assistencial à mulher em situação de violência, de equipes de saúde da família na rede de atenção.

Método

Neste estudo optou-se pelo método da Pesquisa Participante (PP), que é um tipo de pesquisa social que se caracteriza pela participação da comunidade estudada na análise de sua própria condição de vida, com o objetivo de gerar mudanças que vão beneficiar a todos os envolvidos no processo. É considerada uma operação de pesquisa educacional orientada para a ação. A PP tem uma abordagem que integra o conhecimento do mundo acadêmico e prático entre intelectuais e trabalhadores e, como resultado, observam-se transformações as quais podem ter caráter reformista ou conservador¹¹.

A condução desta PP seguiu as quatro fases organizadas por Le Boterf¹². A primeira: montagem institucional e metodológica da pesquisa; a segunda: estudo preliminar e provisório da zona e da população em estudo; a terceira: análise crítica dos problemas considerados prioritários e que os pesquisadores desejam estudar; e a quarta: programação e execução de um plano de ação.

Os participantes foram os profissionais que atuavam nas Equipes de Saúde da Família, representantes das categorias de enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, dentista e auxiliar de saúde bucal, e os agentes comunitários de saúde. O critério de inclusão foi ser profissional das equipes da ESF e estar trabalhando no momento da pesquisa; e o de exclusão: estar afastado do trabalho.

Na primeira fase: Montagem Institucional e Metodológica realizaram-se três reuniões entre a pesquisadora, representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Estratégia de Saúde da Família e do Colegiado de Gestão, com o objetivo de discutir a proposta de pesquisa e planejar a produção dos dados. Definiram-se oito encontros para as atividades de pesquisa, local, data, horário e a organização do Seminário Introdutório, e um primeiro encontro com os participantes convidados. Essas reuniões ocorreram nos meses de março a agosto de 2012, período em que o projeto foi finalizado, submetido ao Comitê de Ética da UNIFESP e aprovado.

A segunda fase – Estudo preliminar e provisório da zona e da população em estudo teve início no mês de setembro de 2012, com o Seminário Introdutório em que estiveram presentes a equipe de pesquisa e participantes. Nesse momento o projeto foi apresentado formalmente aos convidados, e entregou-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para assinar. A seguir, recolhido o TCLE, foi entregue o

questionário com dados sociodemográficos dos participantes para preenchimento. Após ter reunido os questionários, a pesquisadora organizou os participantes em cinco subgrupos para, a partir das perguntas indutoras: “O que é violência para você?” e “Como é a prática assistencial à mulher em situação de violência em sua realidade?”, discutirem e elaborarem cartazes para apresentação das sínteses no grande grupo. Participaram 41 profissionais das EqSF.

A fase: Análise Crítica dos problemas considerados prioritários e que os pesquisadores desejam estudar constituiu-se de duas reuniões de trabalho realizadas uma no mês de setembro e a outra no mês de outubro. Na primeira reunião participaram 31 profissionais e o objetivo foi identificar as situações limitadoras e as possibilitadoras da prática assistencial à mulher em situação de violência. Na segunda reunião participaram 33 profissionais das EqSF, com a finalidade de aprofundar a discussão relacionada aos limites e potencialidades e apontar as causas, soluções e ações para aprimorar a prática assistencial. Nessas duas reuniões foi adotada a técnica de cartazes com apresentação da síntese da discussão no grande grupo.

A fase: A programação e execução de um plano de ação constituíram-se de duas reuniões, três oficinas pedagógicas e do Seminário final, realizados respectivamente nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012. Nas reuniões, ocorreram as discussões sobre os problemas (limitações da prática), causas, soluções e ações, para a definição do problema da prática e da organização do planejamento da ação pedagógica, com escolha dos temas, conteúdos, referenciais e metodologia das oficinas. Na terceira reunião estavam presentes 34 participantes, e a quarta reunião foi realizada entre a pesquisadora e um representante do grupo.

As oficinas ocorreram nos meses de novembro e dezembro, e os temas abordados foram: violência contra a mulher além da dimensão biológica, abordagem e acolhimento à mulher em situação de violência, e rede de atenção integrada à mulher em situação de violência, que contou com a participação de 34, 18 e 33 profissionais das EqSF. O Seminário Final teve como objetivo avaliar a aprendizagem/transição percebida pelos profissionais, possibilidades e dificuldades de continuidade das ações. Participaram 28 profissionais das EqSF.

