

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANGELINA LETTIERE

**A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a
perspectiva do pensamento complexo**

RIBEIRÃO PRETO

2014

ANGELINA LETTIERE

**A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a
perspectiva do pensamento complexo**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da
mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Ana Márcia Spanó
Nakano

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lettiere, Angelina

A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo. Ribeirão Preto, 2014.

133p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Ana Márcia Spanó Nakano

1. Violência contra a mulher. 2. Saúde da mulher.
3. Ação intersetorial. 4. Rede Social.

LETTIERE, Angelina

A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovado em//

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Às mulheres em situação de violência que buscam no seu cotidiano romper com as dinâmicas violentas, potencializar seus projetos de vida e concretizar sonhos de liberdade, justiça e esperança.

Aos profissionais, em especial àqueles que buscam, no seu cotidiano, acolher as necessidades destas mulheres, ultrapassando suas próprias fronteiras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter-me proporcionado a realização deste trabalho.

À minha família, principalmente, a meus pais, Luís Lettiere (*in memoriam*) e Maria Lúcia Santana Lettiere, pelo exemplo de determinação e coragem perante a vida e pelo incentivo nessa caminhada. Aos meus irmãos, sobrinhos e afilhados.

Ao meu noivo, Gustavo Salomão Viana, pela cumplicidade em todas as etapas da minha vida, e à sua família, pelo carinho.

À Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, minha orientadora, pela confiança, compreensão nos momentos adversos, profissionalismo, respeito e incentivo na minha formação como pesquisadora.

À professora Maria das Graças Bomfim Carvalho e ao professor Manoel Antônio dos Santos, que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho no exame de qualificação.

Aos profissionais que participaram dessa pesquisa, obrigada por dividirem comigo a luta cotidiana no enfrentamento da violência e tornarem esse trabalho possível.

Aos funcionários das instituições participantes, pela participação na pesquisa e pelo acolhimento.

À amiga Amanda Sarah Vanzela, pela ajuda na transcrição das entrevistas. Obrigada por dividir este trabalho tão árduo, mas fundamental para a construção deste trabalho.

À bibliotecária da Biblioteca Central da Universidade de São Paulo, pela colaboração nas correções das referências.

À Kelly Cristina Tannião, pela compreensão e contribuição nas correções do português.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, especialmente à Shirley Figueiredo.

À Nayara Gerardi Baraldi e à Daniela Taysa Rodrigues Pimentel, pela amizade e por compartilharem os sentimentos vivenciados com os desafios da articulação no acolhimento às mulheres em situação de violência.

A todos os meus amigos, cujos nomes prefiro não citar, para não cometer nenhuma injustiça.

À Profa. Dra. Lúcia Helena Vasques, diretora acadêmica da Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal, pela compreensão e flexibilidade nos horários de trabalho. À Profa. Dra. Janaína Fernanda Gonçalves Neto, amiga e colega de trabalho, pelo acolhimento na instituição e pelo compartilhamento de saberes na arte de coordenar um curso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

A condição humana deveria ser objeto
essencial de todo o conhecimento, de todo
ensino.

Edgar Morin

RESUMO

LETTIERE, A. **A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo**. 2014. 133f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Dada a complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres traz como proposição a necessária resposta global e sistêmica, que caracteriza o atendimento em rede. A produção científica dedicada à investigação das instituições de atendimento às mulheres em situação de violência, particularmente na análise da rede, ainda é relativamente escassa, em contraste com a ampliação dessa rede. Desta forma, o presente estudo buscou compreender, sob a ótica dos profissionais das áreas psicossocial, de segurança pública e da saúde, quais as relações intersetoriais estabelecidas entre as diferentes instituições que constituem a rede de atenção às mulheres em situação de violência em um município do interior do estado de São Paulo. Para a compreensão do fenômeno, aproximou-se do Paradigma da Complexidade, de Edgar Morin. Na pesquisa, utilizou-se a abordagem qualitativa e participaram do estudo sete profissionais, considerados como informantes-chave. Para a coleta dos dados, utilizaram-se a entrevista semiestruturada e os Mapas Mínimos da Rede Social Institucional, e os dados dessas entrevistas foram analisados por meio da modalidade da interpretação dos sentidos. No estudo, depreenderam-se duas categorias temáticas centrais: **o sistema autoeco-organizador das instituições** e **a dialógica das instituições que compõem a rede, atuando na/em rede na atenção à mulher em situação de violência**. Na primeira categoria, identificou-se o **eixo de atenção das instituições**, classificado em: assistência psicossocial, assistência à saúde e assistência policial. Na **funcionalidade da instituição no atendimento à mulher em situação de violência**, evidencia-se a vocação diferencial das três instituições, a partir da qual se estabelece o atendimento às mulheres em cada local e a captação das demandas. Na segunda categoria, identifica-se a **construção das relações entre as instituições na rede**, em que a fragilidade institucional mostra-se como limitante às respostas necessárias para superar os problemas das mulheres. Frente a esse cenário, as instituições buscam parcerias que tendem a se manter como de caráter pessoal. Sobre a **transversalidade do trabalho na rede** na atenção às mulheres em situação de violência, as instituições, por meio de parcerias, buscam a intersetorialidade, entretanto a transversalidade é uma realidade ainda distante de se concretizar devido às **fragilidades na rede**, caracterizadas pela falta de comunicação, de capacitação e pela banalização da violência pelos profissionais. Apesar dessas fragilidades, os profissionais reconhecem as **potencialidades em redes**, caracterizadas pelas ações de parcerias, comunicação entre algumas instituições e a não replicação do atendimento. Assim, os resultados desta pesquisa evidenciam que o trabalho na rede ainda não contempla o que se concebe por ações multidisciplinares e interdisciplinares com vista à atuação intersetorial para trabalhar pelo bem comum da mulher. Com esta pesquisa, portanto, pretendemos dar subsídios para ajudar a fortalecer a rede de atenção à mulher em situação de violência.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Saúde da mulher. Ação intersetorial. Rede social.

ABSTRACT

LETTIERE, A. **The network of care to women in situations of violence from the perspective of the complex thinking**. 2014. 133p. Thesis (Doctoral) -University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

Given the complexity of violence against women and the multidimensional nature of the issue, the Brazilian National Policy to Confront Violence against Women addresses the necessary global and systemic response that characterizes the care network. Scientific literature devoted to research institutions that provide care to women in situations of violence, particularly in network analysis, is still relatively scarce, in contrast to the expansion of this network. This study aimed to understand, from the perspective of professionals from the psychosocial, public safety and health areas, what are the intersectoral relationships established among the different institutions that constitute the care network for women in situations of violence in a city of the state of São Paulo, Brazil. To understand the phenomenon, Edgard Morin's Paradigm of Complexity was approached. Seven professionals, considered as key informants, participated in this qualitative study. For data collection, semi-structured interview and the Minimum Map of the Institutional Social Network were used. Data from the interviews were analyzed through interpretation of the meanings. Two central themes were identified in the study: **the self-organizing ecosystem of the institutions** and **the dialogic of the institutions that constitute the network, working at/as a network of care to women in situations of violence**. In the first category, **the axis of care of the institutions** was identified, classified as psychosocial care, health care and police assistance. In the **functionality of the institution in providing care to women in situations of violence**, the different vocation of the three institutions is highlighted, from which the assistance to women in each location and the reception of demands is defined. In the second category it was identified the **construction of the relationship among the institutions in the network**, in which institutional weakness is shown as a limiting factor to answers needed to overcome women's problems. Faced with this scenario, institutions search for partnerships that tend to be kept with a personal character. Regarding the **cross-sectional characteristic of the work on the network** in care to women in situations of violence, institutions seek an intersectoral action through partnerships, however, the cross-sectional component is yet a distant reality to be achieved because of the **weaknesses of the network**, characterized by the lack of communication, of training and by the normalization of violence by workers. Despite these weaknesses, the personnel recognize the **potential of networks**, characterized by the partnerships, communication among some institutions and by not replicating care. Thus, the results of this research show that the work on the network does not yet include what is conceived as multidisciplinary and interdisciplinary activities aiming at the intersectoral action to work for the benefit of women. This research, therefore, is intended to provide support to contribute to the strengthening of the network of care to women in situations of violence.

Key-words: Violence against women. Women's health. Intersectoral action. Social networking.

RESUMEN

LETTIERE, A. **La red de atención a las mujeres en situación de violencia desde la perspectiva del pensamiento complejo.** 2014. 133h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Dada la complejidad de la violencia contra las mujeres y la naturaleza multidimensional del problema, la Política Brasileña de Lucha frente a la Violencia contra la Mujer propone la necesaria respuesta global y sistémica, que caracteriza la atención en red. La literatura científica dedicada a la investigación de las instituciones de atención a las mujeres en situación de violencia, en particular en el análisis de la redes a un relativamente escasa, en contraste con la expansión de esta red. Así, este estudio buscó comprender, bajo la perspectiva de los profesionales de las áreas psicosocial, de seguridad pública y de la salud, cual es las relaciones intersectoriales establecidas entre las diferentes instituciones que conforman la red de atención a las mujeres en situación de violencia en una ciudad del estado de São Paulo, Brasil. Para entender el fenómeno, se utilizó el Paradigma de la Complejidad, de Edgard Morin. Siete profesionales, tenidos como informantes clave, participaron en esta investigación cualitativa. Para la recolecta de los datos se utilizó una entrevista semiestructurada y el Mapa Mínimo de la Red Social Institucional. Los datos de las entrevistas fueron analizados a través de la interpretación de los sentidos. En el estudio se identificaron dos temas centrales: **el sistema auto-eco-organizador de las instituciones y la dialógica de las instituciones que conforman la red, que trabajan en la red de atención a las mujeres en situación de violencia.** En la primera categoría, se identificó el **eje de atención de las instituciones**, clasificado como: la atención psicosocial, la atención a la salud y la asistencia de la policía. En la **funcionalidad de la institución en la atención a las mujeres en situación de violencia**, se pone de relieve la vocación diferencial de las tres instituciones, a partir de la cual establece la atención a las mujeres en cada local y la captación de las demandas. En la segunda categoría, se identificó la **construcción de las relaciones entre las instituciones en la red**, en quela debilidad institucional se presenta como una limitación a las respuestas necesarias para superar los problemas de las mujeres. Frente a este escenario, las instituciones buscan alianzas que tienden a mantenerse con un carácter personal. Acerca de la **transversalidad del trabajo en la red** en la atención a las mujeres en situación de violencia, las instituciones, a través de asociaciones, buscan la intersectorialidad, sin embargo, la transversalidad es una realidad a ún lejana a materializarse debido a las **debilidades en la red**, que se caracterizan por la falta de comunicación y por la normalización de la violencia por los profesionales. A pesar de estas debilidades, los profesionales reconocen las **potencialidades en las redes**, que se caracterizan por las acciones de alianzas, la comunicación entre algunas instituciones y la no-replicación de la atención. De esta forma, los resultados de esta investigación muestran que el trabajo en la red todavía no incluye lo que se concibió por actividades multidisciplinares e interdisciplinares con vistas a la acción intersectorial para trabajar por el bien común de la mujer. Esta investigación tiene, por lo tanto, la intención de proveer subvenciones para ayudar a fortalecerla red de atención a las mujeres en situación de violencia.

Palabras-clave: Violencia contra la mujer. Salud de la mujer. Acción intersectorial. Red social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do Mapa Mínimo da Rede Social Institucional	59
Figura 2 – Mapa da Rede Social Institucional Externa da Instituição 01.....	74
Figura 3 – Mapa da Rede Social Institucional Externa da Instituição 02.....	77
Figura 4 – Mapa da Rede Social Institucional Externa da Instituição 03.....	81
Figura 5 - Vínculo da Instituição 01 com a Área Jurídica.....	83
Figura 6 – Vínculo da Instituição 01 com a Educação e Cultura	84
Figura 7 – Vínculo da Instituição 01 com a Saúde.....	84
Figura 8 – Vínculo das Instituições 01 e 02 com as Instituições de Ensino Superior	85
Figura 9 – Vínculo da Instituição 01 com a Segurança Pública.....	86

LISTA DE SIGLAS

ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETREM	Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante, Itinerante e Morador de Rua
CM	Coordenadoria da Mulher
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CMM	Conselho Municipal da Mulher
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Equipes de Saúde da Família
HC	Hospital das Clínicas
IES	Instituições de Ensino Superior
IML	Instituto Médico Legal
ITU	Infecção do Trato Urinário
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PE	Pernambuco
PIB	Produto Interno Bruto

PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PM	Polícia Militar
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PRODESP	Processamento de Dados do Estado de São Paulo
RS	Rio Grande do Sul
SC	São Carlos
SEDIM	Secretaria de Estado de Direitos da Mulher
SME	Secretaria Municipal da Educação
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VPI	Violência pelo Parceiro Íntimo
ZMP	Zona da Mata de Pernambuco

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Interface entre a violência contra a mulher e a saúde.....	24
1.2 A rede de atenção à mulher em situação de violência.....	29
2 OBJETIVOS	39
2.1 Objetivo geral	39
2.2 Objetivos específicos.....	39
3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	41
3.1 O pensamento complexo e a atenção à violência contra a mulher	41
4 PRESSUPOSTOS	49
5 PERCURSO METODOLÓGICO	51
5.1 Caracterização do estudo	51
5.2 Campo e local da pesquisa.....	53
5.3 Participantes do estudo	55
5.4 Coleta e análise dos dados	55
5.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
6.1 Caracterização das participantes do estudo	64
6.2 Análise qualitativa	64
6.2.1 O sistema auto-eco-organizador	65
6.2.2 A dialógica das instituições que compõem a rede atuando na/em rede na atenção à mulher em situação de violência.	72
7 PENSAMENTO COMPLEXO: UM OLHAR EM BUSCA DA TRANSVERSALIDADE DA ATENÇÃO E DO TRABALHO EM REDE	100
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	129
ANEXOS	131

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória de pesquisa na temática da violência à mulher começou na graduação, quando me deparei, na prática assistencial, com mulheres em situação de violência. Nessa situação, percebi que há uma invisibilidade do fenômeno por parte dos profissionais de saúde.

Tal percepção fizeram com que eu me aproximasse do fenômeno da violência na saúde da mulher, na busca de melhor compreendê-lo. Nesse momento, iniciei meu vínculo com a Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, minha orientadora, e realizamos uma pesquisa de iniciação científica, desenvolvida com subsídios do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq) em 2006. O referido estudo foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2008 (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Nesse estudo, buscou-se compreender os significados atribuídos à violência e à mulher em situação de violência e identificar a atuação do profissional frente à saúde da mulher. O artigo constituiu-se em uma pesquisa de abordagem qualitativa, e o grupo de estudo foi composto por 12 profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, de uma maternidade de baixo risco no interior do estado de São Paulo. Esses profissionais de saúde caracterizavam a violência contra a mulher como um problema sério e importante na sociedade, tendo como causa a desigualdade de gênero. Na prática profissional, observa-se uma abordagem reducionista e biologicista, com a fragmentação da atenção à saúde da mulher, justificada pela falta de formação profissional, de suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Foi possível depreender também que a dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde, com relação à abordagem dos casos, refere-se, em uma primeira instância, à falta de conhecimento e à visão estereotipada da realidade de vida das mulheres em situação de violência. Portanto, observou-se que a violência se mantém na invisibilidade e que os serviços de saúde não estão preparados para atender a esta demanda em sua integralidade (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

A percepção da visão estereotipada, posteriormente, constituiu o tema do segundo projeto de iniciação científica, em 2007, também com a orientação da Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano e com subvenção do PIBIC/CNPq. Este estudo foi publicado na Revista Acta Paulista de Enfermagem em 2012 (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

O objetivo do estudo foi compreender como as mulheres percebiam o fenômeno da violência e qual a relação que estabeleciam entre a violência e seu estado de saúde, particularmente com o processo de gravidez, parto e puerpério e as condições de saúde do filho. Desenvolveu-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, cujo grupo de estudo foi composto por 43 puérperas de uma maternidade de baixo risco do interior do estado de São Paulo. Identificou-se que 13 puérperas relataram ter sofrido violência alguma vez na vida, sendo seis no período gestacional e sete em outra fase da vida, e todas tiveram como agressor o cônjuge. As mulheres caracterizaram a violência contra a mulher como um problema presente na sociedade e reconheceram a desigualdade de gênero como causa de tal fenômeno, referindo-se ainda ao uso de álcool e drogas como outros fatores desencadeantes da violência (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

As mulheres deste estudo consideraram a imagem da mulher em situação de violência vinculada ao estereótipo de submissa, e a do agressor como dotado de poder, sendo o espaço social de ocorrência o âmbito doméstico e perpetrado pelo companheiro. Frente à situação de violência, reconheceram seus efeitos sobre sua saúde quando apresentavam marcas no corpo, devido à violência física, e não reconheceram os efeitos da violência na saúde de seus filhos. Desta forma, os resultados apontaram para a invisibilidade desses eventos violentos e para a naturalização da violência vivenciada por estas mulheres (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

Em minha experiência profissional, atuando como enfermeira assistencial às gestantes, parturientes e puérperas, no período de 2007 a 2009, em uma maternidade de baixo risco, no município de Ribeirão Preto, deparei-me com frequentes os casos de violência à mulher. Em suas histórias de vida, marcadas pela violência, as mulheres percorrem caminhos em busca de ajuda, quase sempre aquém de suas expectativas e culminando na perpetuação do ciclo de violência.

Nesta direção, observei um novo desafio a ser compreendido, ou seja, entender como ocorre o enfrentamento deste problema pelas mulheres. O aprofundamento nesta questão constitui a minha dissertação de mestrado, defendida em 2011, com a orientação da Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano e com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Parte desta dissertação foi publicada na Revista Latino-Americana de Enfermagem em 2011 (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Esse estudo teve como objetivo compreender como as mulheres em situação de violência doméstica atendidas no Instituto Médico Legal (IML) do interior do estado de São Paulo convivem com essa adversidade e identificar as estratégias de proteção, considerando o apoio/suporte requerido e o obtido no meio relacional e institucional. Trata-se de estudo com

abordagem qualitativa, no qual foram entrevistadas dez mulheres, e os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Os resultados evidenciam que a busca por ajuda ocorre no próprio meio social, junto à família e amigos. Posteriormente, recorre-se aos serviços de saúde e judicial. Nessa busca, os vínculos estabelecidos podem se tornar um obstáculo ao enfrentamento e, portanto, vulneráveis à violência, ou podem proteger e fortalecer as mulheres no enfrentamento. Na percepção das mulheres, o reconhecimento de suas necessidades sociais e de saúde e os agravantes da violência são apenas tangenciados pelos profissionais na apreensão de suas necessidades (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Os resultados desta pesquisa suscitaram novos desafios a serem compreendidos, primeiro que a rede social configurada e utilizada pelas mulheres em situação de violência, apresenta-se com vínculos e relações muito frágeis; segundo, as dificuldades de integração entre todos os setores e instituições para formar efetivamente uma rede de atenção e proteção, apesar da evolução nesse campo, ainda se mostra distante da realidade das mulheres, participantes deste estudo (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Frente ao exposto, surgiram as seguintes inquietações, que motivaram o desenvolvimento do presente estudo: como os profissionais dos serviços que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência acolhem as demandas das mulheres? Como os profissionais se relacionam para atuar de forma intersetorial? Quais são os fluxos, as fragilidades e potencialidades da rede? Para responder tais indagações, é importante dar voz aos atores sociais que atuam na atenção a estas mulheres nas diferentes instituições que compõem a rede de serviços. Nesta direção, o cenário deste estudo foram as instituições que compõem a rede de atenção a mulheres em situação de violência de um município do interior de São Paulo. Esta rede de atenção inclui as seguintes áreas: assistência social, segurança pública e da saúde. Vale destacar que, neste estudo, não se pretendeu avaliar os serviços, mas analisar como os serviços se articulam no atendimento à violência contra a mulher.

Sobre o conhecimento elaborado que respondesse tais questões, identifiquei insuficiência de estudos, na literatura especializada, sobre a atuação da rede, o que justifica a presente pesquisa. Outro aspecto de relevância social é sua importante contribuição para a área da saúde e, em especial, para a enfermagem, pois a compreensão destas questões possibilita proporcionar cuidados mais efetivos às mulheres e construir uma atenção que inclua ações transdisciplinares e intersetoriais, a fim de prestar uma assistência integral e humanizada, além de promover ações para a prevenção e redução de ocorrência de episódios de agressão.

1 INTRODUÇÃO

¹ Esta tese foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

Antes de explorar mais profundamente a temática, faz-se necessário definir a palavra violência. O termo tem origem latina, *violentia*, e o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer “força” e se refere às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro (MINAYO, 2006).

Em relação ao conceito de violência, existe uma dificuldade para defini-lo, uma vez que é um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional, tanto de quem a comete quanto de quem a sofre ou a presencia (MINAYO, 2006). Portanto, a violência envolve as pessoas em um fenômeno biopsicossocial e dinâmico e, para entendê-la, é preciso aprofundar a reflexão sobre suas expressões e compreendê-la como um comportamento da vida em sociedade e como uma expressão humana e relacional (MINAYO; SOUZA, 2006).

Neste sentido, não há um único fator que explique por que as pessoas se comportam de forma violenta, pois esta ação é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender a maneira como esses vários determinantes estão vinculados à violência é um passo importante para atuação e prevenção (KRUG et al., 2002).

Por tratar-se de um assunto complexo, alguns conceitos importantes serão articulados na busca de seu entendimento e para a compreensão de suas distintas formas, particularmente considerando a violência contra a mulher.

Em relação a essa violência, a Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, aprovou a declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher. Essa declaração foi o primeiro documento internacional de direito humano que aborda exclusivamente a violência contra a mulher, definindo-a, no seu primeiro artigo, como:

[...] qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para as mulheres, incluindo a ameaça de praticar tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública ou privada (UNITED NATIONS, 1993, tradução nossa).

O conceito de violência contra a mulher é uma expressão cunhada pelo movimento social feminista e diz respeito, de modo geral, a sofrimentos e agressões que estão tradicional e profundamente arraigados na vida social, percebidos como situações normais quando dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres (D’OLIVEIRA, 2000).

Na definição acima, a violência baseada no gênero está relacionada às desigualdades nas relações entre homens e mulheres. Essas relações são explicadas a partir das condições históricas e sociais de construção relacional do feminino e masculino, o que gera atributos, posições e expectativas para cada um dos gêneros em relação à sexualidade, ao trabalho e à família. Desta forma, a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência no espaço privado ou doméstico (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

A este tipo de violência a literatura traz denominações como “violência familiar” e “violência doméstica”. Muitas vezes, essas denominações são compreendidas como sinônimos, correspondendo às agressões entre membros familiares, incluindo aquelas entre parceiros íntimos, de pais contra filhos, entre irmãos e de cuidadores contra idosos (GROVES et al., 2002). Em relação à violência intrafamiliar, o caderno de atenção básica nº 8 a define como:

[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra (BRASIL, 2002, p.15).

A violência doméstica distingue-se da familiar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivem no domicílio, incluindo empregados, agregados e outras pessoas que convivem esporadicamente (BRASIL, 2002) e por ocorrer, principalmente, no âmbito doméstico ou familiar (SCHRAIBER et al., 2003). Particularmente, a violência doméstica é um fenômeno trazido pelos movimentos sociais de mulheres e, muitas vezes, o termo foi utilizado para descrever situações de violência intrafamiliar, no espaço doméstico, por sua condição de gênero (BRASIL, 2002).

Desta forma, as mulheres estão em maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas do que com estranhos e, na maioria das vezes, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou parceiro (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005), sendo eles companheiros atuais ou anteriores; e a violência tem como causa e consequência a desigualdade de poder nas relações de gênero (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A definição de violência pelo parceiro íntimo (VPI) refere-se a comportamentos, dentro de uma relação íntima, que causam dano físico, sexual ou psicológico, incluindo agressões físicas, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Essa

definição inclui a violência pelos cônjuges e parceiros atuais ou passados (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Em relação aos fatores associados à violência por parceiro íntimo, estudos demonstram que as condições do companheiro tais como: baixa escolaridade; consumo de álcool, tabaco e drogas; ter vivenciado violência familiar; ter sido agredido fisicamente na infância; e desemprego estão associados à violência contra a mulher (MENEZES et al., 2003; D' OLIVEIRA et al., 2009; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Os termos utilizados para caracterizar as formas de violência contra a mulher, no Brasil, são: violência física, sexual, psicológica e negligência (MINAYO, 2006). Existem outras formas de violência menos comentadas na literatura, que são: violência patrimonial, caracterizada pela retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens e valores; e a violência moral, caracterizada pela conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Em relação à prevalência da violência contra a mulher, até 2003, não havia estudos de base populacional realizados no Brasil. Em 2004, um estudo com uma amostra representativa nacional de 2.502 mulheres acima de 15 anos apresentou a temática da violência contra a mulher como um item de investigação sobre as condições de vida das mulheres brasileiras. Nesta investigação, consta que pelo menos 6,8 milhões de mulheres brasileiras vivas foram agredidas ao menos uma vez na vida. Considera-se que uma mulher é agredida a cada quinze segundos e que uma em cada cinco mulheres declara ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem. Na pesquisa, 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida, sendo: um terço de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Os agressores da violência foram maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados (VENTURI; RECANÁN, 2004).

Apesar da alta prevalência, a violência de gênero está de tal forma arraigada nas relações pessoais que acaba sendo vista como parte da natureza humana. Neste sentido, há tendência de naturalizar a violência, sendo tratada, na maioria das vezes, como um problema exclusivamente de foro privado, gerando um comportamento de banalização da sociedade, sendo frequentemente irreconhecível e, por vezes, socialmente aceita como natural, ou seja, como uma situação esperada ou costumeira (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

As condições históricas e sociais marcadas pelas desigualdades de gênero se refletem nas taxas de violência contra a mulher, que se mostram variáveis em diferentes países e regiões, a depender das distintas culturas. As expressões culturais podem possibilitar sua revelação, visto que, em algumas culturas, a violência é aceita como forma de resolver

conflitos, especialmente domésticos, introjetando a fatalidade da violência das relações interpessoais na vida privada, ou até punindo com a morte a vítima da violência (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999).