A dinâmica das reuniões, oficinas e seminários foi orientada por diálogo e debate em pequenos grupos, para posterior apresentação oral e/

ou com cartazes no grande grupo. Utilizaram-se referenciais teóricos de artigos e de documentos oficiais das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, para a discussão de casos, dramatizações e apresentação de vídeos. O material empírico produzido foi gravado e transcrito para posterior submissão à análise de conteúdo temática pelo método de Bardin¹³.

Neste estudo, discutiu-se a categoria *Rede de Assistência Integrada*, da qual emergiram as seguintes subcategorias: *Rede de assistência desarticulada e a protocolar*, *Fragmentação dos serviços da rede* e *Ineficiência dos setores da polícia, justiça e de segurança*.

Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados com a letra P para “participante”, seguida do número de ordem da fala, representando a ideia do indivíduo, e RG para o relator do grupo, seguido da ordem do discurso, representando a ideia do grupo.

Resultados e discussão

Quanto à subcategoria *Rede de Assistência Desarticulada e a Protocolar*, os profissionais deste estudo relataram que no município os serviços que compunham a rede de atenção integrada às mulheres em situação de violência não trabalhavam com protocolos e fluxos. Eles estavam desarticulados entre si, o que é confirmando nas falas:

A falta de um protocolo, de um fluxograma e um protocolo local de atendimento [...] e encaminhamento de fluxo. P8

O que falta é isso, eles [outros setores] articularem com nós [ESF] [...] falta atendimento em rede. RG13

Quando é o caso de uma gestante, tu sabe o que vai fazer com a gestante, para onde ela vai tem uma informação com uma contrainformação [...], quando é uma violência a gente não sabe para onde mandar, não tem quem acolhe, não tem continuidade do atendimento, ela vai passar aqui, depois ela vai passar lá [...] ela vai para tal grupo para que não aconteça mais. RG5

Os profissionais de saúde da família deveriam trabalhar em equipe, com troca de informações entre eles, e entre eles e as mulheres que vivem em situação de violência, para melhor implementar projetos assistenciais pensados em conjunto e compartilhados em sua condução. As EqSF não conseguem atender a todos os tipos de demandas e, precisam buscar apoio em outros setores, os quais compõem a rede intersetorial. Nesse aspecto, o conhecimento dos serviços complemen-

tares disponíveis na comunidade, cidade e região, e da forma como trabalham, dá ao profissional uma visão do que está sendo disponibilizado em termos de suporte às mulheres em situação de violência por meio da implantação de políticas públicas, e o reconhecimento de que o problema é de caráter transversal e coletivo⁷.

Estudo feito na cidade de Porto Alegre/RS verificou que nos diversos serviços não havia protocolos de atendimento, registros dos casos acolhidos para notificação e avaliação das práticas assistenciais realizadas. As respostas dos profissionais dos setores divergem quanto à concepção que fundamenta a prática e, com frequência, as ações são orientadas por juízos de valor ou então por uma noção biológica¹⁴.

A ausência de uma rede articulada e de referência para casos de violência contra a mulher foi observada em estudo realizado com profissionais de uma unidade básica da cidade de São Paulo (SP) em que o encaminhamento das mulheres aos serviços ocorre por meio de iniciativas pessoais dos profissionais¹⁵.

Quando as práticas assistenciais são fundamentadas em atitudes pessoais, não há a construção de um vínculo interinstitucional e a constituição de um fluxo entre os serviços¹⁶. As formas de referência e contrarreferência devem ser estabelecidas em conjunto com os integrantes da rede, com maior aproximação entre os profissionais para a construção de fluxos⁷. No entanto, estudo feito em município da região metropolitana de São Paulo revela que são mínimos os espaços de troca entre os profissionais das instituições que compõem a rede, configurando uma prática desarticulada em que a discussão e o planejamento do atendimento a partir das condições concretas de cada mulher são inexistentes¹⁶.

As práticas e posturas dos profissionais dos diversos setores são distintas e desagregadas, e essa configuração fragmentada da rede pode fragilizar a mulher quanto à busca pelo apoio institucional¹⁶, fazendo com que ela enfrente a situação solitariamente¹⁷.

A incompletude dos serviços e o caráter individual das práticas que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência dificilmente tornarão os serviços eficientes¹⁶.