Tal variação pode ser verificada através de um estudo comparativo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 15 regiões de 10 países (Brasil, Peru, Bangladesh, Japão, Tailândia, Samoa, Namíbia, Etiópia, Sérvia e Tanzânia). Foram analisados a prevalência e os fatores associados às diversas formas de violência contra mulheres de 15 a 49 anos, valendo-se de um mesmo questionário, com a padronização e treinamento das pesquisadoras e definição de amostras. No plano internacional, o estudo apresenta uma variação da prevalência da violência física e sexual entre 24% e 53% na maior parte das regiões, sendo que esta violência foi cometida pelo parceiro. A prevalência de violência física foi de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru) e a da violência sexual entre 6% (Japão e Sérvia/Montenegro) e 59% (Etiópia). No Brasil, o estudo foi feito em duas regiões: no município de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP). A prevalência de violência física e sexual variou de 37% na ZMP a 29% em SP. A prevalência de violência física foi de 34% (ZMP) a 27% (SP), e a da violência sexual entre 14% e 10% respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A superposição das violências física, sexual e psicológica é apontada em estudos, prevalecendo as formas combinadas de física com sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) e violência física com a psicológica (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Os homicídios decorrentes de conflitos de gênero têm sido denominados femicídios e correspondem a qualquer manifestação de relações desiguais de poder entre homens e mulheres que culmina com a morte de uma ou várias mulheres pela própria condição de ser mulher (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011). Nos Estados Unidos da América, em 2005, a violência por parceiro íntimo foi identificada como um fator contribuinte em 20% dos casos de homicídios com mulheres (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008).

Uma pesquisa realizada no Brasil com objetivo de analisar as mortes femininas por agressões observou que 20 mil mulheres morreram por agressão entre 2003 e 2007. O coeficiente de mortalidade médio padronizado foi de 4,1 óbitos/100.000, sendo que o Espírito Santo, Pernambuco, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rondônia, Alagoas, Mato Grosso do Sul, Roraima e Amapá apresentaram os maiores coeficientes no período. Apesar das limitações do estudo pelo delineamento e o uso de dados secundários, os autores acreditam que os

resultados sinalizaram associações significantes, principalmente entre a violência de gênero e o femicídio, mostrando a importância de enfrentar a violência contra a mulher com intervenções globais (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Nos Estados Unidos, os custos médicos isolados da violência interpessoal variam de 2,7 a 7 bilhões de dólares para os primeiros 12 meses após a ocorrência da violência, e os custos anuais para qualquer violência praticada pelo parceiro íntimo, em qualquer período de vida da mulher, variam de 25 a 59 bilhões (BROWN; FINKELSTEIN; MERCY, 2008). No Brasil, estima-se que 3.3% do Produto Interno Bruto (PIB) sejam gastos com a violência, valor três vezes maior do que o investimento em ciência e tecnologia. As implicações da violência que chegam ao sistema de saúde infligem elevados gastos com estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos estes muito mais custosos que a maioria dos procedimentos convencionais dos serviços de saúde (MINAYO, 2006).

1.1 Interface entre a violência contra a mulher e a saúde

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), frente à prevalência da violência no mundo, considera-se que esta adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública em muitos países, pelo número de vítimas e pela magnitude das sequelas orgânicas e emocionais que produz. Neste sentido, ocorre a interface entre a violência e a saúde, pois este setor constitui-se como um ponto de encruzilhada, afinal é o local para onde convergem todos os casos de violência e também pela requisição de cuidados nos serviços de urgência, serviços especializados, serviços de reabilitação física e psicológica e de assistência social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1994).

Em um relatório mundial sobre violência e saúde, editado por Krug et al. (2002, p.5), a violência foi conceituada pela Organização Mundial da Saúde como:

O uso intencional da força física ou 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.

Esta definição associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independente do resultado, e não considera os incidentes não intencionais, tais como: lesões de trânsito e queimaduras acidentais. Faz-se necessário destacar que este conceito reflete um

conhecimento acerca da necessidade de incluir a violência que não resulta em lesões ou mortes, mas que oprime as pessoas e os sistemas de assistência à saúde, como os problemas psicológicos e sociais, e não considerá-los limita a compreensão da totalidade do impacto da violência sobre as pessoas, as comunidades e a sociedade (KRUG et al., 2002).

A violência doméstica ou de gênero afeta a integridade biopsicossocial da mulher. São diversas as sintomatologias e transtornos que podem se manifestar, tais como: doenças no sistema digestivo e circulatório, dores e tensões musculares, desordens menstruais, depressão, ansiedade, suicídio, uso de entorpecentes e transtornos de estresse pós-traumático, além de lesões físicas, privações e assassinato da vítima (CARLSON et al., 2002; LOXTON et al., 2006). Os efeitos indiretos e de longo prazo são: dores crônicas, problemas gastrintestinais, fibromialgias, doenças sexualmente transmissíveis (DST), infecções do trato urinário (ITU) e disfunções sexuais (PLICHTA, 2004). Os efeitos da violência durante a gravidez são: aborto, maior probabilidade de trabalho de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, hemorragia, descolamento de placenta, infecções e lesões relacionadas ao trauma (CHAMBLISS, 2008; MORLAND et al., 2008)

Frente à magnitude dos efeitos da violência na saúde da mulher, essa passa a ser considerada como uma questão de direitos humanos e encarada, cada vez mais, como um importante problema de saúde pública (KRUG et al., 2002). Em relação aos direitos humanos no plano internacional e nacional, a violência como um acontecimento sociocultural é um ato que constitui uma violação dos direitos humanos, tanto da perspectiva legal quanto da perspectiva ética, e, apesar de ser a violação mais praticada, com expressões variadas e em diferentes cenários, é a menos reconhecida no mundo (SCHRAIBER et al., 2005).

Frente a essa invisibilidade, observam Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) que não se pode aceitar a violência como fato corriqueiro e, particularmente no campo da saúde, não se deve reduzir a atenção apenas às suas consequências à saúde. Portanto, a responsabilidade dos profissionais e cientistas desta área, em conjunção com outros setores da sociedade, é de que se preocupem com a prevenção e intervenham, posicionando-se no combate à violência.

Em relação à prevalência da violência pelo parceiro entre usuárias dos serviços de saúde, um estudo norte-americano realizado na atenção primária estimou a prevalência de 20% a 40% de violência física, ao menos uma vez na vida, e de 40% a 54% para mais de um tipo de violência. Para a violência ocorrida no último ano, o mesmo estudo aponta as prevalências de 7% a 9% entre suas usuárias para a violência física, e de 18% a 38% para qualquer tipo de violência (PLICHTA, 2004). Em recente relatório da Organização Mundial da Saúde (2013) sobre as estimativas globais e regionais de violência contra as mulheres

revela que uma em cada três mulheres em todo o mundo que sofreram violência física ou violência sexual, ou ambos, por um parceiro íntimo.

No Brasil, uma pesquisa com usuárias da atenção primária à saúde evidenciou elevadas prevalências de violência perpetrada pelo companheiro entre usuárias de uma unidade básica de saúde, com prevalências de 8% para violência sexual, 38% para violência física e 55% para a violência psicológica em alguma vez na vida (KRONBAUER; MENEGUEL, 2005). No interior do Estado de São Paulo, um estudo realizado com 265 mulheres de 18 a 49 anos que procuraram atendimento clínico ou ginecológico em uma unidade de saúde apontou a prevalência de 41,5% de violência psicológica, 26,4% de violência física e 9% de violência sexual ao menos uma vez na vida. A prevalência geral foi 45,3% de qualquer um dos tipos de violência, das quais 20,3% ocorreram no último ano (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006). Um estudo transversal realizado no mesmo município do estudo acima citado, com 504 mulheres de 15 a 49 anos, em cinco unidades básicas e distritais de saúde, estimou a prevalência de violência pelo parceiro de 34,5% em alguma vez na vida (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Os resultados destes estudos mostraram que a prevalência da violência entre as usuárias dos serviços de saúde são altas e compatíveis com os resultados encontrados em outras investigações.

Em relação à violência pelo parceiro íntimo na gestação, um estudo multicêntrico registrou uma ampla variação nas prevalências de violência física ou sexual, sendo a menor delas observada no Japão, com 8%, seguida por Sérvia/Montenegro, com 13%, e Tailândia, com 11%; e as maiores taxas foram registradas no Brasil, com 32% na ZMP, e na província do Peru, com 44% (GARCIA-MORENO et al., 2006). A prevalência de violência por parceiro íntimo durante a gravidez também foi objeto de estudo realizado em 19 países, com análise secundária dos dados das Pesquisas de Demografia e Saúde, entre 1998 e 2007, e sugere que a VPI durante a gravidez é uma experiência comum, sendo a prevalência de 2,0% na Austrália, Camboja, Dinamarca e Filipinas e 13,5% em Uganda. Os autores ainda apontam que a prevalência foi maior em países africanos e latino-americanos em relação aos países europeus e asiáticos pesquisados (DEVRIES et al., 2010).

No Brasil, as prevalências encontradas corroboram os estudos multicêntricos. Nesse sentido, um estudo realizado para estimar a prevalência da VPI na gestação realizado com 1.922 usuárias, entre 15 e 49 anos, oriundas de 14 serviços públicos de saúde da Grande São Paulo, verificou que 20% das usuárias que já engravidaram referem algum episódio de violência, sendo que a violência psicológica constitui a forma mais frequente, com 26,5%, seguida pela física, com 13,5% (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

No interior do Estado de São Paulo, um estudo desenvolvido com 547 mulheres que receberam assistência ao parto em uma maternidade que atende a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) estimou a prevalência de VPI na gestação em 18,1% de violência psicológica, 7,7% de violência física e 1,6% de violência sexual (RODRIGUES, 2007). Um estudo mais recente realizado no mesmo local do estudo acima com 233 gestantes estimou a prevalência de VPI na gestação de 15,4% de violência geral, sendo 14,5% violência psicológica, 5,1% violência física e 0,4% violência sexual (MEIRA, 2013). No ano de 2014, um estudo de Fonseca-Machado (2014) com 358 gestantes em seguimento pré-natal no mesmo serviço considerado nos estudos anteriores verificou prevalência de VPI na gestação de 17,6%, sendo que 31% destas sofreram mais de um tipo de violência.

Mulheres em situação de violência por parceiro íntimo buscam com maior frequência os serviços de saúde, e esse maior uso relaciona-se à gravidade da situação de violência, pela alta repetição dos episódios. Desta forma, as mulheres que convivem com violência repetitiva apresentam maior frequência de uso de serviços de saúde e de agravos à sua saúde, em especial problemas de saúde mental (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Nos serviços de saúde, na atenção às mulheres em situação de violência, cruzam-se três aspectos, cujas intersecções potencializam os efeitos da violência e ampliam sua invisibilidade. O primeiro aspecto relaciona-se ao fato de a mulher não denunciar a agressão sofrida, seja ela física ou psicológica, apresentando apenas queixas vagas e recorrentes nos serviços de saúde. O segundo aspecto está associado ao fato de haver predominância de uma assistência à violência que resulte em lesões aparentes ou com risco de morte, pautada por heranças de uma formação fragmentada e biologicista do profissional de saúde. O terceiro aspecto diz respeito às relações de gênero, ou como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos, que designam, para as mulheres, obediência e submissão. Esses três aspectos, relacionados, produzem a invisibilidade do impacto da violência na atenção à saúde da mulher. Assim, muitas vezes, mesmo quando a situação de violência é diagnosticada, ela não é devidamente valorizada, pois o saber instrumental que orienta as práticas está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

A esse respeito, estudos têm evidenciado que a situação da violência não tem visibilidade para os profissionais de saúde, conforme aponta um estudo realizado no interior do Estado de São Paulo com o objetivo de avaliar a frequência da violência doméstica contra a mulher, por meio da revisão de prontuários de mulheres atendidas em dois serviços de

atenção primária à saúde. Nesse estudo, a prevalência encontrada foi de 3,8% de registro de violência nos prontuários dos dois serviços investigados (SANTOS, L., 2003).

Nesta perspectiva, um estudo realizado com o objetivo de analisar as concepções das enfermeiras, nas unidades básicas de saúde, sobre a assistência aos usuários em situação de violência, em relação à violência contra a mulher, identificou que, para as enfermeiras sujeitos do estudo, a violência pode estar invisibilizada por meio de sucessivas queixas, que atribuem a outros agravos ou doenças. A identificação de sinais e sintomas que possam ser decorrentes dessas situações é percebida somente pelos profissionais que têm sensibilidade e experiência profissional. Também relataram a ausência de capacitações formais sobre o tema e frustração pessoal com a falta de resolutividade (RÜCKERT et al., 2008).

Na interface entre a violência contra a mulher e a enfermagem, considera-se que os enfermeiros são os primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde e geralmente mantêm um vínculo de longa duração com as usuárias, de maneira que a sua capacitação para manejar casos parece ser crucial no atendimento da violência (BARALDI et al., 2012). Além disso, a enfermagem, ao gerenciar o cuidado, consegue, de maneira geral, fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços, sendo, portanto, um profissional-chave no acolhimento e na assistência às usuárias em situação de violência (RÜCKERT et al., 2008).

Desta forma, dada a complexidade do impacto da violência sobre as pessoas, é necessária uma resposta global e sistêmica à violência e o oferecimento de apoio à construção de redes de serviços para seu enfrentamento. Nessa direção, diversos estudos e documentos nacionais e internacionais apontam para o fato de que a violência contra a mulher exige ações integradas para a sua prevenção e combate mais efetivos. Entre elas, a construção de redes de serviços públicos que articulem as atuações governamentais e não governamentais em áreas como: segurança pública, saúde, educação, assistência psicossocial, trabalho e habitação, entre outras (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003).

É neste sentido que os Grupos Feministas têm realizado reivindicações, cumprindo um papel fundamental de propiciar visibilidade ao problema da violência, até então considerado um assunto privado, a ser resolvido nesta mesma esfera. O movimento, no Brasil, elegeu duas estratégias: a ação direta e a reivindicação de políticas públicas, tendo como uma marca própria a sua articulação com a reivindicação dos direitos sociais e a luta pelo estado democrático, ou seja, a luta pelos direitos à saúde, à vida e ao enfrentamento da violência contra a mulher (DINIZ, 2006). Estas reivindicações contribuíram para a criação de serviços

de atenção à mulher, especialmente em situação de violência, serviços estes que compõem a rede de atenção.

1.2 A rede de atenção à mulher em situação de violência

Para compreensão da rede de atenção frente ao enfrentamento da violência contra a mulher, apresenta-se o processo histórico de construção da rede, em ordem cronológica, nas diferentes perspectivas: saúde, assistência social, segurança pública e jurídica, articulada ao contexto internacional e nacional das políticas públicas que as sustentam.

Em 1979, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Essa convenção ficou conhecida como a Lei Internacional dos Direitos da Mulher e visava à promoção dos direitos da mulher na busca da igualdade de gênero, bem como a repressão de qualquer discriminação (UNITED NATIONS, 1979). É neste cenário internacional que surgiram os primeiros movimentos feministas organizados e politicamente engajados em defesa dos direitos da mulher.

Tal movimento, também presente no Brasil, lutou por parcerias com o Estado para a implementação de políticas públicas, resultando na criação do Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e na ratificação, pelo Brasil, da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, em 1984, comprometendo-se, perante o sistema global, a coibir todas as formas de violência contra a mulher e a adotar políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência de gênero (SOUZA, 2009).

Na saúde, em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado pelo Ministério da Saúde (MS), propôs integrar os aspectos biomédicos, psicológicos e sociais como necessidades em saúde e incluiu a violência doméstica e sexual como parte dessas necessidades (BRASIL, 1984). Esse programa se propôs a olhar a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública.

No âmbito da segurança pública, a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (DDM) foi criada em 1985. Essa instituição se disseminou por todo o Brasil após a criação, pelo Ministério da Justiça, do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, em 1985 (FARAH, 2004).

A instituição de delegacias especiais para crimes contra a mulher permitiu a visibilidade do problema e contava com funcionárias exclusivamente mulheres e devidamente treinadas. O Brasil foi o primeiro país no mundo a propor este tipo de intervenção e um recurso no combate público à violência, especialmente à violência conjugal. Seu caráter é basicamente policial: detectar e apurar os delitos praticados, sendo que alguns crimes demandam a prática do exame de delito para identificar as marcas de violência deixadas nos corpos das mulheres (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). A avaliação do Instituto Médico Legal procura enquadrar a lesão sofrida ao tipo de crime praticado, baseado no Código Penal Brasileiro (SANTI, 2007). No ano seguinte, em 1986, foi criada pela Secretaria de Segurança Pública a primeira Casa-Abrigo do país para mulheres em situação de risco de morte, no estado de São Paulo (SILVEIRA, 2006).

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira incorpora, no capítulo dos direitos e deveres individuais e coletivos, no artigo 5º, que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações perante a lei (BRASIL, 1988). Porém, isso era insuficiente para abarcar toda a problemática envolvida nessa questão. Apesar do avanço na inserção da questão da violência no escopo das políticas públicas representado neste período, esse avanço não se apresentou como resolutive do problema, nem representou um combate efetivo (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

A violência contra a mulher, no cenário internacional, foi reconhecida como uma questão de direitos humanos, em 1993, na Assembleia Geral das Nações Unidas. Nessa assembleia, foi aprovada a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, o primeiro documento internacional de direito humano focado exclusivamente na violência contra a mulher. Esse documento afirma que tal violência viola e degrada os direitos humanos em seus aspectos fundamentais de liberdade (UNITED NATIONS, 1993).

Assim, as bases de uma nova cultura no campo dos direitos, após a afirmação de que a violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos, foram promulgadas pela Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1994, na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Esta convenção também ficou conhecida como a "Convenção de Belém do Pará". Tal tratado define o que é violência contra a mulher, estabelece os direitos protegidos, enumera os deveres dos Estados e explicita os mecanismos de proteção (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994). Vale destacar que o Brasil também é signatário da Convenção de Belém do Pará.

Na IV Conferência Mundial de Beijing, em 1995, estabeleceram-se plataformas de ações em algumas áreas especiais que afetam as mulheres, incluindo todas as formas de

violência, preocupando-se com medidas de prevenção e apoio para as mulheres e de punição para o agressor. Essas ações incluíam a participação governamental e não governamental, bem como o setor público e o privado. Uma das medidas recomendadas é a revisão das legislações nacionais que possam ser discriminatórias ou impor obstáculos à cidadania das mulheres (UNITED NATIONS, 1996).

Frente a esse cenário de movimentos políticos e sociais no período de 1985 a 2002, a criação de Delegacias e de Casas-Abrigo foi o principal eixo da política de combate à violência contra as mulheres no Brasil. Assim, a ênfase na segurança pública e na assistência social constituiu também a base do Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, sob a gerência da Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), criada em 2002 e vinculada ao Ministério da Justiça (BRASIL, 2011).

Neste contexto, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíram ações isoladas e com duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atenção e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2011).

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, através da Medida Provisória nº 103, convertida na Lei nº 10.683. A Secretaria busca desenvolver ações conjuntas com todos os Ministérios e Secretarias Especiais, tendo como desafio a incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania e a criação de redes para o seu atendimento (BRASIL, 2003a).

A partir de 2003, as políticas públicas para o enfrentamento da violência são ampliadas e passam a incluir ações integradas, tais como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio aos projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011).

Em relação à saúde, a ação federal se refere à normatização feita pelo Ministério da Saúde, em 24 de novembro de 2003, que regulamentou a Lei nº 10.778/03, que estabelece a notificação compulsória, em todo território nacional, para os casos atendidos em serviços de saúde, público ou privado, de violência contra a mulher (BRASIL, 2003b).

Desde a Convenção de Belém do Pará, de 1994 até 2004, o governo brasileiro estabeleceu medidas para aumentar em 30% os serviços de saúde para atendimento das mulheres em situação de violência, contracepção de emergência, aborto previsto por lei e capacitação de profissionais para estes atendimentos. Assim, os serviços criados estavam

voltados para a atenção à violência sexual, focando a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e realização de aborto legal, quando fosse o caso (SCHRAIBER et al., 2002; MACHADO, 2002a).

O Ministério da Saúde, em 05 de novembro de 2004, tendo em vista o dispositivo da lei anteriormente citada, institui, por meio da Portaria nº 2.406, o serviço de notificação, o instrumento e o fluxo para a notificação. A notificação ao Sistema Único de Saúde permite dimensionar a magnitude do problema, traçar o perfil das mulheres e dos agressores, o que pode contribuir com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais (BRASIL, 2004a).

O atual Código Civil Brasileiro, que entrou em vigor em 2003, incorporou novos preceitos e expandiu os direitos das mulheres brasileiras (PIOVESAN, 2006). Em 2004, visando rever a legislação nacional sobre o assunto, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 45 da Constituição Federal. Essa emenda prevê que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados serão equivalentes às emendas constitucionais (BRASIL, 2004b).

Em 2005, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres lança o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). As ações do plano foram traçadas a partir de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2005a).

Nesta Secretaria, em 2005, foi criado o Ligue 180, serviço que auxilia e orienta as mulheres vítimas de violência sobre os serviços disponíveis no país e, principalmente, recebe denúncias e acolhe mulheres em situação de violência (BRASIL, 2005b). No mesmo ano, o Ministério da Saúde lança a norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, criando um protocolo de atendimento para as mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2005c).

No ano de 2006, foi publicada a Lei nº 11.340/2006, que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. A lei recebe o nome de Lei Maria da Penha e:

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 (Brasil, 2006, seção 1, p.1).

A Lei Maria da Penha prevê a criação dos Juizados, que poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde (BRASIL, 2006).

Em 2007, foi criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esse pacto está estruturado sob cinco eixos: Redução da Desigualdade; Juventude; Cidadania e Direitos Humanos; Saúde; e Cultura. Dessa forma, o Governo Federal vem estabelecendo políticas que visam ao desenvolvimento associado à redução das desigualdades sociais e à promoção da igualdade de gênero, raça e etnia (BRASIL, 2007a). A fim de envolver os homens na conscientização e combate à violência contra a mulher, foi criada a Lei nº 11.489, de 20 de julho de 2007, que institui o dia seis de dezembro como o Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2007b).

No intuito de atender o que prevê a Lei Maria da Penha sobre a criação de juizados, a Recomendação nº 9, de 08 de março de 2007, recomenda aos Tribunais de Justiça a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e a adoção de outras medidas, previstas na Lei nº 11.340, de 09.08.2006 (Lei Maria da Penha), tendentes à implementação das políticas públicas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares (BRASIL, 2007c).

A ação mais recente, em 2011, foi a criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esta política foi estruturada a partir do PNPM e elaborada com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres tem como objetivo geral enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno. Também tem como objetivos específicos: reduzir os índices de violência contra as mulheres; promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência, considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional; e proporcionar às mulheres um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento (BRASIL, 2011).

O conceito de rede de atenção à violência, definido pela Política Nacional de Enfrentamento, refere-se à atuação articulada entre as instituições governamentais, não governamentais e a comunidade. Esta atuação articulada visa à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, ao encaminhamento adequado e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2011).

Neste documento, a constituição da rede objetiva dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas, tais como: saúde, segurança pública, assistência social, jurídica, entre outros (BRASIL, 2011). Vale destacar que o trabalho em redes parte do princípio da incompletude institucional, do qual se compreende que nenhuma instituição consegue resolver todos os problemas (UDE, 2008).

Neste conceito de rede, sua construção leva em conta a rota crítica que a mulher em situação de violência percorre e que possui diversas portas-de-entrada (serviços de emergência na saúde, delegacias, serviços da assistência social), que devem trabalhar de forma articulada para prestar uma assistência qualificada à mulher (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, a atuação em rede ocorre a partir do fluxo de informações, objetos e pessoas que nela transitam, com atenção do tipo horizontal e sem porta de entrada definida (SCHRAIBER et al., 2012).

No âmbito desta política, a Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência é composta pelos seguintes serviços: Centros de Referência de Atendimento à Mulher; Núcleos de Atendimento à Mulher; Casas-Abrigo; Casas de Acolhimento Provisório; Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns; Polícia Civil e Militar; Instituto Médico Legal; Defensorias da Mulher; Juizados de Violência Doméstica e Familiar; Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180); Ouvidorias; Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres; Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica; Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos e Núcleo da Mulher da Casa do Migrante (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços nas políticas e na criação e ampliação das instituições que compõem a rede de atenção, um olhar crítico revela as dificuldades: limitação dos profissionais e a qualidade da assistência oferecida em cada serviço quanto à articulação dos serviços entre si, que se mostram pouco inter-relacionados (SILVEIRA, 2006; SCHRAIBER et al., 2012).

Nesse sentido, vários estudos evidenciam que as mulheres têm de cumprir um percurso bastante acidentado e crítico para romperem com a violência (MENEGHEL; VIAL, 2008; PRESSER; MENEGHEL; HENNINGTON, 2008; MENEGHEL, 2007; SAGOT, 2000). São caminhos tanto estimulados quanto dificultados pela qualidade das relações estabelecidas com as instituições; são trajetórias cumpridas ou interrompidas, de acordo com a qualidade do vínculo e das interações estabelecidas com as instituições e organizações visitadas (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Assim, conhecer os fatores que impulsionam as mulheres a buscarem ajuda, bem como conhecer suas dificuldades para levarem adiante tal decisão e suas percepções sobre as respostas institucionais é um dos objetivos da investigação da Rota Crítica (SAGOT, 2000).

Sobre tal aspecto, um dos primeiros estudos realizados identificou que, em relação à busca das mulheres por ajuda para enfrentar a situação de violência, as redes informais, como a família e os amigos, constituem, normalmente, os primeiros pontos de contato das mulheres, e, em segundo lugar, estão os serviços oficiais (ROSE; CAMPBELL; KUB, 2000).

Em um estudo realizado por Meneghel et al. (2003), observou-se que uma das estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas participantes do estudo, no seu cotidiano, foi o apoio do grupo familiar, geralmente constituído por outras mulheres, como mães, avós, tias ou vizinhas. Este resultado corrobora um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde, que verificou que muitas mulheres utilizam um interlocutor informal ao invés de buscar ajuda nos serviços especializados. No Brasil, o referido estudo mostrou que, tanto na zona rural quanto urbana, a busca por ajuda ocorreu em primeiro lugar na família, seguida por amigos e serviços especializados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em relação à busca por ajuda em instituições formais, um estudo realizado no interior do estado de São Paulo, com mulheres de uma comunidade urbana de baixa renda, identificou que o tipo de ajuda procurada pela mulher foi, mais frequentemente, a polícia (36,8%), seguido por curandeiros/benzedadeiras (21,1%) e uma pequena porcentagem (5,3%) recorreu aos serviços de saúde (BRUSCHI; PAULA; BORDIN, 2006).

Na área da saúde, um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, no Instituto Médico Legal, com mulheres que sofreram violência, identificou que a busca por serviços de saúde depende de como percebem a gravidade de seu estado de saúde, visto que estes serviços não resolvem seus problemas (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

Na busca por instituições formais, as mulheres vivenciam situações nas quais são novamente desqualificadas, reproduzindo as relações desiguais de gênero, por esta razão, a

rede de atendimento nem sempre tem a confiança das mulheres (DUTRA et al., 2013). Vale destacar que a falta de acesso aos serviços necessários e má qualidade ou inadequação do atendimento, bem como o abuso cometido em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais representam mais uma agressão a pessoas que buscam assistência por terem sofrido violência; esta última violência se configura como uma violência institucional (BRASIL, 2002).