Embora se reconheça que cada mulher terá uma trajetória própria para sair da situação de violência, na perspectiva de um trabalho em rede, criar um protocolo e um fluxo definido fornece aos profissionais condições mais seguras para atuarem e determina a prática assistencial como interinstitucional¹⁶.

A necessidade de um protocolo na rede de serviços pode organizar as ações intersetoriais, mas é preciso ponderar o uso, tendo em vista que a complexidade do problema requer soluções plurais, e nem sempre projetos assistenciais técnicos baseados em protocolos fixos e únicos promoveria resultados eficientes. O contato permanente entre as instituições que compõem a rede de atenção por meio de fóruns e reuniões com discussão, para avaliar a forma de organização dos trabalhos, pode manter o apoio de que cada setor precisa para direcionar as práticas aos direitos das mulheres⁶.

Isso posto, salienta-se que o caráter maleável da rede implica na revisão permanente dos serviços, de seu funcionamento e do fluxograma estabelecido para atender as mulheres, tendo em vista as peculiaridades dos casos. Nesse sentido, reforça-se que não há uma ordem de entrada e encaminhamentos, nem uma gerência exclusiva, nem porta de entrada e fluxos imutáveis⁶.

Quanto à prática assistencial dos profissionais das equipes de saúde da família na rede de atenção, constata-se que os profissionais não estavam preparados para trabalhar a violência contra a mulher e na perspectiva de rede por falta de qualificação, situação esta observada nas falas:

A falta de qualificação da equipe para lidar com situações frente à violência [contra a mulher]. P12

O despreparo dos profissionais para trabalhar em rede. P9

A falta de qualificação dos profissionais das equipes de saúde para trabalhar na concepção de rede foi visualizada em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), e pode ser resolvida com a capacitação dos profissionais para acolher a mulher em situação de violência¹⁸. Situação semelhante foi identificada em estudo realizado na cidade de Porto Alegre (RS), em que os profissionais de saúde conheciam a política de enfrentamento à violência contra mulher, porém julgavam que os serviços não estavam operando de acordo com as recomendações, por sentirem-se despreparados para atender essas demandas¹⁷. Nessa linha, como tema para qualificar os profissionais de saúde na perspectiva de violência de gênero na identificação das necessidades das mulheres, é essencial para apoiá-los a superar as fragilidades da prática assistencial¹⁵.

Seguramente, para trabalhar em rede, os profissionais necessitam ser qualificados durante a sua formação específica e, posteriormente, participar de atualizações em formato de cursos, seminários, conferências, entre outros, e na própria

modalidade de educação permanente, com temas que subsidiem práticas de trabalhos em rede⁶.

Na subcategoria *Fragmentação dos serviços da rede*, os profissionais do estudo expressaram a ausência de sistema de referência e contrarreferência como fator limitador da prática, o que é confirmado nas falas:

É você encaminhar a pessoa para o serviço que ela deveria ser atendida e daí tu não tem o retorno, tu ficas esperando e tu não sabes, tu só vai ver quando a pessoa retornou de novo, apanhou de novo, e daí começa o atendimento novamente. P6

Se tu não ligares e fores atrás, eles também não nos contam, parece que o serviço de saúde compete com os serviços de assistência e bem-estar social. Acho que o problema é de gestão municipal, cada secretaria trabalha sozinha, cada uma atende seus pacientes, e a gente não se deu conta de que são os mesmos pacientes, quem eu atendo são os mesmos do CREAS, os mesmos do CRAS, são de Palmeira. Acho que isso atende nossos pacientes. Tendo isso em mente, que a gente tem que encaminhar para eles, e eles sabem que têm que acolher, e têm que nos referenciar de volta. P9

Um problema que não é só da violência. Quando se fala em referência e contrarreferência, é a questão do acompanhamento da paciente no tempo. Muitas vezes, você atende, encaminha e acha que resolveu o problema da paciente. Ela volta para a casa dela e nunca mais você fica sabendo. Ela volta numa situação de repetição ou a situação vai mudar muito pouco, porque ela vai continuar sofrendo violência, porque não mudou nada. RG2

Quando o serviço é realizado sem articulações e parcerias, a assistência se dá de maneira fragmentada e pelo viés individual de cada um. Estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, Brasil, evidenciou que o desconhecimento dos serviços da rede e de suas competências e ações geram uma assistência desarticulada sem fluxo e fragmentada, impedindo o acompanhamento da mulher em situação de violência¹⁸. Neste caso, a existência da rede não pode constituir-se por pontos de referência cujas práticas se restrinjam a locais de triagem ou encaminhamentos, sem o conhecimento sobre as possibilidades de atendimento dos outros setores, como horário, local e condições de acolhimento⁷.

A existência de um conjunto de serviços distintos que acolham a mulher em situação de violência, e com atuação de acordo com suas competências, sem o reconhecimento entre eles, não garante ações que reforcem a saída da mulher da situação de violência. É preciso instituir um diálogo entre as instituições que compõem a

rede com maior poder de comunicação entre os profissionais para construir projetos assistenciais compartilhados⁶.

Nessa linha, estudo realizado em três capitais brasileiras revela que há relações estabelecidas entre os setores da polícia e justiça e entre os setores da saúde e da assistencial social, mas entre os dois subgrupos não há ligação entre si e nem com os demais setores⁶. Há evidências de que os profissionais da AP de saúde sentem necessidade de melhorar a comunicação com a polícia, já que a mulher acessa esse serviço frequentemente, ambos compõem a rede, e é a partir deste último que o problema passa a ser visto na perspectiva da lei. Aprimorar a comunicação e a cooperação entre os diferentes serviços é a base para superar obstáculos que impedem a constituição de uma rede efetiva¹⁹.

A necessidade de melhorar o diálogo emerge justamente das ações dos serviços sobre a violência com metas de intervenções limitadas ao seu setor e, para superar esse obstáculo, recomendam-se ações que melhorem o vínculo, o conhecimento das metas dos serviços e as culturas institucionais⁶.

A ausência de organização da referência e contrarreferência na rede de serviços pode gerar encaminhamentos das mulheres a outros setores sem a preocupação do acompanhamento e da solução do problema⁷. Mas o sistema pode ser estruturado a partir da constituição de uma equipe qualificada, do conhecimento de um referencial de rede e da colaboração dos diversos setores e das estruturas sociais que acolhem a violência contra a mulher¹⁸.

Compor uma prática assistencial em rede é ainda um desafio na AP orientada pela ESF e, por isso, o impacto das ações intersetoriais é pouco observado. A política intersetorial é fundamental para enfrentar situações cujas causas são sociais e o setor saúde precisa somar-se a outros setores com especificidades para auxiliar na promoção da melhoria na qualidade de vida dos usuários. Portanto, necessita de maior incentivo por parte das políticas locais²⁰.

A subcategoria *Ineficiência dos Setores da Polícia, Justiça e de Segurança* é compreendida pelos profissionais como fator que obstaculiza a prática da denúncia da violência pelas mulheres, e a omissão, neste caso, se dá pela descrença no serviço judicial, o que é comprovado nas falas:

Nem sempre a denúncia resolve e, é por isso, que muitas vezes as pessoas se omitem na denúncia. Para que vai registrar se não vai dar em nada? Esse é um dos casos que prova que não adiantou

muita coisa. Ela teve que ir atrás desse pedido de guarda de proteção, para que conseguisse tirar ele de casa. Ela está esperando que venham tirar ele. Não é um procedimento rápido de se resolver, nesse meio tempo ele pode até matar ela. RG5

O sentimento de impunidade, de muitas vezes ela repetidamente denunciar esse parceiro e não ter uma resposta da justiça. RG3

A denúncia, quando feita na Delegacia das Mulheres, é encaminhada ao juiz, o qual defere medida de proteção à mulher em um prazo de 48 horas. O que nem sempre acontece. Os agressores não são incriminados e punidos, e a polícia, quando solicitada, não comparece com presteza para dar proteção e, quando o faz com agilidade, revela-se incapaz de proporcionar o auxílio necessário¹⁴.

A desvalorização da polícia no atendimento à mulher em situação de violência mostra o descaso nessa questão, o que leva as mulheres ao sentimento de descrença nesse setor. Elas procuram a polícia com o objetivo de punir o agressor e encontram ações que reforçam a ideia de que a violência é resultante de conflitos e o agressor é uma pessoa descontrolada, com poder social e físico, enquanto a agredida é um ser passivo com menor poder físico e social de negociação na relação conjugal, o que cria circunstâncias as quais deflagram atos violentos por parte do parceiro⁵.