Em relação à segurança pública, na perspectiva da rota crítica, o setor jurídico-policial é o local que tradicionalmente atrai um número significativo de mulheres agredidas, quando elas querem tomar medidas para deter a violência doméstica (SAGOT, 2000). No entanto, diferentemente do que poderiam esperar, ou seja, que a queixa policial fosse o marco de ruptura com sua condição de “vítima”, este ato as coloca frente a uma realidade de desamparo e descrença na justiça social (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). Outro aspecto a ser observado é a queixa das mulheres em relação à morosidade dos processos, o que as deixa inseguras diante da situação a que estão expostas (LETTIERE; NAKANO, 2011). A análise dos resultados destes estudos nos coloca frente a uma realidade de desarticulação e de inoperância das instituições sociais de suporte a mulheres em situação de violência.

Frente ao exposto, verifica-se que a produção científica dedicada à investigação das instituições de atendimento às mulheres em situação de violência, particularmente na análise da rede de serviços, ainda é relativamente escassa, em contraste com a ampliação da rede de atendimento (SANTOS; VIEIRA; 2011).

Os estudos sobre a rede ainda estão se consolidando, o que dificulta a compreensão dos recursos existentes, suas fortalezas e fragilidades. Neste sentido, há necessidade de investigações que focalizem aspectos específicos do problema, como a disponibilidade de equipamentos sociais de apoio e o conhecimento da organização e funcionamento das instituições e dos serviços disponíveis, o que pode favorecer a avaliação e monitoramento das políticas públicas e permitir seu aprimoramento (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Um estudo sobre a rede de atenção, realizado em um município paulista, teve como objetivo conhecer as organizações envolvidas no atendimento de mulheres em situação de violência, considerando a rede de agências e equipamentos sociais disponíveis, bem como compreender a inserção dos diferentes setores, excetuando-se o de saúde dessa rede de atendimento. A análise dos dados foi sistematizada em três categorias: missão da organização, limites da atuação e inserção no fluxo de atendimento. De maneira geral, os entrevistados mostram-se sensibilizados e informados sobre a missão da instituição e sobre a questão da violência contra a mulher. No entanto, nos serviços, não há conhecimento da amplitude da

rede de apoio e, por isso, os profissionais atuam de modo desarticulado. Em consequência, o fluxo de atendimento pode ficar fragmentado e não permitir acompanhamento em todos os níveis. Assim, os dados indicam necessidade de maior entrosamento e capacitação dos profissionais (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Portanto, fortalecer os vínculos das redes deve ser um objetivo para os programas e para as políticas que visam ao enfrentamento da problemática, como também para todos aqueles responsáveis por criar condições de proteção e desenvolvimento de qualquer população, comunidade ou grupo vulnerável, como as mulheres em situação de violência (CARREIRA; PANDJAJIAN, 2003). Nesta direção, torna-se fundamental reconhecer a macrodinâmica das redes para o entendimento de como as estruturas e os sistemas sociais evoluem e interagem para constituir campos sociais, e assim usar os modelos de rede como instrumentos de transformação da realidade (ALMEIDA FILHO, 2006).

Na amplitude dos aspectos apresentados, propõe-se, no presente estudo, compreender, sob a ótica dos profissionais que atuam nos serviços que compõem a rede, quais as relações intersetoriais estabelecidas entre as diferentes instituições que constituem a rede de atenção às mulheres em situação de violência. Para tanto, a opção teórica para a compreensão do fenômeno é o pensamento complexo, de Edgard Morin (2011a).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender, sob a ótica dos profissionais das áreas psicossocial, segurança pública e da saúde, quais as relações intersetoriais estabelecidas entre as diferentes instituições que constituem a rede de atenção às mulheres em situação de violência em um município do interior do estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as instituições que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência e os serviços oferecidos a esta população;
- Identificar como se configuram as relações intersetoriais das instituições pesquisadas, que fazem parte da rede de atenção à mulher em situação de violência;
- Identificar as potencialidades e fragilidades da rede de atenção à mulher em situação de violência.

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 O pensamento complexo e a atenção à violência contra a mulher

Neste capítulo, serão apresentados os pressupostos do Pensamento Complexo, de modo a articulá-los com o tema da presente pesquisa, o que se constitui um grande desafio, devido aos limites da formação profissional em saúde, marcada por concepções do pensamento moderno na construção do conhecimento, caracterizado pelo predomínio do modelo biomédico, especialista e fragmentado.

A ciência nos ensinou a separar e isolar os objetos de estudo. Assim, separam-se os objetos de seus contextos e as realidades em disciplinas compartimentadas. No entanto, a realidade é feita de interações, e o nosso conhecimento é incapaz de perceber a complexidade dessas interações, ou seja, o tecido que junta tudo. Portanto, o conhecimento torna-se cada vez mais pertinente quando é possível encaixá-lo em um contexto mais global (MORIN, 2006).

O pensamento moderno, constituído a partir da revolução científica do século XVII, promoveu uma ruptura com o saber aristotélico e medieval, estabelecendo, nos séculos seguintes, uma nova ordem científica hegemônica, cujos princípios são pautados na redução da complexidade e na quantificação (SANTOS, B., 2003).

Este pensamento moderno, cartesiano, positivista, é denominado, por Morin (2008), de pensamento simplificador. Este pensamento tem como princípios a universalidade, que elimina os contextos, as singularidades, existindo somente a ciência do geral. Além disso, há uma redução do conhecimento dos conjuntos dos sistemas ao conhecimento das unidades elementares que o constituem, e não se consideram as articulações e a noção do todo; a redução do conhecimento das organizações aos princípios de ordem inerentes a essas organizações; causalidades lineares; separação absoluta entre objeto e observador (objetividade/neutralidade); e a eliminação do ser e da existência, por meio da quantificação e formalização (MORIN, 2002).

Os pressupostos epistemológicos do pensamento simplificador ainda exercem influência em diversos campos de saberes, no entanto, tal paradigma demonstra sinais de insuficiência, no sentido de não conseguir responder as demandas que emergem das próprias descobertas científicas (MORIN 2008; ALMEIDA FILHO, 2005; SANTOS, B., 2003).

Nesta direção é que certos temas não possibilitam serem explicados ou compreendidos com base no paradigma tradicional. Tais temas, como os problemas científicos, aparentemente não se ajustam à regra básica da ciência clássica: para cada efeito, há uma causa clara, precisa e específica. Para esses problemas, principalmente os relacionados aos processos da natureza, da sociedade e da cultura, a ciência não consegue identificar determinantes, causas ou limites (ALMEIDA FILHO et al., 2004).

Ao contrário do pensamento fragmentado e reducionista, o pensamento complexo constitui outro modo de abordar a realidade. Assim, a complexidade é capaz de reunir e de contextualizar cada acontecimento, pois as coisas não acontecem separadamente. Conforme Morin (2011a, p.7), “o pensamento complexo também é animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor e o reconhecimento do inacabado e da incompletude de qualquer conhecimento”.

Desta forma, o propósito do pensamento complexo é sensibilizar para as carências do modelo fragmentado e compreender que um pensamento mutilador conduz necessariamente a ações mutilantes (MORIN, 2011a).

Para entender tal pensamento, é necessário desfazer duas ilusões: a primeira é acreditar que a complexidade conduz à eliminação da simplicidade, e a segunda é confundir complexidade com completude. Na primeira, a complexidade trata-se de exercer um pensamento que lida com o real e com ele dialoga e negocia. Na segunda, o pensamento aspira ao conhecimento multidimensional e ao reconhecimento de um princípio da incompletude e de incerteza (MORIN, 2011a). Portanto, o desafio da complexidade está exatamente na apreensão de diversos estados de existência, uma vez que operam em distintos níveis de realidade (ALMEIDA FILHO, 2006).

A palavra “complexo” vem do latim *complexus*, que quer dizer “aquilo que é tecido em conjunto” (MORIN, 2011a). Desta forma, tal pensamento possibilita uma abordagem que considera o que é “tecido junto”, ou seja, considerar as partes distintas, que se articulam na composição do todo, ou do fenômeno, inseridas em um contexto que comporta as contradições em uma perspectiva dialógica, possibilitando, assim, apreender os fenômenos complexos. Em um segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ou seja, ações, interações, retroações, determinações, acasos, o que constitui o mundo fenomênico (MORIN, 2011a).

Na apresentação do seu pensamento, Morin (2011a) aponta alguns princípios que foram analisados para a sua fundamentação, como: a teoria dos sistemas e a cibernética; a teoria da informação e a teoria da organização. Na primeira teoria, a sociedade pode ser

concebida como sistema, isto é, associação combinatória de elementos diferentes. Estes sistemas podem ser abertos, ou seja, necessitam do meio exterior, ou fechados, não necessitam do meio exterior. Na segunda teoria, a informação é um ponto de partida que apresenta lacunas e incertezas, que só nos revela um aspecto limitado e superficial de um fenômeno inseparável da organização. Na terceira teoria, a organização não é um conceito fechado, é a concretização de um sistema em desenvolvimento.

Desta forma, segundo Morin (2006), a sociologia define a sociedade como um sistema que é constituído de indivíduos e grupos sociais extremamente diferentes. No entanto, não se pode conhecer a sociedade a partir de indivíduos e de grupos tomados isoladamente, é preciso juntar as partes ao todo, e o todo às partes, visto que a sociedade é um conjunto de partes, que produz qualidades e propriedades, como a linguagem, a cultura, as regras e as leis, e ela mesma retroage sobre os indivíduos.

Para compreender o pensamento complexo, segundo Morin (2011a), é preciso saber, primeiro, que há um paradigma simplificador. Este paradigma coloca ordem no universo, expulsa a desordem e reduz a ordem a uma lei, a um princípio. Assim, a simplicidade vê o uno, ou o múltiplo, mas não consegue ver que o uno pode ser, ao mesmo tempo, múltiplo. Desta forma, o princípio da simplicidade, por sua vez, separa o que está ligado (disjunção), ou unifica o que é diverso (redução).

Em contrapartida, a complexidade considera a desordem, ou seja, há ordem e desordem, sendo inimigas uma da outra, cooperam de certa maneira para organizar o universo:

A complexidade da relação ordem/desordem/organização surge, pois, quando se constata empiricamente que fenômenos desordenados são necessários em certas condições, em certos casos, para a produção de fenômenos organizados, os quais contribuem para o crescimento da ordem (MORIN, 2011a, p.63).

Neste sentido, considera-se que é difícil conceber a complexidade do real, pois os indivíduos de uma mesma espécie são muito diferentes uns dos outros. No entanto, deve-se compreender que há alguma coisa além da singularidade, ou que a diferença entre um e outro indivíduo está no fato de que cada indivíduo é um sujeito. Assim, ser sujeito é colocar-se no centro do seu próprio mundo, é ocupar o lugar do “eu”, ou seja, a concepção de sujeito deve ser complexa. Assim, ser sujeito é ser autônomo, sendo, ao mesmo tempo, dependente, provisório, vacilante, incerto, é ser quase tudo para si e para o universo (MORIN, 2011a).

Esta concepção de sujeito remete à compreensão da condição humana, que ultrapassa o biologismo e o antropologismo, ou seja, esta visão separada mutila a visão de homem na sua

totalidade biopsicossociológica (MORIN, 1973). Desta forma, é importante entender a visão articuladora das distintas dimensões que conformam as unidades e a diversidade presentes na identidade humana (MORIN, 2003).

Para conhecer o universo complexo, Morin (2011a) descreve três ferramentas: razão, racionalidade e racionalização, explicitadas a seguir:

- A razão: corresponde a uma vontade de ter uma visão coerente dos fenômenos, das coisas e do universo, com um aspecto incontestavelmente lógico;
- A racionalidade: é o jogo, é o diálogo incessante da mente, que cria as estruturas lógicas, que as aplica ao mundo e que dialoga com o mundo real. No entanto, o universo é muito mais rico do que pode conceber o nosso cérebro;
- A racionalização: consiste em querer prender a realidade em um sistema coerente, e tudo o que, na realidade, contradiz este sistema coerente é afastado, esquecido, posto de lado, visto como uma ilusão ou aparência.

Desta forma, não há fronteiras entre a racionalidade e a racionalização, exerce-se uma atenção seletiva sobre o que desfavorece, o que contribui para a visão fragmentada (MORIN, 2011a). Concluindo estas ferramentas, Morin (2011a) afirma que há a necessidade de macroconceitos e que os conceitos nunca se definem por suas fronteiras, mas a partir de seu núcleo. Portanto, deve-se buscar definir o centro, e esta definição pede, em geral, macroconceitos.

Enfim, Morin (2011a), descreve três princípios que podem ajudar a pensar a complexidade, que são: dialógico, recursivo e hologramático. O primeiro deles é o princípio dialógico, que permite manter a dualidade no seio da unidade. Ele associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos; assim, ordem e desordem seguramente se opõem, mas também se ligam, sendo relativas e relacionadas, o que se constitui uma ligação de natureza dialógica, um dos princípios fundamentais do pensamento complexo, que mantém a dualidade na unidade. Pela dialógica, contextualiza-se o objeto, promovendo as articulações, sem eliminar as diferenças. O operador dialógico envolve o entrelaçar de coisas que aparentemente estão separadas (MORIN, 2001, 2002, 2003).

O segundo princípio diz respeito à recursão organizacional, entendida como um processo onde os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores do que os produz. Morin (2011a) usa o exemplo da sociedade, que é produzida pelas interações entre os indivíduos, mas a sociedade, uma vez produzida, retroage sobre os indivíduos e os produz.

Desta forma, se não houvesse a sociedade e sua cultura, não haveria uma linguagem, um saber adquirido, não seríamos seres humanos. A ideia recursiva é uma ruptura com o linear de causa/efeito, de produto/produtor, de estrutura/superestrutura, já que tudo o que é produzido volta-se sobre o que o produz, em um ciclo autoconstitutivo, auto-organizado e autoprodutor.

O terceiro princípio é o hologramático. Para o entendimento deste princípio, deve-se pensar no holograma físico, em que o menor ponto da imagem do holograma contém a quase totalidade da informação do objeto representado, ou seja, não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte. Então, pode-se enriquecer o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, um movimento produtor de conhecimento. Portanto, a organização, que se refere a um todo organizado, composto por partes distintas, mas interligadas, produz qualidades e propriedades não existentes, se forem consideradas as partes isoladamente. Nesse contexto, a realidade deve ser concebida e percebida de forma organizacional. A organização conecta, de forma inter-relacionada, os acontecimentos, os indivíduos ou os elementos diversos, que passam a compor uma unidade global, com qualidades que não existem nas partes separadas, ou seja, trata de situações em que não é possível separar a parte do todo: a parte está no todo, assim como o todo está na parte. A própria ideia hologramática está ligada à ideia recursiva, que está ligada, em parte, à ideia dialógica (MORIN, 2011a).

Estas ideias acerca da complexidade vêm sendo apreendidas por outros autores do campo das ciências humanas e das ciências da saúde (MENOSSI, 2009). Tal paradigma ajuda a superar a dúvida de a díade saúde-doença dever ou não se inscrever no registro de uma disjunção ou antagonismo. Neste sentido, contribui com duas importantes propostas: a noção de integralidade do conhecimento e o conceito de transdisciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 2006). Assim, o que se propõe na ciência nova é que o objeto não deve somente ser adequado à ciência; a ciência deve também ser adequada ao seu objeto (MORIN, 2011a). Nesta perspectiva, a ciência é vista como transdisciplinar.

A ciência transdisciplinar é a ciência que poderá desenvolver as comunicações, pois o antropossocial remete ao biológico, que remete ao físico, que remete ao antropossocial (MORIN, 2009). Segundo Morin (2010), interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade são termos difíceis de definir, porque são polissêmicos e imprecisos. A interdisciplinaridade pode significar diferentes disciplinas colocadas para o mesmo objeto, mas pode significar também a troca e a cooperação. A multidisciplinaridade constitui uma associação de disciplina para um objeto em comum, ou seja, as disciplinas são convocadas para resolver o problema, ou, ao contrário, interagem-se para conceber o objeto. A transdisciplinaridade supõe esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas.

Em relação a estas definições, a multidisciplinaridade se caracteriza por um conjunto de disciplinas que tratam de um dado problema sem que os profissionais estejam implicados e estabeleçam relações no campo técnico ou científico, ou seja, funciona através da justaposição de disciplinas. A interdisciplinaridade é a interação de diferentes disciplinas científicas, sob a dominação de uma delas. Finalmente, a transdisciplinaridade é a integração das disciplinas e sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder (ALMEIDA FILHO, 2005).

Em relação à transdisciplinaridade, Morin (2008) incita os cientistas a uma nova postura, a um novo paradigma, ou seja, promover a nova transdisciplinaridade, que terá que romper com os padrões atuais de causalidade linear à objetividade simples e permitir distinguir, separar, opor e, portanto, distinguir relativamente os domínios, mas que se possa fazê-los comunicarem sem operar a redução.

No campo da saúde, o modelo de ciência clássica, linear de causa-efeito, de objetividade, estruturado em torno da recuperação de doentes e de natureza técnica, resultou na redução de seus objetos ao biológico, redução que suas ciências operaram naturalizando o social (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Nesta direção, a violência contra mulher, para a saúde, é estabelecida como objeto primeiro nas ciências humanas e sociais e na filosofia. O fato de a violência ser objeto de intervenção primeiro nos setores da segurança pública e do sistema judiciário facultou aos profissionais da saúde o entendimento de que sua atuação poderia restringir-se, somente, às consequências físicas ou mentais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

No entanto, esse caráter tecnológico do campo não obriga à redução biomédica, a ignorar os conhecimentos da violência como fato humano sociocultural. Desta forma, passa a ser um desafio fazer esta compreensão da violência na ordem filosófica ou socioantropológica, em conjunção com as de ordem médica, evitando considerar o primeiro conjunto de conhecimento externo à explicação da saúde. A ruptura desta compreensão remeteria a uma abordagem só dos efeitos da violência no corpo dos indivíduos. Assim, as interações recíprocas entre o teórico, o empírico e o tecnológico são o grande embate dos objetos imediatamente socioculturais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

A violência contra as mulheres se configura como tema complexo e sensível tanto no campo de pesquisa como no campo da intervenção. Tal complexidade tem relação com as múltiplas dimensões envolvidas, o que caracteriza ser um objeto transdisciplinar. Desta forma, a violência contra mulher é compreendida como um fenômeno social complexo, multicausal e historicamente produzido, que afeta os indivíduos, famílias, comunidades e

sociedades. A atenção a esta problemática envolve diferentes segmentos sociais, exigindo vários olhares e diferentes modalidades de intervenções para abarcar a complexidade do fenômeno (SÃO PAULO, 2012a). Assim, a insuficiência de disciplinas isoladas para conhecer o fenômeno da violência caracteriza esse objeto, devido ao conjunto de questões que fazem da violência um agravo à saúde e ao desenvolvimento humano, portanto, um objeto complexo (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

A interface entre a teoria do pensamento complexo e a violência contra a mulher possibilita trabalhar tanto no campo de pesquisa como no da intervenção sob uma perspectiva integral, como um problema que demanda ações transdisciplinares e atuação intersetorial, visto que envolve saberes e práticas diversas, que afetam a subjetividade das mulheres e dos operadores que atuam no seu enfrentamento, o que não é uma tarefa fácil de concretizar e que se apresenta como um dos desafios para as instituições e para os profissionais (MENEGHEL; VIAL, 2008; HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

Desta forma, diante dessa nova perspectiva, os profissionais e pesquisadores precisam dar espaço para o estreitamento das relações, das trocas, de intercâmbios e de reciprocidade, o que exige uma participação competente, com uma ação em rede adequada à complexidade do atual ambiente socioeconômico-cultural. Portanto, na construção da organização dos atores sociais, as redes se definem à medida em que são realizadas as interações horizontais (MEIRELLES; ERDMANN, 2006). Neste sentido, a atuação intersetorial alia-se à concepção de rede, que dialoga com o pensamento complexo.

Para finalizar, a interface entre o pensamento complexo e a construção do conhecimento na enfermagem permite a compreensão do fenômeno do cuidado às mulheres em situação de violência de forma contextualizada, contribuindo para a construção de competências e habilidades da assistência de enfermagem, ultrapassando as causalidades lineares dos fenômenos biopsicossociais.

4 PRESSUPOSTOS

4 PRESSUPOSTOS

Parte-se da compreensão de que a violência contra a mulher se configura como um fenômeno complexo, sendo necessária uma atenção em rede. O pressuposto deste trabalho é de que a perspectiva adotada nos serviços que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência tem se direcionado ao ajustamento das intervenções à cultura e à vocação assistencial de cada instituição, sem uma atenção integral, ou seja, sem o trabalho em equipes, com ações transdisciplinares e intersetoriais. Neste sentido, não há uma integração intersetorial, ou seja, o trabalho não ocorre de modo interligado e contextualizado, o que pode contribuir para as fragilidades da rede e, portanto, não contemplar o real acolhimento das necessidades das mulheres.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização do estudo

O cuidado está associado ao processo de viver em relações complexas, ou seja, as relações entre os seres humanos e entre os ambientes organizacional, institucional e natural. Desta forma, as práticas de cuidado pressupõem constantes interações entre as organizações de saúde e o mundo que as rodeia e com o qual estão em constante interação. Portanto, a análise das múltiplas dimensões da saúde, expressas por meio das suas organizações, moldando sistemas de cuidado, é reveladora da extrema complexidade cuja compreensão requer os pressupostos do pensamento complexo de Edgar Morin (ERDMANN et al., 2004).

Neste sentido, considerando a complexidade que envolve os objetos de estudo da enfermagem, ou seja, o ser humano no processo saúde-doença, torna-se desejável escolher um caminho metodológico mais apropriado à sua apreensão, que permita uma maior possibilidade de retratar esta realidade (SANTOS, S., 2003).

A palavra “método”, na ciência clássica, não é mais do que uma receita de aplicações mecânicas que exclui todo o sujeito do seu exercício, e não significa metodologia. As metodologias são guias que programam as pesquisas, enquanto o método é uma ajuda estratégica. Na perspectiva complexa, o método precisa de estratégia, iniciativa, invenção e arte, e a teoria permite o conhecimento. Desta forma, o método é a práxis fenomenal (subjéctiva e concreta) gerada pela teoria que a regenera. A teoria não é nada sem o método e quase se confunde com ele, ou seja, teoria e método são dois componentes indispensáveis do pensamento complexo (MORIN, 2008).

Portanto, o método é a atividade pensante e consciente e torna-se central quando:

[...] há, necessária e ativamente, reconhecimento e presença de um sujeito procurante, conhecente, pensante; quando a experiência não é uma fonte clara, não equívoca do conhecimento; quando se sabe que o conhecimento não é acumulação dos dados ou informações, mas sua organização; quando a lógica perde seu valor perfeito e absoluto; quando a sociedade e a cultura permitem duvidar da ciência em vez de fundar o tabu da crença; quando se sabe que a teoria é sempre aberta e inacabada; quando se sabe que a teoria necessita da crítica da teoria e a teoria da crítica; quando há incerteza e tensão no conhecimento e quando o conhecimento revela e faz renascer ignorâncias e interrogações (MORIN, 2008, p. 338).

A finalidade do método, na complexidade, é ajudar o pesquisador a pensar para responder a complexidade dos problemas. Para construir as bases metodológicas favoráveis à pesquisa, em um conhecimento aberto e dinâmico dentro dos pressupostos da complexidade, deve-se adotar a ideia de que o pesquisador precisa desenvolver e construir os métodos e caminhos mais adequados às explicações dos fenômenos que ele busca revelar (SANTOS, S., 2003).

A enfermagem se dedica a aprimorar suas habilidades para o desenvolvimento de conhecimentos que contribuam para uma assistência integral e efetiva às mulheres. No entanto, a busca por essa integralidade perpassa a consciência de que a mulher é mais do que um corpo e de que é necessário considerar suas necessidades biológicas com as demandas sociais, emocionais e todas as dimensões que devem ser atendidas no cuidado à mulher (SILVA, 2013).

Portanto, é preciso encontrar um caminho de pensamento multidimensional que seja lógico e integre a formalização e a quantificação, mas que não se restrinja a isso, pois a realidade antropológica é multidimensional e contém, sempre, uma dimensão individual, uma dimensão social e uma dimensão biológica, que devem ser comunicantes entre diferentes faces de uma mesma realidade. Esse é o princípio para o pensamento multidimensional, ou seja, encontrar o caminho de um pensamento dialógico. O método da complexidade propõe pensar nos conceitos sem dá-los por concluídos, para estabelecer as articulações entre o que foi separado e compreender a multidimensionalidade na sua singularidade, localidade e temporalidade (MORIN, 2008).

Considerando a complexidade de qualquer realidade a ser estudada, observa-se que as técnicas de pesquisas muito rígidas que isolam o problema de seu contexto tendem a limitar a compreensão da realidade e das múltiplas dimensões que as constituem, podendo levar à simplificação de um problema que se quer investigar. Desta forma, a estratégia multidimensional pode ser mais aberta do que uma técnica rígida e comporta modificações, ao longo do percurso de investigação, que permitem um olhar ampliado sobre os diferentes contextos do problema investigado (PÁDUA, 2014).

Assim, em virtude da natureza do fenômeno investigado, no qual se pretende aprofundar o conhecimento, o presente estudo teve como delineamento a abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa está relacionada a questões particulares e “com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008, p. 21). Segundo Minayo (2008), a abordagem qualitativa:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças. Das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p. 57).

Neste sentido, essa abordagem é pertinente porque traduz as visões de mundo que os sujeitos sociais constroem e compreendem, sobre os aspectos da realidade experienciada e vivenciada.

5.2 Campo e local da pesquisa

O Campo de investigação foi um município do interior do Estado de São Paulo, localizado ao nordeste do estado, cuja população é de 604.608 mil habitantes (BRASIL, 2010a).

Neste estudo, buscou-se focalizar as instituições que compõem a rede institucionalizada de atenção à mulher em situação de violência. Para isso, no desenvolvimento deste estudo, incluíram-se três instituições da rede, nas seguintes áreas: saúde, assistência social e segurança pública.