O despreparo dos profissionais que trabalham nas delegacias, incluindo as delegacias de defesa das mulheres, no que tange ao acolhimento das demandas que vão além da queixa crime, dificulta o atendimento na orientação pelos direitos, considerando que, na maioria das vezes, esse local é a primeira alternativa que a mulher busca como apoio para enfrentar a situação⁶.

Quanto à emissão da medida protetiva pelo juiz, os operadores do direito dão suas sentenças baseadas nos artigos 25 e 26 da Lei Maria da Penha, e não se preocupam de que maneira será executada a solução do problema. Soma-se a isso a visão de que o processo criminal não é uma ferramenta para resolver um problema familiar. Essa concepção da prática é permeada pelo senso comum com recortes de gênero limitando ações promotoras da proteção à mulher e da punição e educação do agressor¹⁹.

Além dos limites das ações, constatam-se obstáculos institucionais tais como: impossibilidade de inspeção do cumprimento de medidas legais, ausência de recursos e equipamentos sociais, como casa abrigo com horário de funcionamento das 8 às 18:00, de segunda a sexta-feira, e um juizado específico para abordar a violência

contra a mulher. O excesso de processos criminais para o promotor encaminhar causa demora no cumprimento das medidas punitivas. Portanto, a Lei Maria da Penha proporcionou avanços nas ações para coibir a violência, mas necessita de maior apoio do próprio poder público para a instalação dos equipamentos que faltam para dar seguimento à construção da rede de apoio¹⁹.

No cenário do presente estudo, há uma Delegacia de Polícia com um Cartório de Atendimento à Mulher, que atende as mulheres em situação de violência e opera com uma funcionária escrivã que ouve a mulher e registra a ocorrência. E, assim como nos estudos mencionados, enfrenta falta de apoio por parte de outros setores, ou porque não conseguem se incluir na rede ou porque não existem.

A discriminação dos profissionais da delegacia de polícia é um aspecto apontado pelos profissionais como uma conduta que faz com que as mulheres não acreditem que esse serviço possa auxiliá-las, situação confirmada na fala:

Na verdade há uma discriminação dos trabalhadores da delegacia, eles discriminam, porque chegou uma mulher sangrando na delegacia, eles, sem saber, olharam com outros olhos para ela. E nós todas sabemos que chegam à delegacia as mulheres que são agredidas pelos seus companheiros, sofrem discriminação, inclusive pelos profissionais homens. RG2

Observam-se na rede de atenção diferentes formas de atuação, há práticas pautadas em acolhimento que consideram a intersubjetividade da mulher promovendo seu maior empoderamento, e outras formas mais objetivas, porém culpabilizadoras, em que a humilhação e outros tipos de violências sofridas pelas mulheres são aceitas e justificadas pelo comportamento inadequado da própria mulher e expressas por operadores da Delegacia da Mulher¹⁷.

Essa visão estereotipada de gênero dos profissionais homens da Delegacia de Polícia foi observada em estudo feito em região da cidade de São Paulo, em que eles reforçam com seus comportamentos a ideia de que a mulher é culpada pela condição em que vive, desvalorizando e desprezando o seu sofrimento. Nesse sentido, a criação das Delegacias de Mulheres é uma alternativa que tem a Lei Maria da Penha como base para as ações dos trabalhadores e o encaminhamento para outros serviços, mas a realidade que se apresenta é permeada por obstáculos como a falta de capacitação dos profissionais para atuar nos casos mais graves, fazendo encaminhamentos excessivos para casas abrigos e centros de re-

ferência, que acabam superlotados e sem vagas²¹.

Quanto à medida protetiva emitida, os profissionais relataram que os casais que residiam na área de atuação e viviam em situação de violência com medida protetiva, não respeitavam a decisão judicial. A mulher agredida, devido ao medo de ameaças do marido e à insegurança quanto à ação da polícia, deixa o companheiro ficar em casa. Já o parceiro íntimo não se afasta do domicílio por falta de fiscalização da polícia, da demora do julgamento e da inexistência de medidas mais severas. Ou, então, ocorre a dependência química e alcoólica não tratada, o que os torna incapazes de julgar seus atos, e, em caso de surto, deflagra o extremo da violência contra a mulher, o que é confirmado nas falas:

Temos um caso em nossa área: uma mulher tem medida protetiva, mas tem medo do marido, ela deixa ele ficar em casa, relata que tem medo que ele coloque fogo na casa quando as crianças estiverem dormindo. P15

Simplesmente [...] não tem uma continuação, não tem uma punição para eles, tem a Lei Maria da Penha, mas parece que não tem continuidade, só vai lá, dá a medida protetiva, e mesmo assim eles não respeitam. P6

Isso se agrava se o agressor é alcoólatra. Se ele é violento, a medida protetiva deixa ele sob pressão, agora, se ele estiver embriagado, ele não vai pensar na medida protetiva, talvez isso potencialize, deixe ele mais agressivo, muitas têm medo em função disso. P9

Estudo revela que as mulheres em situação de violência não acreditam na Lei Maria da Penha como um suporte efetivo, devido ao descumprimento da medida protetiva por parte dos agressores¹⁷, o que também foi percebido pelos profissionais do cenário investigado.

Constatam-se, por parte de alguns dos setores da sociedade, entre eles os operadores do direito, a recusa do uso da Lei Maria da Penha, e a justificativa se fundamenta na crítica relacionada à periculosidade da medida protetiva, como deflagradora de atitudes violentas por parte do agressor¹⁷, o que converge com os achados deste estudo.

A dependência química dos parceiros é destacada como fator que desencadeia a violência e a reincidência dela, condição de vulnerabilidade social que limita a ação da lei²² e, em muitos casos, o setor judiciário acaba encaminhando o agressor a serviços psicossociais ou de saúde para tratamento, sem garantir a proteção necessária à mulher, o que causa e reforça a descrença nesse serviço¹⁷.

Depois da instauração da Lei Maria da Penha, observou-se aumento crescente nas denúncias,

especialmente nas Delegacias das Mulheres^{17,22}. Além do aumento de denúncias, houve uma diminuição da gravidade da ocorrência¹⁴. Contudo, raros são os casos em que os agressores foram punidos com sentenças¹⁷.

De fato, a Lei Maria da Penha provocou mudanças positivas na vida das mulheres em situação de violência, oferecendo a oportunidade de relatarem a violência em um departamento próprio e dar início a um processo judicial com punição do agressor, atendendo a um direito de preservação da vida. Outro aspecto da lei é que mobiliza a reorganização dos serviços da saúde e da segurança, os quais passam a reconhecer a violência como problema que requer cuidados específicos e articulados²².

Evidenciam-se defensores da Lei Maria da Penha, o que não quer dizer que eles sejam executores na prática e que mantenham uma comunicação eficiente entre os setores que compõem a rede, para que possam interagir de forma interinstitucional com o objetivo de proteger a mulher. Esse é um desafio, pois existem locais e regiões que necessitam de Delegacias Especializadas para as Mulheres, profissionais em número suficiente e com qualificação, assim como Juizados de Violência Doméstica para atender o problema guiados pela lei, e que o descumprimento das medidas pelos agressores passe a ser informado aos juízes e estes tomem atitudes eficientes junto à segurança pública, para que a mulher se sinta segura quanto à medida protetiva¹⁴. Dentre os setores que menos se articulam com os demais serviços da rede está o jurídico, e isso contribui de forma significativa para impedir um trabalho em rede⁶.

Conclusão

Os serviços que compõem a rede de atenção às mulheres em situação de violência não trabalham com protocolos e fluxos, estão desarticulados entre si, fragmentados e sem referência e contrarreferência organizada.

A ineficiência dos setores da polícia, justiça e de segurança são compreendidas pelos profissionais como fatores que obstaculizam a prática da denúncia da violência pelas mulheres e a omissão ocorre pela descrença no serviço judicial.

A conduta de discriminação dos profissionais da delegacia de polícia é apontada como uma prática que não acolhe a mulher com uma escuta que inclua as subjetividades e as demandas que estão no campo social.