Essa rede é composta, atualmente, por agrupamentos de instituições, serviços e entidades. Na saúde, a rede municipal é dividida em distritos de saúde e tem, em sua estrutura, cinco Unidades Distritais de Saúde (UBDS) e 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 14 Unidades de Saúde da Família (USF); e 29 Equipes de Saúde da Família (ESF). Ainda conta com uma Unidade de Pronto Atendimento, Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, Laboratório do Município (Patologia e Citologia), Ambulatório Regional de Especialidades, Centros de Referências em Moléstias Infectocontagiosas, Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente, Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Centro de Saúde do Trabalhador, Centros Distritais de Vigilância em Saúde, Divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos, Divisão de Controle de Zoonoses e Farmácias Populares. Em relação aos prestadores de serviços hospitalares, a rede é composta por quatorze hospitais, gerais e específicos, sendo que quatro instituições estão sob gestão Estadual e compõem a rede de assistência à saúde (SÃO PAULO, 2012b; SANTOS; VIEIRA, 2011).

Na área da saúde da mulher, a assistência está distribuída nos serviços de pré-natal, puerpério, menopausa, planejamento familiar e sexualidade. Em relação à assistência da

mulher nos casos de violência, principalmente sexual, ocorre o atendimento normatizado pelo Ministério da Saúde em um hospital credenciado, o Hospital das Clínicas (HC), pertencente à Universidade de São Paulo (USP), com profissionais treinados no protocolo de manejo de casos de violência sexual. O referido hospital também conta com o serviço de atendimento às pessoas em situação de violência doméstica e sexual, que busca integrar os níveis primários, secundários e terciários para o acompanhamento psicológico, social e jurídico das medidas de proteção e apoio social. O serviço também faz o acolhimento das mulheres que utilizam o serviço da Delegacia da Mulher (SÃO PAULO, 2008).

No Serviço Social, a rede é composta por atendimento de proteção social básica, realizado pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), e proteção especializada, realizada pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) da Secretaria Municipal de Assistência Social e centros comunitários. Nesta secretaria, encontra-se alocada a Coordenadoria da Mulher e a Casa Abrigo do município (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Na área Jurídica e Defesa de Direitos, as ações são constituídas por serviços públicos e privados, que prestam assessoria jurídica gratuita, como Assistência Jurídica Municipal, Procuradoria Geral do Estado, Vara da Infância e da Juventude, Promotoria da Criança e do Adolescente, Promotoria da Cidadania, além dos serviços universitários de assistência jurídica vinculada às instituições de Ensino Superior. As instituições de Segurança Pública são compostas por: delegacias policiais gerais e especializadas em homicídios e uma especializada no atendimento à mulher, como a Delegacia de Defesa da Mulher. No Núcleo de Perícias Médico-Legais, encontra-se o Instituto Médico Legal, que é responsável por perícias, principalmente nos casos de estupro e lesão corporal, para a realização do exame de corpo de delito (SANTOS; VIEIRA, 2011; SÃO PAULO, 2013).

Em relação às Instâncias Municipais de Controle Social e Defesa de Direitos, esta é composta pelo Conselho Tutelar (CT) e Conselhos Municipais de Direitos da Mulher (SANTOS; VIEIRA, 2011). O último agrupamento são as Organizações Não Governamentais (ONGs), compostas por organizações laicas e religiosas que prestam solidariedade e disponibilizam recursos para pessoas que se encontram em situação de violência (SANTOS; VIEIRA, 2011).

O campo de estudo do presente trabalho de pesquisa corresponde a três instituições pertencentes à rede acima citada, escolhida uma instituição em cada setor das seguintes áreas: saúde, assistência social e segurança pública. Na pesquisa, as instituições escolhidas foram denominadas de instituição 01, instituição 02 e instituição 03. A escolha do código de

identificação deve-se ao anonimato das instituições, pois, neste estudo, não se pretendeu avaliar os serviços, mas analisar como os profissionais desses serviços relacionam-se no atendimento à violência contra a mulher. A escolha destas instituições se justifica por ser um espaço em que ações de atenção às mulheres em situação de violência já se apresentam institucionalizadas, além de incluir programas estruturados que possibilitam ajudar as mulheres e também por aceitarem participar da pesquisa.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram sete profissionais que prestam assistência direta às mulheres nas instituições selecionadas. Os participantes do estudo foram considerados *informantes-chave*, por serem reconhecidos como profissionais que integram a rede de serviços e por serem referência no serviço nas questões que envolvem a violência contra a mulher. Estes profissionais são os responsáveis pelo acolhimento e orientação das mulheres em situação de violência, bem como realizam as articulações com os serviços da rede de atenção para os encaminhamentos necessários às suas demandas.

Os informantes-chave são indivíduos com envolvimento ativo na comunidade, ou pessoas que têm um conhecimento especial ou informação profunda e ampla sobre um sistema, serviço ou outro assunto de interesse específico do pesquisador. Os informantes-chave podem ser escolhidos ao longo de observações ou podem ser indicados por respondentes de entrevistas preliminares (SCHENSUL, 2004). Neste estudo, os informantes-chave foram indicados pelos coordenadores dos serviços.

5.4 Coleta e análise dos dados

Para alcançar os objetivos relacionados à contextualização das configurações das relações em rede de atenção à mulher em situação de violência e ao considerar a abordagem qualitativa e o pensamento complexo, adotaram-se os seguintes instrumentos para apreensão do contexto investigado: entrevista semiestruturada e o mapa da rede institucional.

A entrevista é um instrumento de conhecimento pessoal que facilita a apreensão de uma série de fenômenos, elementos de identificação e de construção da pessoa entrevistada (TURATO, 2003). Portanto, por meio da entrevista semiestruturada, o entrevistado tem a possibilidade de falar sobre o tema em questão sem ficar preso à indagação formulada (MINAYO, 2008). Desta forma, o relato possibilita o diálogo com a complexidade do real, e o discurso permite a expressão da multiplicidade do fenômeno percebido. Assim, por meio da linguagem, é possível traduzir as vivências do sujeito e fazer a reconstituição do concreto (MORIN, 2011b).

No sentido de atender aos interesses de produção do material empírico, construímos um roteiro de entrevista, com questões abertas (APÊNDICE A). O roteiro contempla informações básicas acerca da caracterização dos participantes, como: idade, escolaridade, ocupação, tempo de serviço e função ou cargo que exerce na instituição. As questões sobre a percepção do fenômeno contemplavam a vocação assistencial, o funcionamento do serviço, a intersetorialidade para os fluxos e demandas e as fragilidades e potencialidades para o funcionamento do serviço e da rede.

Para a operacionalização da coleta de dados, inicialmente, realizou-se um contato telefônico, em agosto de 2012, para identificar as pessoas responsáveis por cada serviço e marcou-se uma reunião para a apresentação da pesquisa. Estas reuniões aconteceram com os coordenadores de cada serviço, individualmente, e, na ocasião, foi apresentado o projeto de pesquisa e esclarecimentos sobre a coleta de dados. Mediante a aprovação do desenvolvimento do estudo nas instituições selecionadas, foi solicitada a autorização para o desenvolvimento da pesquisa, que foi então encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Entre o pedido e aprovação do CEP, algumas instituições possibilitaram a minha inserção, como observadora, na dinâmica de funcionamento do serviço, o que possibilitou a aproximação do pesquisador com a realidade pesquisada e a interação com os sujeitos da pesquisa. Esta observação também ajudou a identificar a necessidade de ajustes do instrumento de coleta de dados, bem como possibilitou a observação das condições do ambiente físico para realização da pesquisa, ou seja, se havia uma sala reservada e sem influências externas para a entrevista. Destaca-se a receptividade apresentada pelos funcionários dos serviços, oferecendo auxílio no que fosse possível e nos esclarecimentos quanto ao funcionamento do serviço.

Após a aprovação do projeto pelo CEP, em novembro de 2013, realizou-se o contato com os coordenadores e diretores para a entrega dos documentos da aprovação e a autorização

para o início da coleta de dados. Nesta reunião, os coordenadores indicaram os informantes-chave para as entrevistas e construção do Mapa. Desta forma, em dezembro de 2013, a pesquisa foi apresentada aos participantes e, frente ao aceite em participar do estudo, agendaram-se as datas para as entrevistas individuais e para a construção do Mapa. A coleta de dados se estendeu até o mês de março de 2014.

Participaram do estudo sete profissionais, e as entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes. Esta técnica de gravação permite o registro fidedigno, que é crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo em estudo (MINAYO, 2008). Para assegurar o sigilo das informações e o anonimato dos entrevistados, na apresentação dos resultados, os depoimentos foram codificados por letra (S), seguida por algarismos arábicos de um a sete, segundo a ordem de realização das entrevistas.

Após cada entrevista, os depoimentos foram transcritos, na íntegra, acompanhados de observações sobre os momentos marcantes das entrevistas. Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados através da modalidade da interpretação dos sentidos, proposta por Gomes (2008), que se trata de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa as palavras, as ações, o conjunto das inter-relações e das instituições.

Desta forma, a interpretação dos sentidos é uma tentativa de avançar na interpretação, caminhando além dos conteúdos do texto, na direção dos seus contextos, e revelando lógicas e as explicações mais abrangentes presentes em uma determinada cultura acerca de um determinado tema. Nesse método, é importante estabelecer confrontos entre: dimensão subjetiva e posicionamentos de grupos; texto e subtexto; texto e contexto; falas e ações mais amplas; cognição e sentimento, dentre outros aspectos (GOMES, 2008).

Operacionalmente, a interpretação dos sentidos percorreu os seguintes passos: leitura compreensiva, exploração do material e síntese interpretativa. Na leitura compreensiva do material selecionado, busca-se uma visão do conjunto e apreender as particularidades do material para montar uma estrutura que envolve sucessivas categorizações e distribuição das unidades que o compõem e que servem de base para a interpretação. A exploração do material é a capacidade de ir além das falas, e é caracterizada pela seguinte trajetória: identificação e problematização das ideias; busca dos sentidos mais amplos atribuídos às ideias; diálogo entre as ideias problematizadas com informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e do referencial teórico do estudo. Finalmente a elaboração da síntese interpretativa é a articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos (GOMES, 2008).

Finalmente, como complementação das entrevistas, adotou-se a construção do mapa da rede institucional. Utilizou-se o Mapa Mínimo da Rede Social Institucional (ANEXO A) para mapear os vínculos institucionais. Este Mapa foi elaborado por Walter Ude (2008), tendo como referência o Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social, criado por Sluzki (2006). Esse instrumento institucional pode avaliar tanto a rede interna da instituição, ou seja, as relações existentes nos setores da instituição, bem como a rede externa, ou seja, as relações estabelecidas entre a instituição avaliada e as que se situam em torno do território onde se atua (UDE, 2008). Portanto, a elaboração desse mapa permite a contextualização.

A contextualização tem por objetivo ampliar o olhar sobre o objeto de estudo, sendo este um dos aspectos mais significativos na perspectiva da complexidade. As estratégias de aproximação e compreensão da realidade possibilitam a percepção da rede de conhecimento que envolve objeto de pesquisa e a percepção e identificação de possíveis relações entre conhecimentos, tanto disciplinares quanto multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares, relações estas necessárias à compreensão do objeto de estudo (PÁDUA, 2014).

Desta forma, conforme o pensamento complexo, o conhecimento pertinente é aquele capaz de situar qualquer informação em seu contexto, e o conhecimento progride não tanto pela sofisticação, formalização e abstração, mas, principalmente, pela capacidade de contextualizar (MORIN, 2010). Portanto, este mapa contextualiza como estão construídas as relações entre as instituições participantes do estudo e as diversas instituições pertencentes à rede de atenção à mulher em situação de violência, com o objetivo de identificar os recursos construídos e as lacunas existentes na rede.

Para elaboração do mapa, foi solicitado aos sujeitos do estudo que auxiliassem a pesquisadora, representando, da forma mais ampla possível, as instituições próximas ou distantes do contexto do serviço, ou seja, a rede externa. Esse mapa é formado por um círculo dividido em quadrantes, que representam as instituições que compõem a rede (Figura 1).

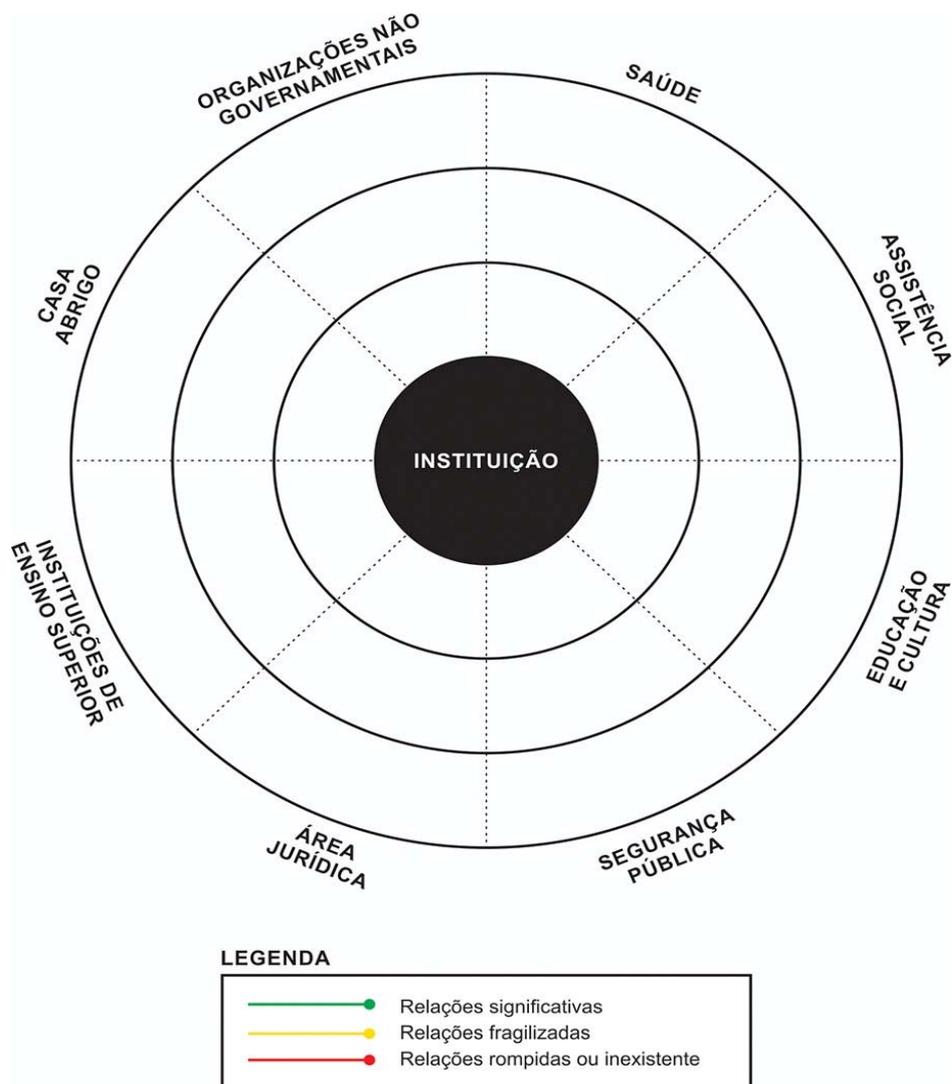


Figura 1 - Modelo do Mapa Mínimo da Rede Social Institucional

Nos quadrantes, traçam-se linhas que saem do centro do círculo em direção à sua extremidade para indicar a qualidade dos vínculos existentes entre cada serviço da rede. Neste sentido, coloca-se o nome da instituição participante no centro do mapa e verificam-se os vínculos institucionais pela representação gráfica da linha, que pode ser feita por três cores diferentes, de forma que cada cor indique um tipo de vínculo: significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes (UDE, 2008).

- Vínculos significativos: no caso das relações institucionais, tanto internas como externas, representam parcerias extremamente cooperativas. A representação gráfica será um traçado de linha verde.

- Vínculos fragilizados: são vínculos que se encontram tênues devido a diversos fatores. A representação gráfica será um traçado de linha amarela.
- Vínculos rompidos ou inexistentes: instituições que pertenciam ou pertencem à comunidade, mas cujos vínculos foram rompidos ou são inexistentes. A representação gráfica será um traçado de linha vermelha.

A representação gráfica do mapa, tanto no nível pessoal quanto no institucional, visa identificar a qualidade dos vínculos e sua distribuição entre os quadrantes. Nesse aspecto, tenta-se avaliar se a rede está reduzida, mediana ou ampliada (UDE, 2008).

Uma rede mediana e bem distribuída entre os quadrantes tende a gerar fatores de proteção. Uma rede muito ampliada pode dificultar a articulação de apoios mais consistentes no cotidiano da vida dos sujeitos e das instituições (SLUZKI, 2006). Por sua vez, uma rede que apresenta lacunas na sua constituição aponta aspectos preocupantes, que necessitam ser trabalhados. Todavia, uma rede jamais será completa, considerando a incompletude dos processos (MORIN, 2011b).

Ao terminar essa parte da construção dos vínculos, inicia-se a avaliação e interpretação do desenho por meio dos critérios mencionados a seguir (UDE, 2008):

- Tamanho: no caso do Mapa da Rede Pessoal Social, avalia-se o número de pessoas na rede. No que se refere à rede institucional, verifica-se a quantidade de vínculos institucionais e grupais estabelecidos. Sendo assim, a rede pode ser classificada como reduzida, mediana ou ampliada.
- Densidade: avalia a qualidade dos vínculos observados, tanto no nível pessoal quanto institucional, sendo classificados, no que tange às linhas do traçado, como: significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes. Caracteriza-se que uma rede com boa densidade apresenta mais vínculos significativos nos seus quadrantes.
- Distribuição/composição: refere-se ao número de pessoas ou instituições situadas em cada quadrante. Aqui, denotam-se lacunas e recursos existentes na rede.
- Homogênea ou heterogênea: avalia as características dos membros e das instituições, no intuito de verificar a diversidade e as semelhanças que compõem a rede. Uma rede homogênea torna-se fechada e frágil, por não permitir diálogos com as diferentes organizações e individualidades, que constituem a vida social em comunidade.

Os mapas foram elaborados pelos informantes-chave de cada instituição. No centro do mapa, colocamos os códigos das instituições denominadas: instituição 01, instituição 02 e instituição 03. Nas instituições 01, 02 e 03, participaram dois informantes-chave em cada mapa, e utilizaram-se as seguintes etapas de construção: apresentação do mapa e do objetivo da atividade de construção do mapa; explicação sobre o preenchimento e elaboração do mapa.

Para a elaboração do mapa, a pesquisadora, junto com os participantes, sentados em círculo, colocou, sobre a mesa de apoio, a cartolina com o desenho do mapa, previamente preparado, mas sem o preenchimento das instituições. No preenchimento do mapa, primeiramente, os participantes foram orientados a inserir as instituições, podendo acrescentar ou substituir as instituições no processo de preenchimento. Após isso, solicitou-se o preenchimento dos vínculos existentes com cada instituição, momento em que ocorreu, também, a discussão sobre a configuração de tais vínculos, o que possibilitou uma ampla contextualização da configuração do vínculo estabelecido entre as instituições participantes e as demais instituições que compõem a rede. As discussões relativas à construção do mapa foram gravadas, com a autorização dos participantes, para o registro fidedigno das falas.

O paradigma de redes sociais reconhece o inacabamento do conhecimento e, por isso, defende relações mais horizontais e cooperativas para tentar construir descrições, explicações e intervenções mais pertinentes à realidade com que se trabalha (UDE, 2008). Portanto, para a fundamentação da análise dos dados, tanto das entrevistas quanto do mapa, utilizaremos o pensamento complexo proposto por Edgar Morin (2011a).

5.5 Aspectos éticos da pesquisa

Esse estudo atendeu aos requisitos propostos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Dessa forma, inicialmente foi obtida a autorização das instituições investigadas e, posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e considerado aprovado em seis de novembro de 2013, sob o protocolo nº. 19870613.2.0000.5393 (ANEXO B).

A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética, e os participantes indicados pelos coordenadores dos serviços foram convidados a participar da pesquisa.

Conforme estabelece a resolução, foi realizada a leitura, pela pesquisadora, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, frente ao aceite, foi solicitada aos entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Foi garantida ao participante uma cópia deste Termo, devidamente assinado pela pesquisadora e pelo entrevistado.

As informações foram tratadas com absoluto sigilo, não sendo publicado nome ou qualquer dado que possa identificar os sujeitos da pesquisa. A participação dos sujeitos na pesquisa não acarretou nenhum risco, nem implicações no seu ambiente de trabalho, apenas um possível desconforto, pois foi necessário reorganizar o tempo de trabalho para a participação. Os benefícios na participação da pesquisa serão indiretos, ou seja, no aprimoramento da assistência às mulheres em situação de violência doméstica.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na apresentação dos resultados e discussão, optou-se pela dialógica explicação/compreensão. Conforme Morin (2011b), no tratamento dos fenômenos antropossociais, a compreensão e explicação podem remeter uma à outra, em um caráter recursivo, complementando-se, porém mantendo seus antagonismos, em um círculo construtivo de conhecimento.

Na investigação da rede de atenção à mulher em situação de violência, no presente estudo, buscou-se compreender as relações intersetoriais fundamentadas na vivência dos participantes.

Os resultados foram divididos em categorias, e os temas significativos presentes nos discursos dos participantes e apreendidos pela pesquisadora foram interpretados com base na perspectiva do pensamento complexo. Neste percurso, a revelação de temas não significa fragmentar as experiências, mas buscar as singularidades, as peculiaridades do fenômeno, que permitem discutir em momentos distintos e finalmente buscar a unidade, que possibilita o entendimento deste fenômeno, pois estes temas se articulam (MENOSSI, 2009).

6.1 Caracterização das participantes do estudo

O grupo de participantes foi composto por sete profissionais, sendo três da Instituição 01, dois da Instituição 02 e dois da Instituição 03. Em relação ao sexo, todas as entrevistadas eram do sexo feminino. Constatamos que a média de idade das participantes entrevistadas foi de 34 anos, sendo que a idade variou de 29 a 54 anos.

Quanto à escolaridade dos participantes do estudo, uma entrevistada possuía ensino médio e as outras seis possuíam curso de graduação. Na formação acadêmica, os cursos realizados são: serviço social, psicologia e direito. Em relação à função exercida nas instituições estudadas, quatro sujeitos são assistentes sociais, uma psicóloga, uma delegada e uma escritora de polícia. Sobre o tempo de trabalho na instituição, este variou de um a vinte anos de exercício da função.

6.2 Análise qualitativa

Na análise dos discursos dos participantes, conjuntamente com a construção do mapa, tendo em vista o princípio dialógico, recursivo e hologramático do pensamento complexo, depreenderam-se duas categorias centrais: **o sistema autoeco-organizador das instituições e a dialógica das instituições que compõem a rede atuando na/em rede na atenção à mulher em situação de violência.**

A primeira categoria apresenta a compreensão dos profissionais em relação à instituição na qual atuam, compondo a dimensão da organização institucional. A segunda categoria apresenta a percepção dos profissionais em relação à instituição em que atuam, como uma instituição componente da rede, assim como em relação à atuação na/em rede, ou seja, compreende a dimensão hologramática, pois a instituição está no interior da rede, assim como a rede faz parte da instituição e a instituição faz parte da rede.

6.2.1 O sistema autoeco-organizador

A categoria do **sistema autoeco-organizador** foi assim denominada, pois, ao mesmo tempo, a instituição se destaca do meio ambiente e dele se distingue por sua autonomia e individualidade, mas se liga ainda mais ao meio ambiente, pelo aumento da sua abertura e da troca, que acompanham todo o progresso de complexidade, sendo, portanto, autoeco-organizador (MORIN, 2011a).

Desta forma, na primeira categoria, identificaram-se os seguintes núcleos de sentido: **a) eixo de atenção das instituições e b) a funcionalidade da instituição no atendimento à mulher em situação de violência.**

No primeiro núcleo de sentido, identificaram-se os eixos de atenção classificados em: assistência psicossocial, assistência à saúde e assistência policial. Para a contextualização de cada instituição, realizou-se a descrição dos eixos de atenção, descrevendo a vocação assistencial, os serviços oferecidos, a composição da equipe e a clientela atendida nas instituições participantes. Vale destacar que as três instituições pertencem à rede governamental.

Em relação ao eixo de atenção, a Instituição 01 pertence à assistência psicossocial. Quanto à vocação assistencial, as ações realizadas são de orientação básica, elaboração de projetos e desenvolvimento de políticas públicas para o município.

O objetivo principal desse trabalho é orientar os caminhos que a mulher deve percorrer quando se encontra em uma situação de violência. Então aqui é mais um serviço de apoio e fortalecimento (S2 – Instituição 01).

[...] criar novas políticas públicas... (S1- Instituição 01).

Nesta instituição, os serviços oferecidos são, em sua maioria, orientações e encaminhamento para a rede de atenção. Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional são: psicólogos, assistente social, advogado, agente de acolhimento e coordenadora.

Aqui as mulheres encontram apoio psicológico, tem os grupos de discussão sobre violência... Tem também orientação jurídica com uma funcionária da secretaria... Encaminhar para vários setores que a mulher possa precisar do serviço... Tem também a casa abrigo, que acolhe as mulheres em risco de morte (S2 – Instituição 01).

Então a gente escuta, faz uma escuta ativa do caso, a gente vê o que esta mulher procura e o que ela está necessitando de ajuda... Faz o acompanhamento aqui pela assistente social... Quando a gente vê que a mulher está com outras demandas, tipo pensão alimentícia, a questão de partilhas de bens, a gente encaminha ou para a Defensoria Pública ou para alguns órgãos que a gente está conveniando, como as Universidades ou para a DDM (S3 – Instituição 01)

Sobre esta estrutura funcional apresentada pelos participantes deste estudo que atuam na Instituição 01, autores como Schraiber et al. (2012) realizaram um estudo de mapeamento da rede de atenção à mulher em situação de violência, nas regiões metropolitanas de São Paulo - SP, Recife - PE e Porto Alegre – RS, e definiram as instituições com base no tipo de serviço prestado. Considerando a definição apresentada por Schraiber et al. (2012) para as instituições, identifica-se que a Instituição 01 reúne as características definidoras de ser um local de prestação de serviços de orientação básica, composto por profissionais de diferentes formações, que, com base na escuta da história, prestam orientação às mulheres, como informações sobre os direitos e sobre outros serviços da rede. Além dos atendimentos, algumas instituições participam da formulação de Políticas Públicas voltadas às questões de direitos, cidadania, gênero e saúde da mulher.

Nesta mesma direção, como base na definição apresentada por Schraiber et al. (2012), a Instituição 02 é uma instituição de referência para o atendimento às pessoas em situação de violência, e seu eixo de atenção é a assistência à saúde. Em relação à vocação assistencial, esta caracteriza-se por ações voltadas à área da saúde e psicossocial.

[...] atendimento psicológico, temos o atendimento psiquiátrico, temos o atendimento médico na área da infectologia e da pediatria para as nossas crianças... [...] ambulatório da ginecologia e obstetrícia que atende as mulheres e no ambulatório de moléstia infectocontagiosa pediátrica (S4 – Instituição 02).

Os serviços oferecidos são, em sua maioria, atendimento médico e psicossocial. Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional são: assistentes sociais, médicos, psicólogos e oficial administrativo, bem como a diretora da instituição.

Ela vem para o serviço social e ela é acolhida, é feita uma triagem, se existe uma possibilidade do assistente social fazer esse acolhimento junto com o psicólogo, a gente faz, até para essa mulher se sentir confortável, se houver a necessidade de alguma intervenção, tem o médico psiquiátrico, que também, se houver necessidade, ele vai intervir. A partir do momento que ela é acolhida, seja social ou psicossocial, a próxima etapa é oferecer o grupo (S4 – Instituição 02).

Na composição da rede, a área da saúde caracteriza-se por instituições que possuem médicos em seu quadro de recursos humanos e que desenvolvem atividades para a assistência da mulher, principalmente na violência sexual e em questões de saúde mental. Estes serviços mesclam as atividades médicas com a atuação psicossocial, ou seja, oferecem atendimento social e/ou psicológico, visando apoio ou fortalecimento das mulheres e ampliação dos recursos pessoais e sociais/institucionais para o enfrentamento das situações de violência (SCHRAIBER et al., 2012).

A Instituição 03 é uma instituição voltada para o atendimento da segurança pública, e sua vocação assistencial caracteriza-se por ações da área policial.

É o boletim de ocorrência (S7 – Instituição 03).

Os serviços oferecidos são boletim de ocorrência, investigação dos casos, orientações e encaminhamento para a rede de atenção. Os profissionais que compõem a equipe são: delegadas, escrivãs e investigadores.

[...] atendimento de triagem ali na frente... [...] auxílio, oriento e encaminhamento. [...] o segundo atendimento, que é o boletim de ocorrência. Tem os investigadores quando é caso um pouco mais grave a gente encaminha para o setor de investigação (S6 – Instituição 03).

Com base no estudo de Schraiber et al. (2012), a Instituição 03 reúne as características das denominadas instituições de assistência policial, cujos profissionais atuam em segurança pública, e o trabalho está voltado para o atendimento às mulheres em situação de violência em termos de registro de queixas, investigação e cumprimento de decisões judiciais.

Quanto à clientela atendida, as Instituições 02 e 03 atendem tanto a clientela de mulheres quanto de crianças e adolescentes. A Instituição 01 é voltada para o atendimento das mulheres, no entanto, se há crianças/adolescentes envolvidos na dinâmica da violência familiar, o serviço faz o atendimento da família e o encaminhamento das crianças/adolescentes para os serviços que podem atender esta população.

Quando a gente vê que tem criança envolvida na dinâmica da violência, a gente encaminha para os CREAS, porque os CREAS até poderiam atender as mulheres vítimas de violência, só que, como a gente tem um serviço instituído aqui, a gente prefere atender a mulher e encaminhar só as crianças que acabam tendo seu direito violado também (S3 – Instituição 01).

Assim, o princípio autoeco-organizador tem valor hologramático, ou seja, a qualidade da imagem hologramática está ligada ao fato de que cada ponto possui a quase totalidade da informação do todo, do mesmo modo, o todo, enquanto todo de que fazemos parte, está presente em nossa mente (MORIN, 2011a). Desta forma, frente aos sistemas complexos, os seres humanos conhecem o mundo através das mensagens transmitidas por nossos sentidos ao nosso cérebro. O mundo está presente no interior da nossa mente, que está no interior do nosso mundo. Este princípio é verdade para a sociedade e para as instituições que têm suas regras de funcionamento no interior da qual vigoram as leis de toda a sociedade (MORIN, 2011a).

Neste sentido, compreende-se que os profissionais participantes deste estudo consideram que as instituições têm sua autonomia e organização interna de trabalho, mas, frente à complexa realidade que permeia as relações de violência, necessitam do meio ambiente, ou seja, de outras instituições para a contextualização do objeto de trabalho. Portanto, é necessária a abertura e a troca com as outras instituições para o desenvolvimento da atenção, principalmente no atendimento em rede.

Neste contexto, no segundo núcleo de sentido, **a funcionalidade da instituição no atendimento à mulher em situação de violência**, identificou-se a funcionalidade assistencial, como denominada por Schraiber et al. (2012), como vocação da instituição.

Identifica-se uma vocação diferencial nas três instituições estudadas; entretanto, elas têm em comum o fato de que, no atendimento, cada instituição busca captar as demandas das mulheres a partir da sua vocação assistencial, sendo a primeira ação a triagem, que tem como base a dinâmica da instituição.

Então a gente trabalha muito com as demandas que são trazidas pontualmente naquele dia (S1 – Instituição 01).

Quando o serviço solicitado pela mulher não é oferecido na instituição, a continuidade da assistência ocorre por meio de encaminhamentos para a rede de atenção, com foco para a necessidade de seguimento e inserção nos equipamentos.

Para alguns serviços de acompanhamento psicológico nas Universidades nas clínicas de psicologia. Para a Defensoria Pública também tem muitos casos... [...] violência sexual pontual, que não tem a ver com a dinâmica familiar a gente encaminha para o serviço de referência. A gente encaminha para as unidades básicas de saúde... A Secretaria de Educação... A assistência social a gente usa quando tem alguma questão de benefício ou alguma coisa relacionada à vulnerabilidade social (S3 – Instituição 01).

Temos a coordenadoria que a gente encaminha. O serviço de referência... Tem o conselho tutelar quando envolve menor e a Defensoria Pública porque às vezes o caso em si é só uma separação ou ela não quer fazer um boletim de ocorrência... (S6 – Instituição 03).

O passo é assim: a mulher passa pelo serviço social que faz a triagem, aí tem a discussão de caso com a equipe, com a equipe multidisciplinar... Eles participam desta discussão de caso para saber qual será o encaminhamento, se vai para o atendimento individual, se vai para a terapia de grupo ou se continua o atendimento na saúde mental se a paciente já faz, se ela demanda para o CREAS, então é nessa discussão de caso que a gente vai decidir o que será feito com aquele caso, porque, infelizmente nós não temos condições de atender a todos (S5 – Instituição 02).

A triagem, que deveria constituir uma etapa primordial e fundamental no atendimento à mulher em situação de violência, no sentido de ser o momento de colocar em prática o acolhimento, por meio de um plano de ação que respeite a decisão da mulher (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013), acaba por restringir as ações em verificação de ser um caso que se enquadre na vocação do serviço. Assim, identificou-se que, no atendimento à mulher, a triagem é uma prática de demanda/condução pontual e, quando a demanda não é compatível com a vocação assistencial da instituição, a mulher é redirecionada a outros equipamentos sociais da rede, buscando canais de acesso e seguimento do caso.

Uma condição singular desse atendimento pode ser identificada na Instituição 02, ao realizar a discussão do caso pela equipe multidisciplinar. A discussão em equipe tem como finalidade a decisão do tipo de atendimento requerido para o caso no serviço, mas também objetiva delimitar o que consideram ser ou não ser de sua competência. Depreende-se, mesmo que timidamente, que estes profissionais apresentam uma visão da transversalidade da atenção à mulher, ao se proporem discutir as particularidades do caso, em conformidade com as ações do serviço, colocando-o no contexto da rede de atenção.

Neste contexto da concepção da atenção, os profissionais da Instituição 02 organizaram um serviço interno para atender as mães de crianças em situação de violência que, em alguma vez na vida, também sofreram violência e não receberam nenhum cuidado.

[...] temos ainda grupos de mulheres que sofreram a violência e que num determinado momento não foi cuidado e agora estão revivendo talvez com os filhos. Então esse grupo é um grupo um pouco mais delicado, que é feito justamente com o médico psiquiatra nosso porque elas já trazem uma questão assim, muito mais complexa. Não dá para ficar focado na vítima e nas mães, principalmente porque têm históricos ali de violência, seja na sexual, seja na doméstica em si e tem que estar dando esse suporte (S4 – Instituição 02).

Neste sentido, é importante pensar no atendimento com abordagens conjuntas, mas sem anular cada sujeito envolvido. Assim, atender a mulher acreditando que, com isso, as crianças serão automaticamente beneficiadas, ou, ao contrário, atender a criança deixando de verificar se sua mãe também precisa de atenção similar poderá compor uma atenção truncada e ineficiente às pessoas e às famílias envolvidas na dinâmica da violência. Neste contexto, a necessidade da visão da transversalidade da atenção às mulheres, crianças, adolescentes, idosas e homens agressores configura-se pelas articulações de ações em um mesmo serviço ou entre serviços da mesma rede setorial ou intersetorial (SCHRAIBER et al., 2012).

Percebe-se que são muitas as demandas de uma mulher em situação de violência e faz-se necessário ampliar o olhar sobre suas necessidades. Desta forma, é importante entender que o contexto no qual a violência está inscrita pode envolver diversos membros da família ao mesmo tempo. Assim, os profissionais que partilham desta concepção procuram estimular a atividade intersetorial para que deem conta da transversalidade, conforme observado no discurso a seguir:

[...] o nosso objetivo é prestar atendimento à saúde daquela mulher, só que, quando se trata de mulher que sofre violência, a gente tem que entender assim que todos os membros daquela família estão sofrendo a violência, então todos aqueles membros precisam ter o olhar e precisam de um acompanhamento. [...] os vínculos estão fragilizados, o acesso aos direitos daquela pessoa está fragilizado e eles nem têm este conhecimento da onde pedir ajuda, então, por isso, que a rede precisa estar preparada e fortalecida para acolher, no sentido de acolher as necessidades que aquela família está apresentando, mas de uma forma de potencializar os direitos, o fortalecimento e a inserção nos equipamentos... Então a gente tem que ter esse olhar de como esta mulher está se fortalecendo e como esta comunidade está preparada para dar este respaldo (S5 – Instituição 02).

A transversalidade da atenção também contempla o atendimento do agressor. No entanto, este atendimento é absorvido pela instituição a partir da demanda da própria mulher.

Às vezes tem aquela questão de que o companheiro tem problemas na droga, com o uso de drogas e bebidas e ela não quer se separar, mas quer que ele se trate. Então o que a gente pode fazer e faz é o encaminhamento desse homem, se ele tiver vontade, para o CAPS, para os locais da saúde (S1 – Instituição 01).

Esta concepção da atenção ao agressor também é discutida pelos operadores da segurança pública e da justiça, marcada pela mudança na forma de conceber o atendimento, não como punição, mas como alguém recuperável, por meio de uma medida restaurativa.

[...] instituindo uma coisa que se chama justiça restaurativa. O que significa: em vez de você condenar o cara pagar um x de multa e ficar um ano, ou mesmo ser preso um ano, dois anos, enfim, você dá a ele uma pena que não só ele vai ter que cumprir como vai de alguma forma restaurá-lo, daí o nome (S7-Instituição 03).

Na mesma vertente, um estudo realizado com profissionais que atuam na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, na região metropolitana de Recife, com o objetivo de analisar os posicionamentos desses profissionais acerca das possibilidades e modalidades de atenção aos homens evidenciou três eixos de atenção: punição, medidas assistenciais e prevenção. A categoria punição refere-se à privação da liberdade como forma de castigo, mas essa forma é relativizada pela precariedade do sistema prisional enquanto sistema de ressocialização. A punição também se refere à aplicação de penas que estimulem a mudança de comportamento do homem, ou seja, medidas restaurativas. Nas estratégias assistenciais, destaca-se a referência aos programas de atenção psicológica e de assistência social para trabalhar as causas da perpetuação do ciclo de violência, como a questão intergeracional e o uso de álcool e drogas. Finalmente, as medidas preventivas estão relacionadas à existência de grupos de reflexão que trabalhem as questões de gênero e os direitos das mulheres. Os autores do estudo sugerem trabalhar a ressignificação simbólica dos profissionais em relação ao homem agressor para a quebra do ciclo de violência (MEDRADO; LEMOS; BRASILINO, 2011).

É importante ressaltar que a Lei Maria da Penha permite que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação (BRASIL, 2006). Estas medidas, de certo modo, reconhecem que, para intervir no ciclo de violência, é preciso implementar ações que possam também incluir os homens (MEDRADO; LEMOS; BRASILINO, 2011). No entanto, esta proposta ainda encontra lacunas pela falta de uma definição clara de como deve ser a estrutura e a organização dos centros de atendimento que prestam as ações de educação e recuperação, bem como por não fazerem nenhuma alusão sobre trabalhos de prevenção na população masculina (MEDRADO; MÉLLO, 2008).

Embora esta visão contextualizada do fenômeno não seja compartilhada por todos os participantes deste estudo, alguns relatos evidenciam a necessidade de desenvolver a atividade intersetorial como estratégia que pode fortalecer a rede e potencializar o enfrentamento e a quebra do ciclo de violência. Tal compreensão sobre a configuração do trabalho intersetorial, ou seja, da atuação na/em rede será abordada na segunda categoria.

6.2.2 A dialógica das instituições que compõem a rede atuando na/em rede na atenção à mulher em situação de violência.

Nesta categoria, buscou-se compreender, mesmo que provisoriamente, o olhar dos profissionais sobre o fenômeno da rede, ou seja, como se configuram as relações intersetoriais das instituições que fazem parte da rede de atenção à mulher em situação de violência.

A categoria foi construída por meio dos dados empíricos, não somente das entrevistas, como também da construção dos Mapas Mínimos da Rede Social Institucional (UDE, 2008), construídos pelos profissionais pertencentes às três instituições selecionadas, sendo um complementar ao outro.

Assim, na segunda categoria, identificam-se os seguintes núcleos de sentido: **a) construção das relações entre as instituições na rede; b) a atenção às mulheres em situação de violência nas instituições: a transversalidade do trabalho na rede e c) fragilidades na rede e potencialidade em rede.**

Sobre o primeiro núcleo de sentido, **construção das relações entre as instituições na rede**, apresentou-se um panorama geral da rede por meio dos Mapas Mínimos da Rede Social Institucional (UDE, 2008), das três instituições. Este mapa ilustrou a discussão das relações intersetoriais obtida por meio dos discursos dos participantes do estudo.

A elaboração do mapa representa a articulação entre a instituição participante do estudo e as instituições da rede que atuam no atendimento às mulheres em situação de violência. O objetivo da construção do mapa foi identificar os recursos e as lacunas da rede, com vistas a integrá-la, fortalecê-la e aperfeiçoá-la (UDE, 2008).

Vale destacar que o mapa pode ser mutante, ou seja, que, em outras circunstâncias, tende a apresentar configurações distintas devido à dinamicidade da realidade; à criação de novas instituições e às mudanças nas configurações das relações intersetoriais (FELIZARDO-JUNIOR; UDE, 2009). Neste sentido, faz-se necessário destacar que o presente mapa representou as articulações institucionais que permearam a realidade de um determinado contexto, que foi capturado durante a coleta, ou seja, neste momento, os mapas podem estar configurados diferentemente do abordado, bem como as relações intersetoriais.

No aprofundamento da análise dos mapas institucionais, relacionados aos discursos dos participantes, identificou-se que a rede é percebida por eles com vínculos intersetoriais em construção.

Eu posso dizer que os vínculos estão em construção (S2 - Instituição 01).

Hoje não está perto da perfeição, mas que está no caminho (S5 – Instituição 02).

Na figura 2, o mapa construído pela Instituição 01 apresentou-se com vínculos significativos, destacando-se somente um vínculo fragilizado. Assim, esta representação classifica a rede como de boa densidade, ou seja, apresentou mais relações significativas.

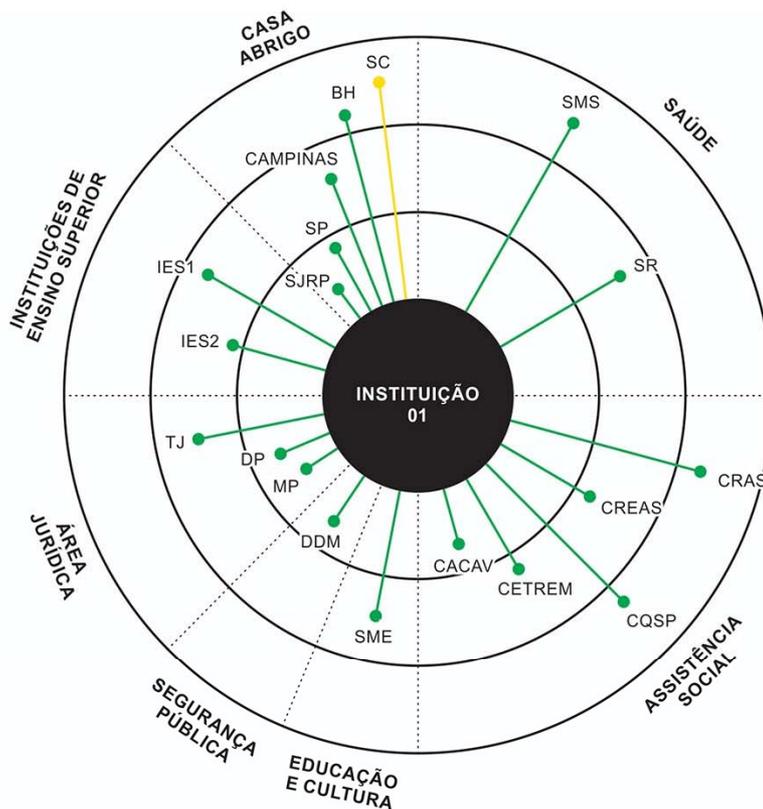
O único vínculo fragilizado está representado no quadrante da casa abrigo do município de São Carlos (SC), que foi assim caracterizado pois houve um contato que não foi resolutivo para a demanda do caso.

[...] tivemos um contato só, mas não foi muito bom... Foi uma recusa (S3 – Instituição 01).

Na análise do mapa, os quadrantes são permeados por dois círculos internos, que indicam as seguintes relações: próximas, intermediárias e distantes, ou seja, quanto mais próximo do centro, mais significativo e maior articulação e confiabilidade entre as instituições; as relações intermediárias são marcadas por menor grau de comprometimento; e as mais distantes, de maneira ocasional ou descompromissada (UDE, 2008). Na caracterização dos círculos internos, observou-se, no mapa, que as relações são configuradas, em maior proporção, como relações intermediárias, ou seja, como menor grau de comprometimento das instituições, seguida de relações próximas e uma menor proporção de relações distantes.

No tamanho, a rede pode ser classificada como reduzida, mediana ou ampliada, dependendo da quantidade de relações institucionais (UDE, 2008). Assim, em relação ao tamanho, esta rede é classificada como mediana.

A distribuição/composição da rede refere-se ao número de instituições situadas em cada quadrante, ou seja, uma distribuição regular entre os quadrantes caracteriza os recursos existentes, e a distribuição irregular, as lacunas (UDE, 2008). Desta forma, o mapa da Instituição 01 não apresenta regularidade entre os quadrantes, ou seja, os quadrantes representados pela assistência social, área jurídica e casa abrigo apresentam mais recursos do que observado nos quadrantes da educação e cultura, saúde, segurança pública e instituições de ensino superior, representando as lacunas em relação a estes setores da sociedade.



LEGENDA

	Relações significativas
	Relações fragilizadas
	Relações rompidas ou inexistentes
Saúde	
SMS: Secretaria Municipal de Saúde	
SR: Serviço de Referência no Atendimento à Violência	
Assistência Social	
CRAS: Centro de Referência da Assistência Social	
CREAS: Centro de Referência Especializado da Assistência Social	
CQSP: Centro de Qualificação Social e Profissional	
CETREM: Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante/Itinerante e Morador de Rua	
CACAV: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em medida de proteção	
Educação e Cultura	
SME: Secretaria Municipal de Educação	
Segurança	
DDM: Delegacia de Defesa da Mulher	
Área Jurídica	
TJ: Tribunal de Justiça	
DP: Defensoria Pública	
MP: Ministério Público	
Universidades	
IES1: Centro Universitário Particular	
IES2: Universidade Particular	
Casas Abrigo	
SC: São Carlos	
BH: Belo Horizonte	
SP: São Paulo	
SJRP: São José do Rio Preto	

Figura 2 – Mapa da Rede Social Institucional Externa da Instituição 01

Vale salientar que, apesar de apresentar regularidade no quadrante da assistência social e a presença do vínculo significativo com a Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante, Itinerante e Morador de Rua (CETREM), este vínculo é intermediário, ou seja, com menor grau de comprometimento. Os sujeitos desse estudo refletem sobre esta vinculação, visto que este não é o local preconizado para “abrigar” a mulher que não tem para onde ir e que não entra nos critérios indicação da casa abrigo, já que não corre risco de morte.

Engraçado, ele é próximo, mas é fragilizado. É fragilizado ou a gente tem problemas... É porque sabe quando fica assim: “de quem que é esse usuário?” O CETREM tem os objetivos dele, tem uma política de trabalho que às vezes tem que seguir, então, por exemplo, tem lá que é uma casa de passagem, tipo de migrantes, não é para morador... (S3 – Instituição 01).

Frente a esta lacuna, os profissionais refletem sobre a necessidade de uma possível mudança nesta organização, com a criação de uma casa de passagem para mulheres em situação de violência.

Então, às vezes, o que falta é uma casa de passagem (S2 – Instituição 01).

No quadrante da saúde, apesar de o vínculo com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) ser significativo, ele apresenta-se distante. Esta relação ocorre pois a demanda é atendida pela instituição de saúde, porém a operacionalização do atendimento encontra-se com dificuldade, pelo caráter pessoal do atendimento, como relatado a seguir:

[...] a gente consegue operacionalizar, mas é muito do contato pessoal... Sempre tem aquele movimento assim de ir, conversar pessoalmente com a enfermeira... A Secretaria de Saúde a gente tem as nossas não referências oficiais, as nossas referências de pessoas que são melhores para lidar, com melhor traquejo... (S3 – Instituição 01).

Este caráter pessoal do atendimento corrobora os resultados do estudo realizado sobre o setor da saúde e a configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica (DUTRA; VILLELA, 2012). Esta prática centrada na pessoa-instituição não ocorre somente para o atendimento das mulheres, visto que um estudo realizado sobre o cuidado em rede às famílias envolvidas na violência doméstica contra a criança e adolescentes verificou que a organização da rede está centrada em pessoas, principalmente em profissionais específicos, e não em instituições (CARLOS, 2014). Portanto, verifica-se que há um consenso entre os profissionais sobre a necessidade de institucionalizar tais práticas (DUTRA; VILLELA, 2012).

Finalmente, a rede pode ser classificada em homogênea ou heterogênea. Nesta perspectiva, avaliam-se as características das instituições, no intuito de verificar a diversidade e as semelhanças que compõem a rede (UDE, 2008). Portanto, no mapa da Instituição 01, a rede é classificada como heterogênea.

Na figura 3, o mapa construído pela Instituição 02 apresentou-se com mais vínculos significativos, em menor proporção com vínculos fragilizados e uma relação inexistente, classificando a rede como de boa densidade, pelo número maior de vínculos significativos.

O único vínculo inexistente está representado no quadrante da assistência social para a instituição do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). Este vínculo foi assim caracterizado por não haver nenhum contato com esta instituição, porém, para contextualizar a construção deste traçado, os participantes do estudo decidiram colocá-la, pois foi por meio da construção do mapa que os entrevistados identificaram esta instituição na rede e a necessidade de se construir com ela uma relação intersetorial.

[...] vermelho porque não tem. Porque não existe! Que é uma coisa fragilizada, porque poderia ter. Deveria ter! Passou agora pela cabeça que a gente não tem esse vínculo, mas poderia ter e deveria ter... Até para alimentar esse trabalho de rede (S5- Instituição 02).

Na caracterização dos círculos internos, observou-se, no mapa, que as relações são configuradas em maior proporção com relações distantes, ou seja, com quase nenhum grau de comprometimento nas instituições da rede, seguida de relações intermediárias e, em uma menor proporção, de relações próximas. Em relação ao tamanho da rede, esta é classificada como mediana.

Na distribuição/composição, o mapa da Instituição 02 apresentou, em sua maioria, quadrantes com mais recursos do que observado nos quadrantes das organizações não governamentais, segurança pública e instituições de ensino superior, representando as poucas instituições que estão vinculadas a estes setores da sociedade. Finalmente, a rede é classificada como heterogênea.

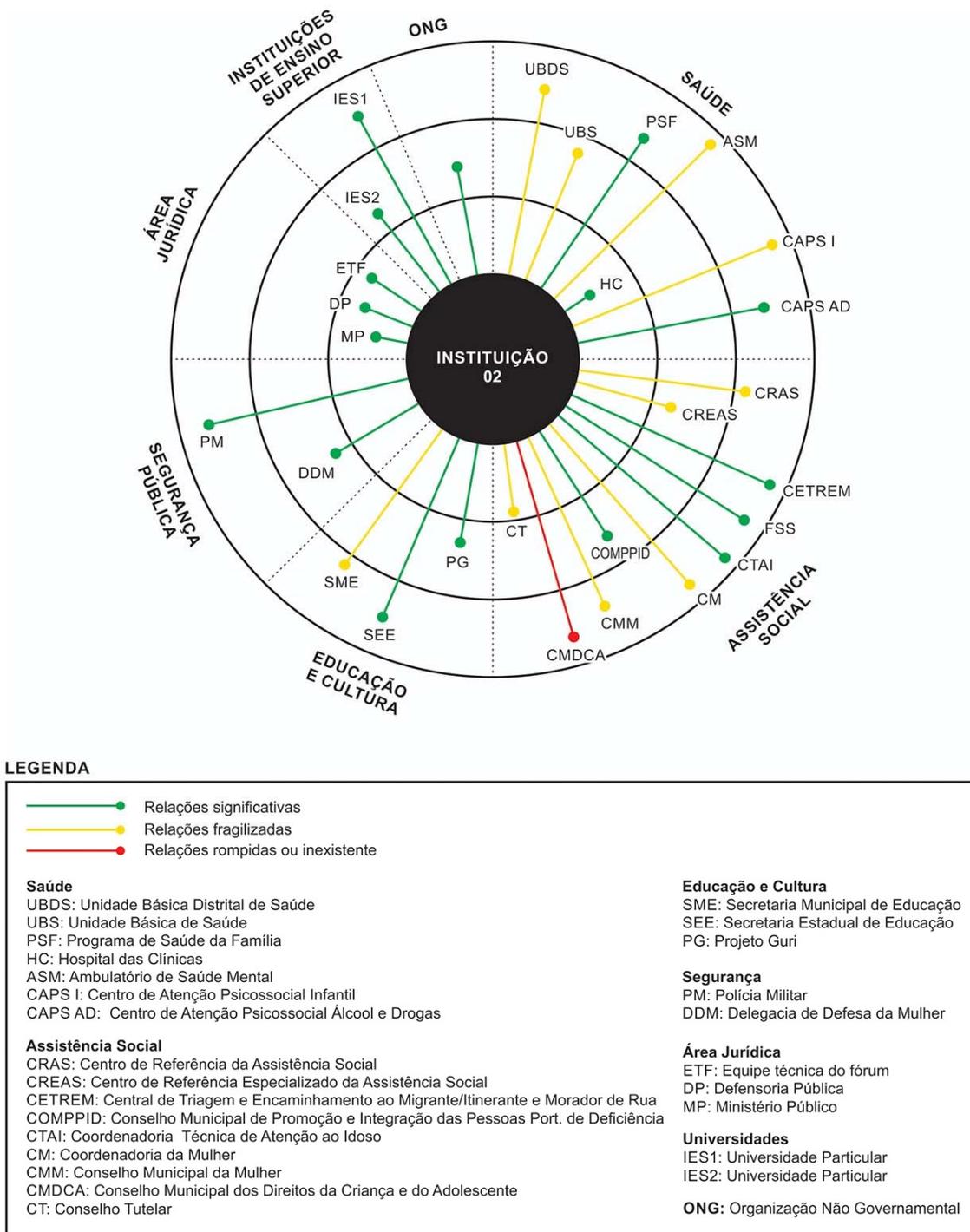


Figura 3 – Mapa da Rede Social Institucional Externa da Instituição 02

Em relação aos vínculos fragilizados, no quadrante da Educação e Cultura, a relação com a Secretaria Municipal da Educação (SME) é fragilizada devido à não garantia de acesso às vagas nas creches do município para as crianças das mulheres em situação de violência. Além deste problema, referem a dificuldade de sensibilização e capacitação dos profissionais deste setor, conforme relatado no discurso:

A gente solicita as creches e a gente tem uma dificuldade muito grande... Então acredito que exista um contato, mas é muito frágil! Até na própria capacitação em violência... Nós chamamos a educação, entramos em contato... Disse que não tinha disponibilidade...! (S5 – Instituição 02).