Os casais que residem na área de atuação e vivem em situação de violência com medida protetiva não respeitam a decisão judicial. A mulher agredida, devido ao medo de ameaças do marido e insegurança quanto à ação efetiva da polícia. Já, com o parceiro íntimo agressor, isso se dá também pela ausência da ação da polícia e demora do julgamento, e de medidas mais severas, ou, então, a dependência química e alcoólica não tratada, o que o torna incapaz de julgar seus atos, e em caso de surto deflagra o extremo da violência contra a mulher. Trabalhar com estas questões é um desafio para os profissionais, tendo em vista que muitos têm a concepção de que a mulher deve seguir a rota de saída da violência iniciando pela denúncia, pedido de medida protetiva, separação do agressor, punição do agressor e recomeço da vida, como se este fosse um roteiro a ser seguido por todas as mulheres. Não atingir essa meta por obstruções no caminho que dependem de outros setores os torna frustrados.

O despreparo para trabalhar com a violência contra a mulher e na perspectiva de rede, por falta de qualificação, e a extensão dessa inaptidão aos trabalhadores da delegacia de polícia, cujas práticas são focadas na queixa crime, em protocolos rígidos, e o que escapa da rotina é tratado com descaso, juízo de valor e com a aceção de que o problema é de natureza privada, contribuem fortemente para a manutenção da invisibilidade da violência.

Os limites da prática assistencial em rede estão presentes nesse contexto e são citados como situações que restringem a prática assistencial dos profissionais da ESF, os quais convivem com demandas que não conseguem atender e, por isso, mantêm a mulher em situação de revitimização. Problematizar esses limites permite mostrar a necessidade de melhoria do diálogo entre os setores e da construção de espaços de discussão com o objetivo de elaborar protocolos e fluxos que orientem uma prática assistencial coletiva que tenha a possibilidade, de fato, de proteger a vida e saúde das mulheres que vivem em situação de violência.

Com este estudo reitera-se a compreensão de que a rede intersetorial de serviços à mulher em situação de violência precisa ser construída e fortalecida, para que seja acessada em qualquer ponto e tenha um seguimento com a participação dos envolvidos na rede de forma articulada, dialogada e comprometida institucionalmente.

Para isso, o apoio e incentivo dos gestores dos setores locais e as políticas nacionais, estaduais e regionais que orientam e financiam políticas de

enfrentamento à violência contra a mulher, precisam estar disponíveis e ser acessados. A parceria das universidades e de órgãos governamentais e não governamentais em projetos que deem suporte à criação de práticas assistenciais em rede

pode reorganizar as práticas com base em um modelo coletivo, para consolidar serviços mais eficientes e, ao mesmo tempo, contribuir para formação e qualificação dos profissionais com referenciais de rede.

Colaboradores

EB Silva participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. SMM Padoin participou do delineamento, análise dos dados e revisão crítica do texto. LAC Vianna participou da análise crítica e redação final do texto.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Geneva: WHO; 2013.
2. Joner K, Mash B. A comprehensive model for intimate partner violence in primary care South Africa: action research. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:399.
3. Joner K, Mash B. The value of intervening for intimate partner violence in primary care African South: project evaluation. *BMJ Open* 2011; 1(2):e000254.
4. Silva RA, Araújo TVB, Valonguerio S, Ludermir AB. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 2012; 46(6):1014-1022.
5. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de Mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seus contexto social. *Rev Texto e Contexto de Enfem* 2010; 19(3):417-424.
6. Shraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços a rede intersectorial. *Rev Athenea Digital* 2012; 12(3):237-254.
7. D'Oliveira AFPL, Scharaiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero- uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1037-1050.
8. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2010.
9. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4):605-612.
10. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):351-358.
11. Haguette MTF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 13ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

12. Le Boterf G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: Brandão CR, organizador. *Repensando a Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense; 1985. p. 51-81.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Meneguel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):691-700.
15. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia de Saúde da Família paraviolência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2):304-311.
16. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1293-1304.
17. Meneguel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimento de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 23(4):743-752.
18. Santos MA, Vieira EM. Recursos Sociais para apoio as mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes chave. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(36):93-108.
19. Vieira EM, Ford NJ, De Ferranti FG, Almeida, AM, Daltoso, D, Santos MA. A resposta a violência de gênero entre os profissionais brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):681-690.
20. LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):221-232.
21. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que sofrem violência. *Rev. Saúde e Soc* 2011; 20(1):113-123.
22. Alves ES, Oliveira DLLC, Maffacioli R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento a violência doméstica em Porto Alegre. *Rev Gaúcha de Enferm* 2012; 33(3):141-147.

Artigo apresentado em 29/08/2013

Aprovado em 20/10/2013

Versão final apresentada em 29/10/2013