A mulher que denuncia a violência e deseja sair de uma relação violenta precisa ser inserida de forma prioritária em programas sociais. Muitas vezes, a falta de vagas em creches faz com que esta mulher se cale frente à violência sofrida (MASSULA, 2006). Assim como outros setores, a educação ainda não assumiu o seu papel de instituição protetora da infância, seja pela falta de recursos humanos e materiais, seja pela postura dos dirigentes, o que não concretiza as articulações com as outras instituições, necessárias para a abordagem do fenômeno da violência à família (CARLOS, 2014).

No quadrante da assistência social, verificaram-se cinco vínculos fragilizados. A Instituição 02 é da área da saúde e está vinculada ao Hospital das Clínicas de uma Universidade Pública e atende, em sua maioria, casos de nível terciário. Desta forma, em relação ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a assistência social básica não consegue contemplar o atendimento integral da mulher atendida na Instituição 02. Da mesma forma, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que deveria acolher esta mulher, apresenta relação intersetorial fragilizada, principalmente na condução e no seguimento dos casos, o que dificulta a construção da ação intersetorial.

E assim, o nosso vínculo com o CRAS se torna distante porque assim, CRAS, a gente entende como assistência básica. E quando chega para gente já está na especial... (S5- Instituição 02).

O CREAS a partir do momento que você entra em contato, discute um caso, solicita um suporte, nos primeiros momentos eles são receptivos, existe essa via de mão dupla. A partir daquele momento, não existe um retorno... . E aí você fica sem saber a continuidade, a menos que você pegue o telefone e entre em contato e em alguns momentos também você entra em contato, tem essa reciprocidade, mas também não sei. Alguma coisa trava ali que a coisa não flui (S4- Instituição 02).

Esta fragilidade no quadrante da assistência social, em relação aos CRAS e aos CREAS, também foi identificada em um estudo sobre o cuidado às famílias envolvidas na violência contra as crianças e adolescentes, o qual identificou que a percepção desta realidade

está relacionada a ações não complementares, ou seja, não há uma continuidade ou o compartilhamento do cuidado, o que se constitui em uma dificuldade para o trabalho em rede (CARLOS, 2014).

Ainda no quadrante da assistência social, observam-se vínculos fragilizados nas seguintes instituições: Coordenadoria da Mulher (CM), Conselho Municipal da Mulher (CMM) e Conselho Tutelar (CT), o que perpassa, nesta relação, é a dinâmica disfuncional do serviço, que não consegue acolher a demanda e, principalmente, a disposição pessoal e não institucional, conforme observado:

[...] tem o vínculo, mas o vínculo é frágil... Não está equipada para atender a demanda... Vem aquela questão pessoal, quando eu falo diretamente com uma pessoa, a coisa flui, quando eu falo com a outra a coisa não flui... Então eu penso que levando em consideração o nosso papel, e o papel dela, em minha opinião, é fragilizado e distante (S5- Instituição 02).

Deveria ser, mas não é um contato próximo, um contato efetivo. Agora quando eu pego o telefone e fico naquela insistência, ligando, pedindo, perguntando... Tem uma fragilidade aí grande... Acho que deve ser alguma dificuldade ali da administração, da dinâmica interna. Porque assim, no momento do acolhimento, eu até sinto essa reciprocidade, sabe essa interação. Em muitos momentos, toda a rede está ciente disso, toda a rede de alguma forma já contactou esse conselheiro e nada foi feito. Acho que o profissional está atrás de toda essa dinâmica disfuncional a ele (S4- Instituição 02).

As relações pessoais para vinculação com a instituição, a demora do agendamento e a disponibilidade de vaga para o atendimento, principalmente no âmbito da saúde mental, compõem a dinâmica dos quatro vínculos fragilizados, no quadrante da saúde, nas seguintes instituições: Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I).

Bom, nas UBDS, quando solicito um atendimento psicológico, eu encaminho, mas até agora a moça que eu encaminhei... Eu continuo esperando porque não teve vaga para ela... Na UBS para ver o atendimento clínico... (S5 – Instituição 02).

Agora o CAPS I e saúde mental! Olha, é muito frágil. Quase que inexistente! [...] você tem que conhecer a pessoa, porque aí a pessoa facilita. Todos os nossos pacientes ficaram mais de anos aqui em espera... (S4 – Instituição 02).

Em relação ao sofrimento psicológico da mulher em situação de violência, este é pouco considerado pelos profissionais da saúde, a não ser que haja alguma base anatomopatológica, do contrário, a queixa emocional é desqualificada, como uma questão social, o que também desqualifica a mulher para uma intervenção psiquiátrica ou psicológica, ou seja, não é acolhida pela instituição (D'OLIVEIRA, 2000).

Além da desqualificação do acolhimento psicológico, verifica-se a questão pessoal para o seguimento do caso na instituição. Conforme observa Schraiber et al. (2012), existe um conjunto de questões que deve ser superado para a efetivação da rede, sendo um deles os fluxos baseados em conhecimentos de pessoas, o que caracteriza as relações pouco institucionalizadas.

Na figura 4, no mapa construído pela Instituição 03, os vínculos apresentam-se significativos e com boa densidade. Em relação à caracterização dos círculos internos, observa-se, no mapa, que as relações são configuradas como próximas. É importante ressaltar que esta configuração ocorre pois a Instituição 03 mantém uma pactuação de trabalho com as instituições desses três setores: assistência social, saúde e área jurídica.

Em relação ao tamanho da rede, esta é classificada como reduzida. Na distribuição/composição, não houve uma distribuição regular entre os quadrantes, ou seja, não houve um número maior de instituições em cada quadrante, o que dificulta a geração de fatores de proteção e potencialidades da rede. Finalmente, esta rede pode ser classificada como homogênea (UDE, 2008).

Para o enfrentamento da violência, preconiza-se o fortalecimento das articulações significativas (UDE, 2008). Nesse sentido, na comparação dos mapas, observa-se que os vínculos, na sua maioria, apresentam-se significativos, representados em verde (Instituições 01, 02 e 03), classificando a rede como de boa densidade, ou seja, apresentou mais relações significativas.

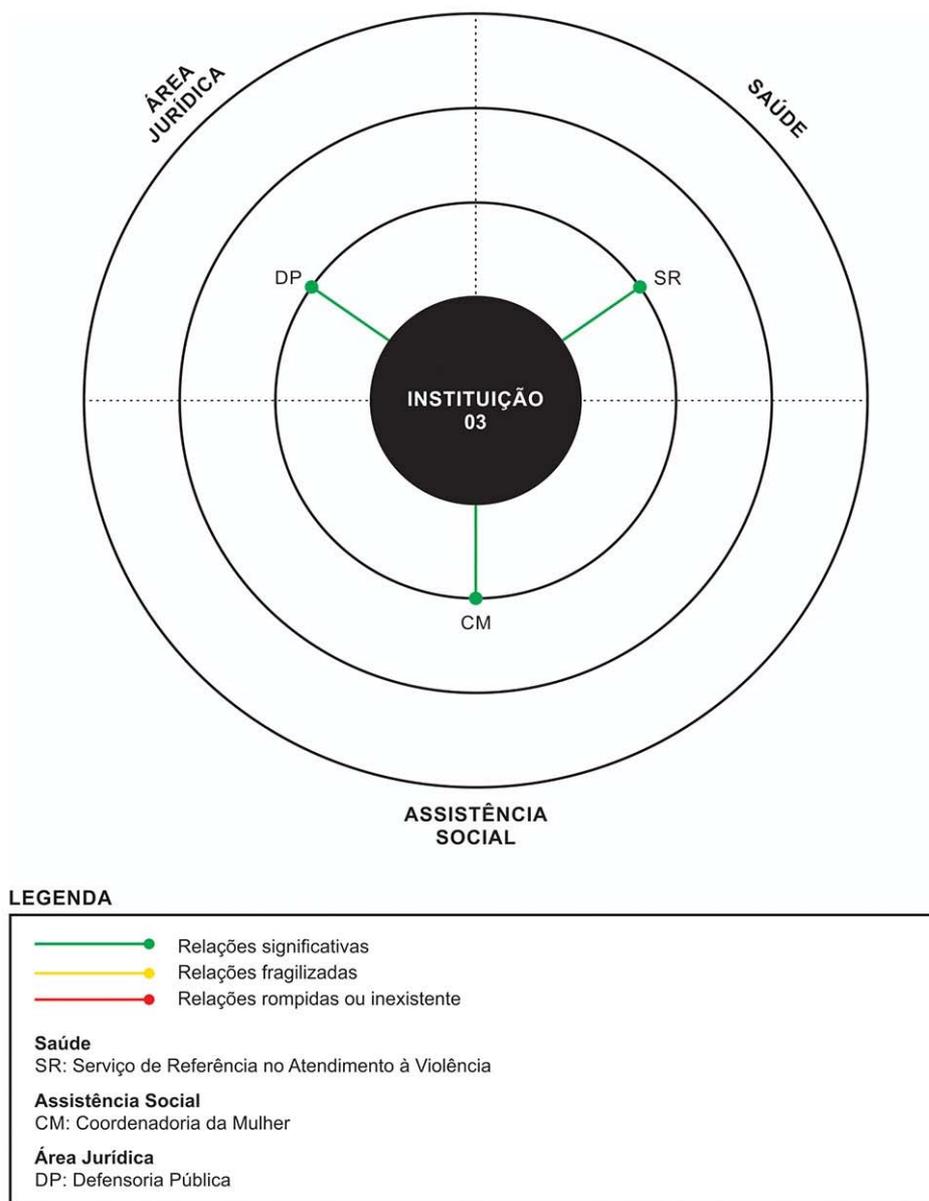


Figura 4 – Mapa da Rede Social Institucional Externa da Instituição 03

Observa-se que os mapas das Instituições 01, 02 e 03 apresentam vinculações bem diferentes. Nota-se que, nas Instituições 01 e 02, existem mais vínculos intermediários e distantes, caracterizando um menor comprometimento, bem como as relações ocasionais ou esporádicas, que diminuem a vinculação entre os serviços. Desta forma, compreende-se que as instituições não se reconhecem como instituições que reforçam suas intervenções, distintas entre si, mas que compartilham ações. Assim, o conjunto de instituições pode expressar somente uma somatória de intervenções, com serviços justapostos e cuja atenção não estabelece uma integração intersetorial (SCHRAIBER et al., 2012).

A rede pode ser classificada em homogênea ou heterogênea. Uma rede homogênea torna-se fechada e frágil, por não permitir diálogos com as diferentes instituições (UDE, 2008). Neste sentido, somente a Instituição 03 é classificada como homogênea. Em relação ao tamanho da rede, caracterizado pela quantidade de relações institucionais, são classificadas como: reduzida, mediana ou ampliada (UDE, 2008). Os mapas das Instituições 01 e 02 são medianos, e da Instituição 03, reduzido. Considerando os equipamentos existentes no município, são poucas as instituições que se vinculam à Instituição 03 nas ações de atendimento à mulher em situação de violência, o que torna esta rede reduzida e homogênea.

É importante lembrar que a Instituição 03 caracteriza-se por ações da área policial. Neste contexto, observa-se que o setor da segurança pública, especificamente da área policial, apresenta muitos problemas para se incluir na rede, apesar da necessidade da inclusão do trabalho intersetorial no trato da violência contra mulher. Os problemas que dificultam este trabalho em rede estão relacionados às características marcadamente hierárquicas da corporação policial, que dificultam a participação dos profissionais na rede, o que faz com que a instituição tome para si uma demanda que poderia ser referida a outros serviços (SILVEIRA, 2006).

Nesse sentido, uma rede mediana e bem distribuída entre os quadrantes tende a gerar fatores de proteção às mulheres que buscam ajuda na rede institucional e maior potencialidade da rede. Ao contrário, uma rede reduzida apresenta lacunas na sua constituição e aponta para aspectos que necessitam ser trabalhados (UDE, 2008). Vale destacar que uma rede jamais será completa, considerando a incompletude dos seres humanos (MORIN, 2011a).

Na distribuição/composição, observa-se que as lacunas se mostram em campos diferentes, mas, nas Instituições 01 e 02, observa-se uma convergência em relação à articulação com as Instituições de Ensino Superior (IES). Neste quadrante, existe a vinculação somente a duas instituições, o que se mostra reduzido, considerando que o município tem seis

instituições de ensino superior, sendo uma universidade pública e as demais instituições particulares. Nos mapas 01 e 02, as IES incluídas são particulares.

A fragilidade institucional e o isolamento das instituições limitam as respostas necessárias para superar os problemas das mulheres e colocam as próprias instituições em posição de vulnerabilidade. Frente a esse cenário, os profissionais e instituições impactados pela demanda passam a buscar parcerias que, em um primeiro momento, ocorrem de forma particular e depois de forma institucionalizada (SILVEIRA, 2006).

Na rede de relações de cada instituição, verifica-se a existência de algumas pactuações de ações de caráter interinstitucionalizado e que se apresentam sob diferentes vertentes, a depender do ajustamento às realidades e às demandas percebidas nas instituições. Neste sentido, na análise das funcionalidades das pactuações, para a Instituição 01, esta se apresenta com vistas a garantir acesso a outros equipamentos sociais, a ampliar e captar a demanda reprimida e a garantir um atendimento rápido e sigiloso.

A pactuação para captar a demanda reprimida foi realizada com o Ministério Público (MP) e conta com a parceria da Polícia Militar (PM) e, para Instituição 01, esta pactuação permite o acesso às denúncias e caracteriza a presença de um vínculo próximo com o Ministério Público, como observado no mapa.

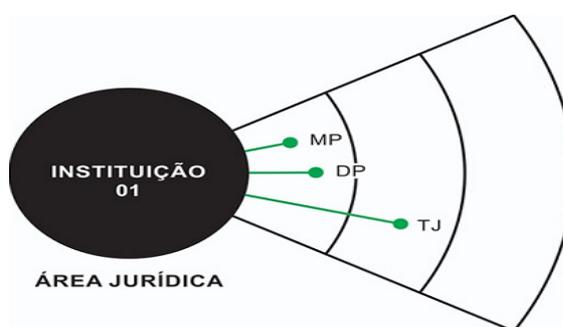


Figura 5 - Vínculo da Instituição 01 com a Área Jurídica

A gente também tem, por exemplo, a gente recebe do Ministério Público todas as denúncias que a polícia recebeu das mulheres que sofreram violência e a gente faz o contato telefônico com estas mulheres e oferece este serviço. Então, assim, é uma maneira de ampliar e de captar essas mulheres para orientar e para tomar providências e não ficar só no chamado da polícia (S1- Instituição 01).

A pactuação com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e a Secretaria Municipal da Educação (SME) ocorreu por meio de uma ação civil pública para garantir às mulheres que estão na casa abrigo o sigilo dos dados e atendimento rápido, na área da saúde, e a garantia de

vaga nas escolas e o sigilo dos dados dos seus filhos na educação. Na área da educação, esta pactuação permite um vínculo próximo de trabalho e garantia dos direitos das crianças e adolescentes.



Figura 6 – Vínculo da Instituição 01 com a Educação e Cultura

[...] mas a gente tem uma ação civil pública que está anunciando duas secretarias... Que é a de educação e da saúde. Então, a educação eles não colocam os dados das crianças no PRODESP... É um vínculo que eu considero muito bom... Mas eles já fizeram até um fluxo para viabilizar o que está orientado na ação civil pública. Então eles conseguiram aí depois de um ano e tanto, operacionalizar realmente o que o juiz orientou (S3 – Instituição 01).

Na área da saúde, esta pactuação também permite um vínculo de trabalho, mas não tão próximo, pela não garantia dos direitos instaurados na ação civil pública, principalmente nas instituições que compõem a Secretaria Municipal de Saúde.

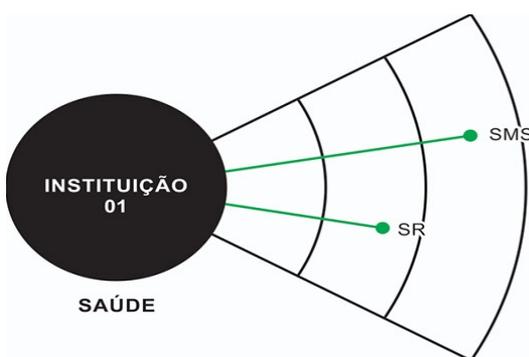


Figura 7 – Vínculo da Instituição 01 com a Saúde

[...] o que eles facilitam para gente é a mulher não ficar tão exposta esperando, porque às vezes ela espera numa salinha... Só assim, que a secretaria de saúde não tem conseguido viabilizar a prioridade de atendimento e nem em relação ao sigilo de dados, até pela forma da saúde operar (S3 – Instituição 01).

O sentido de prioridade/urgência diferencial atribuído pelos profissionais das instituições, como identificado no discurso acima, em que a instituição de saúde não consegue viabilizar a prioridade do atendimento, pode ser explicado à luz do modelo assistencial biomédico, em que o raciocínio clínico categórico, biomédico, parte de “lesões objetivadas” (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Neste sentido, sintomas difusos, que não se enquadram no que estabelecem como patológico, com risco de adoecer e morrer, não são tidos como prioridade. Na análise de Silva Junior e Alves (2007), essa é uma postura prescritiva, de racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades dos sujeitos e os fluxos reais das pessoas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para as situações de violência vividas pelas mulheres, estas não são consideradas emergências, exceto quando há o risco (VILLELA et al., 2011), o que faculta a ideia de que a violência é um acometimento de menor risco frente às outras demandas do serviço de saúde.

Nas Instituições 01 e 02, para a garantia do atendimento psicológico e jurídico, as pactuações foram realizadas com as Instituições de Ensino Superior (IES) e permitem um vínculo de trabalho, conforme observado nos mapas e nos discursos:

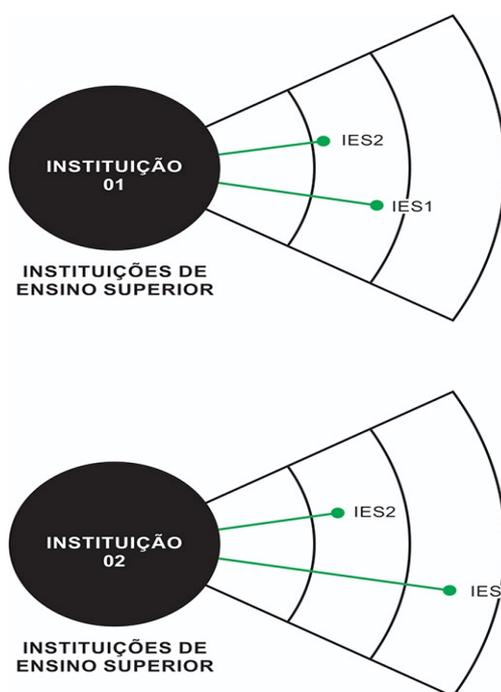


Figura 8 – Vínculo das Instituições 01 e 02 com as Instituições de Ensino Superior

[...] os casos de atendimento psicológico a gente faz os encaminhamentos para lá... A questão de advogados que também a gente encaminha (S1 – Instituição 01).

As universidades é solicitando apoio psicológico em casos assim, que a gente pode acreditar que tenha um grau menos comprometido da violência em si, se é que existe (S5 – Instituição 02).

Esta realidade de buscar parceiros para o atendimento jurídico não é somente local, a insuficiência de políticas públicas para o atendimento dessa demanda faz com que a maior parte dos serviços de assistência judiciária gratuita no país seja prestada por parcerias/convênios com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), escritórios experimentais de universidades e ONGs (MASSULA, 2006).

Para a Instituição 02, a pactuação com a Delegacia de Defesa da Mulher visa responder a determinações da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Doméstica, conforme observado pelo discurso a seguir:

[...] esta proposta de eu acolher esta demanda da Delegacia da Mulher porque tem uma Política Nacional de Enfrentamento da Violência Doméstica que pede para que o serviço de saúde tenha esta articulação com a Delegacia da Mulher. Para poder dar este atendimento enquanto as mulheres aguardam o procedimento jurídico e legal... Tem que prestar esta assistência à saúde e à saúde psicológica das mulheres e seus familiares também (S5- Instituição 02).

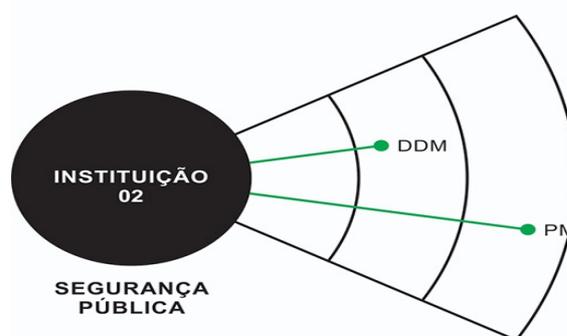


Figura 9 – Vínculo da Instituição 01 com a Segurança Pública

A viabilização desta parceria ocorre por meio do fornecimento da cópia do boletim de ocorrência.

[...] nos fornecendo os dados que são envolvidos aí a esse paciente, no que diz respeito à violência (S4 – Instituição 02).

No entanto, esta pareceria apresenta contradições, uma vez que não há um profissional da delegacia que faça este encaminhamento direto. A responsabilização desta parceria fica a

cargo da funcionária da Instituição 02, que faz plantões na delegacia e realiza a busca dos casos.

Não tem alguém que faça o encaminhamento antes de se tornar um processo... A delegada encaminha no sentido de solicitar o relatório que vai ser pertinente ao processo já instaurado... Eu consigo acolher essas mulheres e direcionar para o serviço, ou, em outros momentos, eu seleciono os boletins de ocorrência, leio todos esses boletins de ocorrência, faço a ficha de notificação, trago para a instituição... Faço o contato com essas mulheres, marcando o acolhimento, a entrevista e o segmento em si da violência... Então penso que, se não tivesse um profissional lá, a gente não conseguiria detectar tantos casos, porque fica meio dividido aí essa parceria... (S4 – Instituição 02).

Apesar de responder a determinações da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Doméstica, no sentido de estabelecer uma rede de serviço, verifica-se, no discurso, que o trabalho desenvolvido encontra-se aquém do preconizado, ou seja, não existe um trabalho de forma articulada (BRASIL, 2011).

Sobre os vínculos estabelecidos por pactuação, identifica-se que as ações no interior das instituições tendem a se manter como de caráter pessoal, ou seja, as demandas são direcionadas a pessoas de referências para dada função, além de não garantir a parceria interinstitucional que configure uma efetiva atuação em rede.

No entanto, verificou-se, que timidamente, os profissionais compartilham a visão de que a pactuação também é um instrumento que visa fortalecer e aumentar as instituições participantes da rede. Compreende-se que estas parcerias visam responder as diretrizes das políticas governamentais com a pretensão de um atendimento integral, ou seja, libertar-se das ações de imediatismo para desenvolver ações com foco intersetorial.

[...] estão fazendo este trabalho de buscar estes parceiros... E o crescimento desta rede (S1- Instituição 01).

No segundo núcleo de sentido, **a atenção às mulheres em situação de violência: a transversalidade do trabalho das instituições na/em rede**, depreende-se que a intersetorialidade, que se busca alcançar com as parcerias, ainda se apresenta distante de se concretizar.

Na análise de como os atores sociais percebem o seu fazer e o fazer em outras instituições consideradas como parte de sua rede de relações, reforça-se a ideia apresentada na categoria anterior das parcerias na rede, ou seja, a ideia de ampliar a demanda. Nesta direção, o trabalho na rede tem como característica estabelecer o fluxo de demandas de casos às instituições pela especificidade do atendimento ofertado.

Tem a procura espontânea, mas é mais raro. A maior parte dos casos é encaminhada ou pela Delegacia da Mulher, ou pelo CREAS, alguns raros pela Defensoria Pública ou Ministério Público (S2- Instituição 01).

[...] Unidade de Emergência, DDM, através do boletim de ocorrência que as mulheres fazem na natureza de violência doméstica e demanda espontânea, pouco, mas ainda chega de demanda espontânea. E uma quarta forma seria pela rede de saúde... (S5 – Instituição 02).

Esta percepção corrobora resultados do estudo realizado por Gomes et al. (2012), em que o modelo de articulação das instituições da rede traz intrínsecos os encaminhamentos para outras instituições, no sentido de atender o fluxo de demanda das mulheres, com vistas às especificidades institucionais.

Assim, na ótica dos profissionais, o fluxo de encaminhamento e recebimento da demanda circunscreve-se com base na natureza das ações/vocações das instituições envolvidas. Diante da mulher em situação de violência, cabe designar se este é um “caso de polícia ou caso da justiça”, como exemplificado nos discursos.

Os encaminhamentos são para ver a questão da medida de proteção das mulheres, porque, às vezes, elas falam que a delegada solicitou só que elas não sabem se saiu ou se não saiu. Alguma informação sobre alimentos. A questão de bens e da casa. Então seriam para alimentos, bens e guarda (S5 – Instituição 02).

Para a casa abrigo, tem que ter uma indicação da delegada ou do promotor ou do juiz que existe um risco eminente de vida dessa mulher que é vítima de violência, porque eles realmente são os órgãos de segurança, no caso da polícia ou no caso da justiça, são eles que têm maior capacitação mesmo de avaliar a questão do risco de vida (S3- Instituição 01).

Desta forma, os sentidos das ações se voltam à questão dos riscos de vida potencial, em função da situação de violência em que se encontra a mulher e, por extensão, os filhos e a família. Em relação às Casas-Abrigo, é importante considerar que, se por um lado, este local é uma contingência que se impõe a todo serviço de atendimento às mulheres em situação de violência, pelo fato de se traduzir em situações dramáticas de “matar ou morrer”, ou seja, do risco iminente, por outro lado, é preciso se atentar que estas se constituem como um “mal necessário”, diante das inconsistências das políticas públicas para mulheres (SILVEIRA, 2006).

Portanto, é preciso refletir que, em alguns casos, a criação da casa-abrigo pode encobrir a ineficiência do Estado em oferecer outras respostas às mulheres, em uma perspectiva de proteção à sua vida e aos seus direitos, sendo que poderiam ser tomadas medidas alternativas, como aluguel social e ajuda para alimentos por tempo determinado, entre outras. Outra questão pouco explorada e estabelecida na rede é acerca das condições

desse encaminhamento, ou seja, quais os critérios utilizados para definir risco de vida? Quais profissionais estão capacitados para esta avaliação? (SILVEIRA, 2006). Estas lacunas necessitam de uma resposta para a adequada condução neste setor.

Como parte da funcionalidade do trabalho nas instituições, identifica-se a preocupação dos profissionais em qualificar o caso, reconhecendo-o como apropriado para ser atendido pelo serviço, tendo os instrumentos burocráticos para dar concretude ao fato.

Bom, o principal item que a gente considera para a mulher começar o atendimento aqui é o boletim de ocorrência. Caso ela não tenha feito, a gente orienta a realizar o boletim de ocorrência e a representação de depois voltar aqui para dar seguimento (S2 – Instituição 01).

No entanto, reconhecem que os instrumentos burocráticos acabam por ter o fim em si mesmos, estando dissociados da realidade contextual do caso, não sendo uma medida efetiva na atenção à mulher em situação de violência, como bem reflete o discurso abaixo, sobre a aplicação de medidas protetivas.

Por exemplo, em muitos casos, as mulheres têm a medida protetiva, mas, ao mesmo tempo, ela apresenta aquele documento para o policial e o marido, o ex-marido, está na distância que não é permitida, ou ele esteve e fugiu e não tem como pegar porque não é flagrante. Então a gente orienta, vai lá faz outro B.O. que ele descumpriu, que ele desobedeceu para que o Juiz possa tomar uma providência. Então, assim, eu acho que a fala da mulher e o boletim da desobediência imediatamente fosse... Ele sofresse uma responsabilização eu acho seria melhor ou que a polícia realmente pegasse e olhasse esse papel e levasse ele preso. Então eu acho que muita coisa precisa ser adequada (S1- Instituição 01).

Frente a esta dissociação, Machado (2002b) e Silveira (2006) analisam que a alternativa de criar uma delegacia voltada ao atendimento da mulher, embora tenha trazido uma visibilidade e uma representação social importante, manteve, por outro lado, o tratamento das questões da violência contra a mulher isolado dentro das políticas de segurança pública. Apenas em 2000, com a publicação do Plano Nacional de Segurança Pública, é que a questão da violência doméstica e de gênero passa a ser contemplada em um capítulo específico. Contudo, esta inserção não garantiu as ações articuladas, pela falta de políticas públicas locais, ou seja, políticas que reconheçam a violência como uma situação de vulnerabilidade social, o que justifica uma política com caráter intersetorial entre a justiça e a segurança pública para as respostas eficazes às mulheres.

Na mesma direção, é importante refletir sobre a atuação dos setores da saúde e da educação na rede, cujo atendimento se pauta em protocolos que parecem não considerar as especificidades da violência, ou seja, há falta *de sigilo e de prioridade*.

[...] nós encaminhamos para a rede de saúde, quando elas necessitam... Não tem sigilo e não tem a prioridade, mas são encaminhadas quando a gente percebe que precisa (S1- Instituição 01).

A saúde e a educação ainda não têm uma completa percepção da importância disso... As secretarias ainda não cumprem e a gente tem que explicar e explicar e explicar de novo as razões para manter os dados em sigilo e muitas escolas e unidades de saúde ainda não aceitam (S2- Instituição 01).

Então essa mulher vai ficar na lista de espera porque infelizmente o município não tem o suporte pra acolher rapidamente (S4- Instituição 02).

Esta atuação da saúde e educação remete à circularidade da oferta e da demanda, isto é, é a base pela qual cada instituição e profissionais reconhecem, dentro de sua cultura institucional, se a demanda caberia ou não no seu escopo de atuação e respondem a necessidades igualmente já definidas, o que dificulta a inclusão do sigilo e da prioridade para os casos de violência contra a mulher (SCHRAIBER et al., 2012). Esta abordagem mostra o reflexo do paradigma positivista na cultura profissional (GOMES et al., 2009).

Neste sentido, a efetivação da transversalidade do trabalho em rede também é comprometida pela questão burocrática das instituições, ou seja, pela funcionalidade, o que gera uma indisposição entre as instituições, conforme observado no discurso:

Então o nosso vínculo acaba sendo pequeno, em alguns momentos, é frágil porque a gente esbarra com algumas dificuldades a nível burocrático..., mas burocraticamente tem muitas coisas que vão esbarrando e ele acaba não conseguindo fazer o trabalho. E ela precisa ser atendida de alguma forma. Então há indisposição sim (S4 - Instituição 02).

Portanto, entende-se que a burocracia é racional porque aplica regras impessoais válidas para todos e assegura a coesão e a funcionalidade de uma organização, mas, por outro lado, pode ser criticada como sendo um puro instrumento de decisões não necessariamente racionais, pois pode ser considerada como um conjunto parasitário em que se desenvolve toda uma série de bloqueios, de atravancamentos que se transformam em fenômeno parasitário (MORIN, 2011a). Assim, é necessário superar os entraves colocados pela burocracia e por diferenças institucionais, no sentido de transformar as parcerias em ações intersetoriais e transversais, com a garantia de continuidade e respostas mais efetivas para todos os envolvidos (SILVEIRA, 2006).

No atendimento às mulheres em situação de violência, mesmo que na particularidade funcional de cada instituição, os profissionais reconhecem a complexidade da situação, o que é percebido de forma diferenciada por eles quanto ao seu papel e ao da instituição.

Eu acho que quando a gente fala assim, em violência, não dá para ficar exclusivamente com um serviço... E nem sempre é sozinho que temos que trabalhar, porque é muito amplo tudo isso (S4 - Instituição 02).

O olhar dos profissionais de entender melhor este ciclo da violência e de se entenderem e se conhecerem de que se eu não tenho condições de ajudar eu vou chamar outro profissional para atender (...) não dá para se trabalhar a violência sozinha mesmo sendo um serviço de referência (S5 - Instituição 02).

O que transparece nestes discursos é que os profissionais não se colocam ou não se veem como parte da rede (DUTRA, VILLELA, 2012), isto é, não se estabelece o trabalho multiprofissional na própria instituição, nem o trabalho intersetorial com as demais instituições. Ao contrário, prevalece o desconhecimento do caso na instituição e a fragmentação da atenção na instituição e na rede (SCHRAIBER et al., 2012).

Os profissionais reconhecem as lacunas para se desenvolver uma atenção com base nos princípios da integralidade e continuidade, tanto no trabalho na instituição como na transversalidade do trabalho na rede. Identifica-se que não existe um acompanhamento ou seguimento do caso por parte das instituições e, quando há, este fica a cargo do compromisso individual, conforme observado no discurso:

Então a mulher encaminhada para outros lugares, a gente sabe o que acontece com elas porque a gente busca pelo menos a cada seis meses acompanhando o que acontece com essas mulheres e chamando-as para o serviço e para o acompanhamento (S2- Instituição 01)

Desta forma, verifica-se que o desafio é realizar o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial, o que se tem, na realidade, é que, nas equipes de cada instituição, o problema a ser enfrentado é parcial, com o foco na especificidade de cada setor no qual a mulher está inserida. Portanto, é necessário que profissionais e instituições tenham conhecimento sobre a compreensão e as delimitações do objeto de intervenção dos outros com quem pretendem compor a rede de atenção e, dessa forma, consigam construir um objeto integral compartilhado, visto que, para as mulheres, o problema é único.

Sobre a continuidade ou seguimento do caso, na realidade das instituições, o que se busca é o encaminhamento de problemas, de modo a dar acesso à mulher a outros equipamentos sociais existentes, funcionando, assim, como uma etapa de triagem para direcionamento do caso na rede, mas não se configurando como um trabalho em rede.

[...] é aquela questão de equipamento, o equipamento ficar jogando o problema para o outro, jogando a bola... Parece que, quando a gente liga, a pessoa fica mais interessada em saber o caso e o motivo para falar que aquele serviço não é meu do que para falar “esse serviço é meu vamos acolher”. Parece que tanto o olhar quanto a escuta está mais programada para o não. “Não, não é meu!”. E é onde a

rede não trabalha é onde a violência contra a mulher aumenta por quê? Porque a mulher não tem condições e muitas vezes se sente tão frágil que ela não consegue dar conta disso e aí os equipamentos públicos e a comunidade que deveria identificar esta mulher e acolher e ajudar também não faz isso (S5 - Instituição 02).

Pode-se considerar que existe uma limitada transversalidade do trabalho na rede, visto que a funcionalidade é apenas colocar a mulher na rota do atendimento dos serviços na rede. É importante refletir que, apesar de limitada, a rede ainda constitui um avanço, visto que antes a mulher não dispunha de qualquer equipamento. Assim, quando as instituições atuam como uma somatória ou justaposição de intervenções, estas se constituem mais como uma “trama” de instituições do que como “rede”, o que reforça a “rota-crítica” das mulheres (SCHRAIBER et al., 2012).

Ainda sob a perspectiva da transversalidade da atenção, como mencionado na categoria anterior, não há homogeneidade a todos os participantes deste estudo quanto à forma como percebem a violência contra a mulher. Consideram que, na atenção à mulher, poucos profissionais são capacitados e sensibilizados para trabalhar com a violência. Um dos sentidos dados a esta falta de sensibilização é certa “naturalização” da violência, ou mesmo o processo de trabalho, em que o acolhimento não é a prioridade na atenção, acolhimento que reconhecem ser necessário para romper com o ciclo de violência.

[...] eu acho que o ser humano está caminhando para um... Para uma prática profissional muito... Alguns, não vamos generalizar! Às vezes alguns equipamentos... Parece assim que são muitos frios e naturalistas na forma de trabalhar... (S5 - Instituição 02).

Então você percebe que ela ainda está com muito receio e com muita insegurança e a gente sabe que temos um papel fundamental nisso, porque se não ela retoma o movimento anterior mesmo (S1- Instituição 01).

Então para nós, embora a gente tenha muito trabalho e a gente lide com muito papel, eu penso que atendimento é mais importante que papel. Porque é esse o nosso papel primordial, o resto é acúmulo de serviço, é consequência, é papel (S7- Instituição 03).

Esta “naturalização” da violência pode estar relacionada aos valores cultivados no mundo contemporâneo, que têm exacerbado o individualismo racionalista, contribuindo para a desintegração do sentimento de pertencimento à comunidade e às potencialidades solidárias (MORIN, 2008).

Sobre a transversalidade do trabalho em rede, consideram que a prática se mostra limitada a negociações com pessoas na instituição, particularmente com pessoas que tenham olhar sensível e comprometido com a situação, ou mesmo pelos vínculos pessoais e de amizade. Nesse sentido, na medida em que os setores envolvidos se corresponsabilizam pela

tarefa, passa-se a formular a ideia da constituição de redes e torna-se efetiva a intersetorialidade (SILVEIRA, 2006).

[...] no trabalho de rede este funciona muito mais quando você liga para um local ou um equipamento que você conhece a pessoa que está do outro lado. Então, parece que as relações de amizade parecem que têm mais força do que as relações profissionais e institucionais (S5- Instituição 02).

[...] na verdade é uma renegociação frequente que a gente tem que ficar fazendo e depende da corresponsabilização de quem encaminha para quem está recebendo aquele caso também (S3-Instituição 01).

Desta forma, em relação às lacunas, observa-se que os desafios estão relacionados à falta de capacitação e à banalização da violência pelos profissionais e pelas instituições, o que resulta, muitas vezes, na invisibilidade do problema da violência contra a mulher. Diante desses desafios, para os profissionais, há dificuldades na identificação, no acolhimento, na assistência e no encaminhamento das situações.

Para o conjunto de serviços voltados às situações de violência contra a mulher, um dos desafios é, portanto, compor, uma assistência integral, que comunique as linguagens diferentes, específicas a cada setor assistencial e a cada profissão. Finalmente, é importante superar os conflitos e as divergências quanto à concepção do objeto e às formas de intervenção, possibilitando a articulação integradora de ações assistenciais, ou seja, que as diferenças de compreensão não impliquem impasses, mas ações articuladas e complementares na assistência às mulheres (SCHRAIBER et al., 2012).

No último núcleo de sentido, identificaram-se as fragilidades na rede e as potencialidades em rede para o desenvolvimento do trabalho interinstitucional. Os atores sociais atribuem as fragilidades de atuação em rede ao número reduzido de equipamentos e de profissionais, frente ao volume da demanda.

Às vezes, a questão do volume de mulheres que estão lá... Às vezes, elas ficam durante horas lá, mas é natural porque é a única delegacia. Seria o ideal ter mais delegacias e mais pessoas para atender... (S1-Instituição 01).

[...] às vezes o que faz com que os outros equipamentos não acolham de imediato os encaminhamentos que a gente faz é a realidade presente em todos como a questão da demanda, a falta de recursos humanos nestes equipamentos para acolher... (S5 - Instituição 02).

A percepção de estar diante de restrição de pessoal e de equipamento é uma visão contundente/parcial da situação. Em um sentido mais amplo desta compreensão, os atores sociais reconhecem outras dimensões do problema, que não se apresentam visíveis e

objetivadas em números, mas perpassam a subjetividade dos profissionais que atuam nas instituições que fragilizam o trabalho em rede.

Nesta direção, os atores sociais reconhecem que há uma falta de responsabilização, de comunicação entre as instituições e uma suposta desmotivação dos profissionais, que pode ser interpretada como certa descrença na resolutividade dos processos, tal como vem sendo realizado.

Não existe contato! A gente não sabe como isso está fluindo ou não. Todos os profissionais envolvidos, nenhum assumindo, e é onde a rede é muito falha. E eu acho que a comunicação entre profissionais do serviço é o que mais falta (S4- Instituição 02).

[...] que é a fragilidade porque os policiais têm um papel importantíssimo nisso, mas ou eles não querem ter esta responsabilidade, mas é um evento que, quando entra na rede, na questão da justiça, dá trabalho, principalmente a desmotivação que os próprios delegados e escrivão fazem quando a mulher vai lá fazer a queixa, eles tentam qualquer coisa para a mulher não fazer o boletim de ocorrência e banaliza (S5- Instituição 02).

Para uma efetiva articulação intersetorial, é necessária uma dinâmica de trabalho que valorize e favoreça tal processo, o que exige recursos humanos não sobrecarregados e espaços de comunicação entre os setores (GOMES et al., 2012). Assim, o frágil compromisso do poder público e dos profissionais na cogestão das ações de atenção à mulher em situação de violência se constitui de um elemento-chave na falta de responsabilização e de comunicação apontada pelos atores sociais, sendo necessário potencializar estratégias interdisciplinares e intersetoriais para transformar a prática que busca a atenção integral e longitudinal e o estímulo ao compartilhamento e corresponsabilidade das ações.

Dentro da lógica da corporação policial, o fato de ser designado para uma delegacia que atende as mulheres pode significar um desprestígio por ter que cuidar de “crimes menores”, o que colabora para a falta de identidade e a desvalorização em relação ao próprio trabalho (SILVIERA, 2006). Este contexto interfere na forma como as mulheres são orientadas no momento da denúncia, o que pode inclusive interferir na decisão de registrar ou não a ocorrência (MACHADO, 2002b).

Outro aspecto que pode ser identificado por trás desta suposta desmotivação é o estigma que ainda se apresenta enrustido em nossa cultura machista apontada como fragilidade na atenção à mulher, que ao invés de acolhê-la, acaba por julgá-la e revitimizá-la.

O que fragiliza a rede é a questão da nossa cultura patrimonialista, machista, as questões de gênero. O que fragiliza é nossa cultura de achar que violência é normal e natural. [...] o que falta é de repente colocar os profissionais sensíveis para trabalhar naquele local e ter este olhar... [...] que falta a capacitação, acho que

nem é capacitação, falta a qualificação melhor dos profissionais para atender esta violência, principalmente, o olhar para não julgar (S5-Instituição 02).

A desigualdade de gênero resulta em vulnerabilidade, expressa pela cultura machista, e produz a banalização da violência em situações que não seriam importantes ou oportunas, para demandar qualquer intervenção, bem como a naturalização dos comportamentos violentos dos homens como essência masculina, o que não se pode mudar pela cultura (SCHRAIBER et al., 2012).

Vale salientar que esta compreensão das fragilidades remete-se ao princípio recursivo, entendido como um processo onde os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores do que os produz (MORIN, 2011a). Neste sentido, a forma como os equipamentos estão organizados, dentro das funcionalidades, a falta de responsabilização e de comunicação e a reprodução da cultura patriarcalista, pela falta de capacitação e também de sensibilização, configuram as relações em rede, marcadas pela perpetuação do ciclo de violência à mulher e da violência institucional, caracterizado por ações fragmentadas.

E ela fica nesse ciclo de violência que eu posso dizer familiar, e com violência dos profissionais também. A própria rede acaba violentando essa mulher, principalmente quando ela vai procurar um centro de saúde que ela tem lá dores de cabeça semanalmente e é a mulher poliqueixosa. Mas por quê?! Porque talvez ali quando ela apresenta um problema de saúde, ela é olhada? Ela é notada? Ela tem o profissional, e o profissional tem certa sensibilidade para tentar curar o problema de saúde dela, mas, ao mesmo tempo, ele não consegue perceber que ela tem algo além... a grande maioria atende momentaneamente ali e está tudo bem. E depois também marginaliza essa mulher, faz comentários inapropriados, mas não consegue ver foco ali da violência em si. Então é frágil a rede, é truncado... (S4-Instituição 02).

Uma abordagem para a violência institucional é o reconhecimento de que as instituições reproduzem valores e prioridades sociais hegemônicas pela reprodução de comportamentos e rotinas discriminatórias, sem que consigam reconhecer nessas rotinas seu conteúdo opressor. Isso é especialmente verdadeiro nas ações de saúde, onde as rotinas técnicas, de tão repetidas, fragmentam a finalidade original de prestar um atendimento integral (DINIZ, 2006). Vale destacar que esta discriminação também ocorre nos distritos policiais, por meio da lógica operante desta corporação, ou seja, as queixas das mulheres são desqualificadas, e as respostas dos policiais demonstram impaciência e, muitas vezes, são extremamente machistas, ironizando e minimizando a violência que as mulheres sofrem (SILVEIRA, 2006). Frente a estas ações, o que se observa é que o tratamento dado às mulheres acaba por ser ineficaz ou reproduzir atitudes inapropriadas.

Em relação às lacunas da atenção, os profissionais relatam que as ações encontram-se aquém do que é proposto pela política de enfrentamento, com base na realidade contextual, pois o município ainda não tem políticas públicas que fortaleçam a rede.

Mas ainda tem aquelas lacunas que a gente precisa suprir com os fomentos das políticas mesmo. Fortalecer as políticas públicas no município (S3-Instituição 01).

Em uma reflexão dialógica sobre as ações na rede, os atores sociais não só apontam as fragilidades, mas reconhecem potencialidades para um trabalho em rede. Desta forma, um aspecto contextual que traz um novo fôlego aos serviços é o fato de que, nos últimos anos, os serviços de atenção à mulher em situação de violência em nosso país foram ampliados em número de equipamentos e ações. Para os atores sociais deste estudo, tal realidade é percebida como positiva, por ser um reforço ou, ainda, pela amplitude de serviços que pode ofertar à mulher.

É muito positiva... Então toda essa parceria está sendo positiva (S1-Instituição 01).

Então hoje ela tem uma gama de serviços como eu estava dizendo que ela pode procurar, onde ela pode ser socorrida e a gente tem intenção de ampliar, fazendo uma parceria (S7-Instituição 03).

Apesar da ampliação de serviços e ações, na prática, os serviços atuam de forma isolada, sem a compreensão da complexidade da violência, preocupados com o imediatismo da resolução dos casos e do cumprimento do encaminhamento da demanda, firmado, principalmente, pelas pactuações.

O conjunto de instituições disponibilizado à mulher, embora ainda esteja se construindo como rede, apresenta iniciativas que potencializam as ações em rede, tais como algumas instituições que investem na comunicação para não replicar o atendimento, ou mesmo na criação de estratégias que fortaleçam as ações no conjunto da rede.

É que na verdade antes parecia que eram serviços... Que faziam atendimentos e que prestava mais ou menos os mesmos atendimentos, mas que não conversaram. A mulher era atendida em um lugar e em outro ou essa mulher não era atendida em lugar nenhum... Então assim hoje a gente está conseguindo conversar e entrar em contato como uma rede mesmo. Não está nem perto do ideal, mas em vista do que era (S3-Instituição 01).

[...] faz a discussão de casos com a rede... Então, o que a gente possibilita é se o município faz atendimento de um caso de violência ou abuso, a gente possibilita que eles venham discutir... Visando fortalecer a rede dos outros municípios e também aprimorar o atendimento dos casos de violência (S5- Instituição 02).

Um olhar para o presente e para o futuro reconhece os caminhos para potencializar e criar expectativas para o trabalho em rede, que inclui melhorar a comunicação para integração entre os serviços, produzir efetivamente as ações intersetoriais e trabalhar pelo bem comum da mulher.

Precisa ser melhorada a conversa entre as secretarias para que todos possam trabalhar pelo bem comum da mulher vítima de violência. Eu percebo que ainda não existe uma integração destes serviços de maneira completa... Facilitaria muito os caminhos a serem percorridos por estas mulheres que precisam de auxílio, principalmente as que estão em risco de morte e que têm que refazer a vida em outro lugar ou que vêm de outro lugar para refazer sua vida aqui [...] eu ainda acredito que um dia essa rede vai funcionar completamente, que o serviço de saúde vai conversar com a assistência, vai conversar com a segurança e a justiça e aí esta mulher vai ser atendida de maneira integral... Ela vai ser atendida como um ser completo de direitos e de possibilidades (S2-Instituição 01).

[...] se vai estar aqui ou vai estar ali, os profissionais, os técnicos e as instituições têm que falar a mesma língua. Acho que dá para cada um fazer um pouquinho que a gente vai conseguir um resultado muito melhor e não simplesmente olhar e encaminhar para o que acha que tem que ser ali. Acho que tem que ser uma parceria, um trabalho em equipe multi e inter para que a coisa funcione (S4-Instituição 02).

Nesta direção, faz necessário promover espaços de reflexão sobre o saber e o saber-fazer, o que se traduz no discurso **“não vamos parar, vamos resolver, vamos ouvir, que a gente pode fazer juntos!”**

Às vezes, os funcionários de todos os equipamentos não têm tempo ou o trabalho não permite este tempo de reflexão, de ouvir o que o usuário ou o paciente está falando e nem o que o técnico está falando ou discutindo com ele. Às vezes, o cotidiano é tão rápido que perde essa questão “não vamos parar, vamos resolver, vamos ouvir, que a gente pode fazer juntos!” (S5-Instituição 02).

Neste sentido, é preciso entender a necessidade de não restringir a organização do trabalho na lógica da racionalidade e funcionalidade, mas empreender estratégias no sentido de enfrentar as lacunas. Portanto, o trabalho em rede não deve ter capacidade apenas de adaptar-se, mas de apreender, inventar e criar. Frente à organização institucional, a rigidez e a sequência de ações pré-determinadas permite a efetivação da instituição, porém, quando a instituição não consegue responder as demandas trazidas pelos fenômenos complexos, tende a fracassar. Nas instituições rígidas, não se precisa refletir e tudo se faz por automatismo, já nas instituições que permitem o desenvolvimento de estratégias, estas permitem absorver os elementos capazes de contribuir para o desenvolvimento do trabalho. Assim, a possibilidade de flexibilidade e de adaptatividade favorece as escleroses no fenômeno burocrático (MORIN, 2011a).

Esta visão implica um conjunto de práticas que reconheça que cada sujeito é parte integrante de uma rede maior, de modo que todos, de alguma forma, estão implicados entre si (DUTRA; VILLELA, 2012). Assim, o poder da rede guarda relação com a qualidade dos vínculos, exigindo recursos, objetivos comuns, linguagens comuns e compromissos. Nesta dinâmica, é preciso estar aberto à reflexão enquanto instituições flexíveis, com baixo nível de formalização, onde todos participam da construção e de estratégias de intervenção (FEUERWERKER et al., 2000). Dessa forma, é necessário que as instituições pensem em estratégias de funcionamento que permitam a comunicação intra e intersetorial (GOMES et al., 2012).

*7 PENSAMENTO COMPLEXO: UM OLHAR
EM BUSCA DA TRANSVERSALIDADE DA
ATENÇÃO E DO TRABALHO EM REDE*

7 PENSAMENTO COMPLEXO: UM OLHAR EM BUSCA DA TRANSVERSALIDADE DA ATENÇÃO E DO TRABALHO EM REDE

A visão complexa pode atingir uma camada profunda da realidade que, justamente por ser profunda, ainda não encontra tradução em nossa lógica positivista, devido ao caráter multidimensional da realidade. Portanto, se a complexidade não é a chave do mundo, pode ser o desafio para enfrentá-lo, para revelá-lo, e, às vezes, mesmo para superá-lo (MORIN, 2011a). Sob o paradigma da complexidade, buscou-se analisar como se configuram as relações intersetoriais estabelecidas entre as diferentes instituições que constituem a rede de atenção às mulheres em situação de violência.

Desta forma, partiu-se da compreensão de que a violência contra a mulher se configura como um fenômeno multifacetado, e o modo como cada mulher lidará com essa situação, dados os contextos sociais, comunitários ou familiares em que estão inseridas, requer assistências diversas e complementares, demandando atenção em rede para produzir respostas eficientes (SCHRAIBER et al., 2012).

Nesse sentido, o conceito de rede de atenção à violência, definido pela Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, refere-se à atuação articulada entre as instituições governamentais, não governamentais e a comunidade. Esta atuação visa à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento e ao encaminhamento adequado (BRASIL, 2011). A atuação em redes tem se apresentado como um novo processo de contraposição às abordagens tradicionais das políticas públicas, que são pautadas por ações fragmentadas, pontuais e compensatórias, gerando intervenções simplificadas e segmentadas frente aos fenômenos complexos (UDE, 2008), como a violência contra a mulher.

Nas últimas três décadas, observa-se um incremento de instituições, garantido por meio de um intenso movimento dos direitos humanos das mulheres. No entanto, apesar do avanço representado pelas iniciativas da constituição e distribuição de instituições voltadas ao atendimento da mulher em situação de violência, muitas dificuldades ainda persistem no que se refere à qualidade da assistência oferecida e à articulação dessas instituições (SCHRAIBER et al., 2012).

Diante desta realidade, sob a ótica do paradigma do pensamento complexo, que possibilita realizar uma abordagem integrativa sob as diferentes dimensões presentes neste fenômeno, investigaram-se, junto aos profissionais das áreas psicossocial, de segurança pública e da saúde das instituições que compõem a rede de atenção à mulher em situação de

violência, de um município do interior paulista, as relações intersetoriais entre as instituições da rede, as fragilidades e as potencialidades para a concretização da transversalidade da atenção e do trabalho em rede.

O pressuposto desta pesquisa é que as instituições que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência têm direcionado as ações para o ajustamento das intervenções à cultura e à vocação assistencial de cada instituição, sem uma atenção integral e transversal, o que dificulta a qualidade da assistência.

Este ajustamento das intervenções à cultura e à vocação institucional pode estar relacionado ao **sistema autoeco-organizador** das instituições. Este se refere à forma como as instituições foram organizadas, pela sua autonomia e pelas suas interações com as outras instituições (MORIN, 2011a), o que configura o modo de atuação de cada instituição. Neste sentido, verificou-se que cada instituição possui um **eixo de atenção**, que pode ser classificado em: assistência psicossocial, assistência à saúde e assistência policial, o que configura sua vocação assistencial.

Frente a esta vocação, organiza-se a **funcionalidade da instituição no atendimento à mulher em situação de violência**, pois, embora tenha seu **eixo de atenção**, específico e diferente, cada instituição tem em comum a mesma orientação no desenvolvimento das ações, ou seja, captar as demandas com base na vocação institucional, o que é feito pela triagem. Nesta triagem, quando o serviço solicitado pela mulher não é oferecido na instituição, ocorre o encaminhamento para a rede de atenção, com foco na necessidade de seguimento e inserção nos equipamentos. Desta forma, a triagem funciona mais como um repasse de encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2010b).

Identificou-se uma dissociação importante entre triagem e o que se concebe por ação de acolhimento e por transversalidade da atenção. Assim, o acolhimento caracteriza-se pela postura ética que não pressupõe profissional específico para fazê-lo e que implica o compartilhamento de saberes, tomando para si a responsabilidade de “abrigar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade, orientando, quando for o caso, o sujeito e a família em relação a outros serviços, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2010b). Esta concepção do acolhimento corrobora o conceito de transversalidade da atenção, que visa colocar o usuário e suas necessidades no centro da atenção e que se configura pelas articulações de ações em um mesmo serviço ou entre serviços da mesma rede setorial ou intersetorial (SCHRAIBER et al., 2012).

Neste sentido, é importante considerar que são várias as demandas das mulheres em situação de violência, como demandas na área da saúde mental, do direito civil, do trabalho, além de moradia, creche, escola, e auxílio em relação ao abuso de álcool e drogas e adoecimentos. Estas necessidades são derivadas do desrespeito sistemático aos direitos humanos e à cidadania, bem como da conseqüente vulnerabilidade destas mulheres. Os desencontros entre os afazeres dos profissionais, vinculados à vocação assistencial, e o que efetivamente é necessidade da mulher, o que, às vezes, não é perguntado pelos profissionais, produzem uma assistência conflituosa e truncada, longe de uma atenção integral e transversal (SCHRAIBER et al., 2012). Portanto, reconhecer as necessidades das mulheres em situação de violência é central para organizar a atenção e para a transformação da práxis, tendo em vista que a violência é um fenômeno que determina necessidades em diversos setores (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

No que se refere à **dialógica das instituições que compõem a rede atuando na/em rede na atenção à mulher em situação de violência**, identificou-se que a rede é percebida pelos profissionais participantes deste estudo com **vínculos intersetoriais em construção**. Estando em um processo de construção, a operacionalização do atendimento encontra-se com dificuldade devido ao caráter pessoal do atendimento entre as instituições. Esse caráter de construção das relações pessoais e não institucionais opõe-se ao pressuposto da atuação em rede, em que o conhecimento do trabalho do outro, o conhecimento do próprio trabalho e a interação entre os profissionais promovem a articulação das ações (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Outro aspecto importante é a falta de sensibilização e de capacitação dos profissionais para o atendimento de casos de violência contra as mulheres, o que gera certa “naturalização” da violência e, por conseqüência, a ausência de direitos. Identificou-se que a desigualdade de gênero também se reproduz nas instituições a partir da percepção dos profissionais, o que se manifesta na opressão de gênero. Frente a esta realidade, sabe-se que não é uma tarefa fácil enfrentar todos os percalços para realizar a adaptação de serviços disponíveis de maneira que eles possam incorporar as propostas de justiça de gênero e de combate à violência. Isto sem contar todo o esforço de treinamento e reciclagem de profissionais, bem como a supervisão para que consigam incorporar uma perspectiva crítica de gênero em relação à violência (DINIZ, 2006).

Tal condição, além de ser um impeditivo para a operacionalização do atendimento pelo profissional, também faculta a dificuldade do acesso às instituições pelas mulheres, uma vez que a mulher não encontra apoio e acolhimento por parte dos profissionais e, por isso,

acaba desistindo, mantendo o ciclo da violência. Assim, a dificuldade de sensibilização e de capacitação dos profissionais, na condução e no seguimento dos casos, existe e interfere significativamente na qualidade de atenção do serviço e na atuação intersetorial (DINIZ, 2006).

Dessa forma, as atitudes negativas dos profissionais e as respostas institucionais inadequadas são consideradas importantes fatores inibidores da rota crítica, enquanto a informação precisa e a qualidade da atenção são fatores protetores, embora estas últimas aconteçam mais raramente (MENEGHEL, 2009; SCHRAIBER et al., 2012). É neste contexto que a capacitação dos profissionais é importante para reconhecer e abordar a violência por meio do acolhimento e do reconhecimento da integralidade das mulheres como sujeitos de direitos para, então, promover o trabalho de forma articulada com outros setores da sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

As relações não institucionalizadas acarretam o isolamento institucional e limitam as respostas necessárias para superar os problemas das mulheres. Frente a esse cenário, os profissionais e as instituições impactadas pela demanda passam a buscar parcerias que se apresentam sob diferentes vertentes, a depender do ajustamento às realidades e às demandas percebidas nas instituições, sendo que estas parcerias visam garantir acesso a outros equipamentos sociais, ampliar e captar a demanda reprimida e garantir o atendimento rápido e sigiloso.

Na pesquisa, verificou-se que os profissionais, timidamente, compartilham da visão de que a pactuação também é um instrumento que visa fortalecer e aumentar as instituições participantes da rede. Esta ação atende a uma importante especificidade da rede, a plasticidade, ou seja, embora a rede ofereça distintos serviços nas instituições, reúne, por meio de parcerias, um percurso efetivo dos casos, que se recompõem em diversos desenhos (SCHRAIBER et al., 2012).

Compreendeu-se que **a atenção às mulheres em situação de violência na transversalidade do trabalho das instituições na/em rede** e o alcance da intersetorialidade por meio das parcerias é uma realidade ainda distante de se concretizar. Há evidências de que a organização em silo, ou seja, um sistema de administração incapaz de operar reciprocamente com outros sistemas/instituições com os quais se relaciona tem sido um fracasso em todos os campos e em todos os países (FRIEDMAN, 2007). Assim, a atuação em rede requer um modo de funcionamento que não é dado apenas pela existência de um conjunto de serviços, pois o conjunto pode apenas compor uma somatória de intervenção, com serviços justapostos, com os quais a atuação não estabelece nenhuma integração (SCHRAIBER et al., 2012).

Como parte da funcionalidade do trabalho nas instituições, identificou-se a preocupação dos profissionais em qualificar o caso, reconhecendo-o como apropriado para ser atendido pelo serviço, tendo os instrumentos burocráticos para dar concretude ao fato. No entanto, os profissionais reconhecem que os instrumentos acabam por ter o fim em si mesmo, estando dissociados da realidade contextual do caso, não sendo uma medida efetiva na atenção à mulher em situação de violência. Neste sentido, a efetivação da transversalidade do trabalho em rede também é comprometida pela questão burocrática das instituições, o que gera uma indisposição entre elas.

No contexto de rede institucional de atenção à mulher em situação de violência, no município estudado, verifica-se que houve incremento das instituições, mas que os processos de trabalhos ainda permanecem centralizados no modelo hierarquizado de atenção. A interligação recursiva das noções de hierarquia, centralização e especialização da concepção simplificadora em que as instituições são inseridas é insuficiente para responder à complexidade da auto-organização e, apesar de tal estrutura apresentar vantagens, comporta também riscos e fragilidades, como o caso da burocracia (MORIN, 2010).

Observa-se que, no desenvolvimento e na atuação da rede no enfrentamento da violência, ainda ocorre uma dicotomia entre aquilo que é preconizado pela atuação em rede e o que é vivenciado no cotidiano das práticas. Frente às características da rede, estão a inexistência de hierarquia, a autonomia, a cooperação, a interdependência, bem como a troca constante e duradora de recursos (MENDES, 2011).

Em relação à percepção dos profissionais, o que se identifica por meio de seus discursos é que eles não se colocam ou não se veem como parte da rede e reconhecem as lacunas para desenvolver uma atenção com base nos princípios da integralidade e continuidade da atenção, tanto no trabalho na instituição como na transversalidade do trabalho na rede. Assim, não existe um acompanhamento ou seguimento do caso por parte das instituições e, quando há, este fica a cargo do compromisso individual.

No entanto, para que a equipe considere a mulher como sujeito de direito, é necessário que os profissionais se reconheçam uns aos outros como sujeitos, para então superar as diferenças que predominam na lógica hierárquica das instituições. Trata-se, pois, de fortalecer o trabalho em rede que extrapole as iniciativas individuais, constituindo-se projetos assistenciais comuns (MENOSSI, 2009). Assim, a resposta à violência por parte dos profissionais e das instituições não depende mais da boa vontade de cada indivíduo, e sim de uma política da instituição, comprometida com o enfrentamento da violência (DINIZ, 2006).

Nesta direção, o desafio que se apresenta é realizar o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial, pois, diante da atual realidade, as equipes de cada instituição têm enfrentado o problema de modo parcial, incluindo, na atenção, equipes multidisciplinares que atuam de forma fragmentada, com o foco na especificidade de cada profissional ou setor no qual a mulher é atendida, como no caso da área de saúde.

Portanto, é importante refletir sobre a atuação do setor da saúde, cujo atendimento se pauta em protocolos que parecem não considerar as especificidades da violência, ou seja, há falta de sigilo e de prioridade. Assim, nas instituições de saúde, o modelo tradicional de atenção aborda os aspectos parciais do fenômeno saúde-doença (ALMEIDA FILHO, 2006). Sob a perspectiva do pensamento complexo, que considera a busca da unidade na multiplicidade, o paradigma simplificador do modelo tradicional de atenção à saúde não considera as articulações que tecem o todo, para além da soma das partes, isto implica a separação do objeto de conhecimento do seu contexto (MORIN, 2010).

Neste contexto, os serviços de saúde fazem parte da rede de atenção percorrida pela mulher em situação de violência. Contudo, a atenção se restringe ao dano físico, consequência da violência, sem nenhuma, ou pouca, articulação sobre a violência como uma categoria sociológica que faz interseção com a área da saúde, pois somente a lesão se constitui um problema específico da saúde, sobretudo no enfoque hegemônico do modelo de assistência biológico e fragmentado (GUEDES, SILVA; FONSECA, 2009). Nesta atenção fragmentada, não há uma visão poliocular da dinâmica da violência e dos aspectos subjetivos que favorecem suas manifestações, o que distancia os indivíduos de tornarem-se sujeitos de suas ações, uma vez que não há o reconhecimento do sujeito como parte deste contexto. Assim, estes aspectos dizem respeito a outras áreas, como da assistência social e da segurança pública (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007).

Portanto, a proposta para a quebra deste paradigma simplificador na saúde é a noção de integralidade do conhecimento, ou seja, a ideia de que o conhecimento é relativo e contextual, e o conceito de transdisciplinaridade, que defende a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias de produção de conhecimento e de ações que superem a compartimentalização do conhecimento e a incapacidade de articulação, ultrapassando as fronteiras disciplinares (ALMEIDA FILHO, 2006). Essa ideia perpassa a necessidade de resgatar a construção do perfil generalista de formação dos profissionais, focado nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na área da saúde (BRASIL, 2001).

O perfil generalista atende as necessidades de construção de uma formação profissional que dê conta de responder às demandas reais do contexto das instituições, demandas relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais (MENOSSI, 2009). Esta formação está baseada em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial e permite a problematização da realidade para o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexivo, a articulação entre a teoria e a prática e a consequente incorporação do princípio da responsabilidade social para contribuir na melhora da situação de saúde da população (VILELA; MENDES, 2003).

Entretanto, esta ideia não anula a importância das especializações disciplinares, mas possibilita a concepção da ligação entre elas, para que não ocultem as realidades globais. Assim, esta ligação visa às relações e às inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, além das relações de reciprocidade entre o todo e as partes, em nível local, que podem trazer implicações sobre o todo, em nível global, assim como repercutir nas partes (MORIN, 2010).

Não somente na saúde, mas também nos outros setores, os recortes disciplinares impedem a apreensão do que é “tecido junto” e debilitam a percepção do global, conduzindo ao enfraquecimento da responsabilidade, uma vez que cada um tende a se responsabilizar apenas por sua tarefa especializada, bem como da solidariedade, pois não percebe os vínculos com os seus concidadãos (MORIN, 2006). Portanto, o caminho que conduz à intersetorialidade esbarra na diversidade interna de conhecimentos estruturados em disciplinas específicas, assim como dos compromissos e projetos profissionais desarticulados.

Compreender essa diversidade de núcleos pode ajudar a pensar as aproximações e os distanciamentos entre as diferentes vocações e projetos assistenciais presentes na atenção à mulher em situação de violência. Assim, concordamos com Schraiber et al.(2012) que é importante compor a articulação entre as ações particulares de cada instituição com uma produção assistencial que seja minimamente partilhada entre as diferentes instituições, mas, para tal, deve haver uma definição institucional que dialogue entre si. Tal condição possibilita a continuidade ou seguimento do caso, que, na realidade atual, apresentam-se reduzidos a encaminhamentos de problemas por parte das instituições, de modo a dar acesso à mulher a outros equipamentos sociais existentes, funcionando como uma etapa de triagem para direcionamento do caso na rede, mas não se configurando como um trabalho em rede.

Desta forma, o sentido expresso pelos participantes não contempla o que se concebe por intersetorialidade, que é a visão mais ampla dos interesses comuns e de ação integrada e compartilhada no planejamento e na ação de diferentes instâncias de política pública, o que pode acontecer em diferentes níveis. No plano macro, implica um desenvolvimento

econômico e social que articule as diversas agências do governo e da sociedade civil em um planejamento global e estratégico coerente e de ações integradas e colaborativas em rede, com referência no território, tendo o controle social, como espaços privilegiados de sua implementação, monitoramento e avaliação. No plano regional e local, significa uma articulação “por baixo”, isto é, conhecer o conjunto de políticas e programas já existentes, para gerar linhas de cooperação, intercâmbio de conhecimento e experiências, propor iniciativas e ações conjuntas e compartilhadas (VASCONSELOS, 2009).

Neste sentido, em resposta ao pressuposto deste estudo, compreende-se que não há uma integração transdisciplinar e intersetorial, ou seja, o trabalho não ocorre de modo interligado e contextualizado, o que pode contribuir para as fragilidades da rede e, portanto, não contemplar o real acolhimento das necessidades das mulheres. Assim, nas condições de trabalho em que se fundamenta a complexidade da condição humana, identificam-se práticas promotoras, bem como fragilidades que demarcam o afastamento desta prática (MENOSSI, 2009), mas que juntas permitem a reflexão e a capacidade articuladora para atuação em rede.

As **fragilidades de atuação na rede**, na perspectiva dos profissionais participantes do estudo, são atribuídas ao número reduzido de equipamentos e de profissionais frente ao volume da demanda. Compreendeu-se que essa percepção de estar diante de restrição de pessoal e de equipamento é uma visão contundente/parcial da situação. Entretanto, em um sentido mais amplo da compreensão do problema, os profissionais reconhecem deficiências em sua capacitação e sensibilização quanto à atenção a mulheres em situação de violência, sendo necessária uma formação de caráter político para questionar a não garantia dos direitos da mulher, com potencial para transformação deste processo de “naturalização” instaurado nas instituições (PAIM, 2012).

As fragilidades no processo se refletem na produção insuficiente e inadequada das respostas, o que não contribui para romper o ciclo de violência e não atende as reais necessidades das mulheres. Vale destacar que esta compreensão das fragilidades remete-se ao princípio recursivo, entendido como um processo em que os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores do que os produz (MORIN, 2011a).

Neste sentido, a forma como os equipamentos estão organizados, dentro de vocações assistências e das funcionalidades, produz as fragilidades da afirmação das políticas públicas e da atuação em rede, caracterizadas pela falta de responsabilização e de comunicação entre as instituições, o que, para alguns profissionais, pode estar relacionado a uma certa desmotivação ou mesmo descrença na resolutividade dos processos.

Sobre esta resolutividade, é importante considerar que, para o desenvolvimento do trabalho em rede, são necessários três princípios organizadores: a articulação das ações profissionais, em que há atuações profissionais específicas que devem ser mantidas, mas de modo interconectado; a interação entre os profissionais para organizar o trabalho, de modo que haja efetiva comunicação entre seus profissionais; e a integração entre as instituições enquanto instituições de diferentes setores (SCHRAIBER et al., 2012).

Outra questão organizacional e gerencial que tem fragilizado a rede é sua falta de avaliação sistemática, como observa Diniz (2006). Sabe-se que muitas instituições sequer possuem informações sobre o volume de atendimentos que realizam, o que impossibilita uma avaliação (SCHRAIBER et al., 2012). Portanto, é preciso ter propostas monitoradas de avaliação e supervisão sistemática para qualificar os serviços prestados e que estas informações devem ser utilizadas para garantir políticas públicas e melhorar as respostas das instituições (GARCIA-MORENO et al., 2014). Assim, é importante reconhecer que o conhecimento das informações ou de dados isolados é insuficiente, portanto é preciso situar as informações em seu contexto para que, dessa forma, adquiram sentido (MORIN, 2000).

Compreende-se que a certa desmotivação por parte de alguns profissionais guarda relação com a cultura machista, que se mantém de forma enrustida, revitimizando a mulher. Assim, as atitudes inadequadas dos profissionais reproduzem os preconceitos e uma postura sexista que permeiam as relações de gênero, criando um círculo vicioso entre a violência contra a mulher e a violência institucional, o que impede a interrupção da cadeia de produção da violência (VILLELA et al., 2011).

Vale considerar que a mudança da práxis dos profissionais não se dá por programas de ação e planos, mas está condicionada à visão de mundo, portanto a mudança não ocorre por decreto e/ou boa vontade. É um movimento lento e processual, que deve ser pensado desde a sua formação como profissionais e a partir da qualificação dos já formados, por meio de educação continuada para capacitação e sensibilização sobre as especificidades que cercam o tema. Nesta perspectiva, há o reconhecimento de que as mudanças culturais implicam articulações intersetoriais, criação de novos saberes e práticas e uma abertura para novos modelos de assistência, articulados em redes (DINIZ, 2006).

Portanto, isso significa pensar que a atenção à mulher em situação de violência, independente da especificidade da área de atuação, deve incluir como valor não apenas o saber instrumental ou técnico, mas sim um saber que permita a compreensão do fenômeno como um processo dinâmico, relacionado aos diferentes universos de significação e resignificação. Na área da saúde, universo em que atuamos, é fundamental a incorporação da

abordagem do tema “violência” na disciplina da saúde da mulher, sob o enfoque da perspectiva de gênero, bem como sua interdisciplinaridade nos diversos setores que constituem a rede de atenção.

Em uma reflexão dialógica sobre as ações na rede, os atores sociais não só apontam as fragilidades, mas reconhecem **potencialidades para um trabalho em rede**. O conjunto de instituições disponibilizado à mulher, embora ainda esteja se construindo como rede, apresenta iniciativas que potencializam as ações em rede, tais como algumas instituições que investem na comunicação para não replicar o atendimento, ou mesmo na criação de estratégias que fortaleçam as ações no conjunto da rede. Esta comunicação permite o desenvolvimento de projetos assistenciais comuns. Assim, para oferecer um cuidado integral e transversal, ao atuar em rede, é preciso identificar e lidar com o particular de cada caso, que necessitará de intervenção, e buscar sua complementaridade em ações das demais instituições, valorizando a comunicação entre os profissionais e as instituições, a fim de tomar decisões compartilhadas (SCHRAIBER et al., 2012).

Nesta direção, faz-se necessário promover espaços de reflexão sobre o saber e o saber-fazer. Assim, compreende-se que somente será possível instituir a atenção integral e transversal e em rede quando houver uma considerável transformação da forma de pensar e do saber-fazer (CARLOS, 2014).

Compreende-se que a atenção deve se mover em uma relação dialética entre fatores contextuais (como dinâmicas dos processos saúde-doença, questões de gênero, dados epidemiológicos e os avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, estrutura organizacional e de gestão). Os fatores contextuais, que são externos ao sistema de atenção, mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos, que estão sob a governabilidade setorial. Essa diferença faz com que os sistemas de atenção não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais (MENDES, 2011).

Assim, é preciso entender que certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão, como o envolvimento de numerosos atores, que dificulta a prestação de contas; o processo de negociação e de formação de consensos, que pode ser lento; a diluição de responsabilidades, que pode afetar o alcance dos objetivos; e as dificuldades de controle e coordenação, que tendem a gerar problemas na gestão (FLEURY; OUVENEY, 2011). Portanto, **um olhar em busca de transversalidade da atenção e do trabalho em rede** aos serviços já existentes é o desenvolvimento da gestão em redes, ou seja, uma **coordenação intersetorial** para estabelecer as vias de encaminhamentos e a continuidade da atenção (GARCIA-MORENO et al., 2014).

O poder da rede guarda relação com a qualidade das conexões e vínculos, exigindo recursos, compromissos, objetivos, atitudes e motivações que visem o coletivo. Para tanto, é necessário estar aberto à reflexão crítica e às trocas de experiências que convergem para a ideia de rede enquanto organizações flexíveis, com baixo nível de formalização, nas quais os profissionais devem participar da construção de estratégias de intervenções, com papel dinamizador, que permita a comunicação intra e intersetorial (FEUERWERKER et al., 2000; GOMES et al., 2012).

Neste sentido, é necessário um fluxograma analisador para organizar os processos de trabalho que se vinculam em torno da cadeia de produção (MERHY, 2007). A descrição das entradas no processo, das etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados, bem como a análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço funcionam como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia das instituições (BRASIL, 2010b).

Nas instituições rígidas, não se precisa refletir e tudo se faz por automatismo, já nas instituições que permitem o desenvolvimento de estratégias, estas permitem absorver os elementos capazes de contribuir para o desenvolvimento do trabalho. Assim, a possibilidade de flexibilidade e de adaptabilidade favorece as escleroses no fenômeno burocrático (MORIN, 2011a). Nesse sentido, é necessário incorporar novos modelos de gestão para se tecer a rede de atenção à mulher em situação de violência.

Neste contexto, para a gestão eficiente dos processos, é necessário entender o enfoque sistêmico das organizações, porque os processos não estão isolados e interagem fortemente entre si (COUTO; PEDROSA, 2009). Assim, diante da complexidade do fenômeno estudado, do caráter multidimensional da configuração e funcionalidade da rede de instituições de atenção à mulher em situação de violência no município estudado, os resultados deste estudo trazem importante contribuição no sentido de construir uma atenção que possa responder às necessidades dessas mulheres, por meio de relações intersetoriais efetivas.

Entendemos que, apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, ainda persistem “nós críticos” na implementação da atenção em rede e, no sentido de contribuir para repensar o modo de cuidar da mulher em situação de violência, principalmente ao que se refere à atenção em rede, é importante que os profissionais que lidam com essas mulheres apropriem-se de novos saberes, de diversas áreas do conhecimento, das discussões interdisciplinares e intersetoriais, para, assim, subsidiar e aprimorar a prática, a fim de que o princípio da integralidade da atenção possa se produzir enquanto prática.

Como são muitos os desafios a serem alcançados, e esta é uma primeira etapa de diagnóstico de nossa realidade, é necessária a proposição de estratégias concretas que se mostrem viáveis e aplicáveis a esta realidade. Para tanto, sugere-se realizar uma pesquisa-ação, por meio de mapeamento de processo, que é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação que tem a intenção de ajudar a melhorar os processos existentes. Muitas organizações modernas possuem estruturas funcionais e hierárquicas, que isolam as instituições e os departamentos, empobrecem a coordenação das atividades e limitam a comunicação. Assim, o trabalho acaba sendo fragmentado e compartimentado (GARVIN, 1998).

Por isso, o mapeamento de processos é um instrumento para introduzir mudanças, principalmente nos sistemas de gestão, para que realmente ocorram melhorias da qualidade da assistência e da implementação efetiva de políticas intersetoriais (NOVAES, 2004). Assim, a gestão por processos é uma metodologia para contínua avaliação, análise e melhoria do desempenho dos processos-chave da organização, ou seja, processos que mais impactam na qualidade da gestão e ainda permite detectar falhas e oportunidades de melhoria, além de eliminar ações que são duplicadas (MELLO et al., 2002).

Finalmente, sustentado no pensamento complexo, vale destacar que o conhecimento é sempre inacabado e dinâmico, portanto este estudo pretende indicar caminhos a serem construídos. Desta forma, é importante pensar na complexidade da relação ordem/desordem/organização, pois os fenômenos desordenados são necessários em certas condições para a produção de fenômenos organizados, os quais contribuem para o crescimento da ordem (MORIN, 2011a).

REFERÊNCIAS²

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; AQUINO, E.; JAMES, S.; KAWACHI, I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, v. 59, n. 7, p. 1339-53, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005.

ALMEIDA FILHO, N. A saúde e o paradigma da complexidade. **Cadernos IHU (UNISINOS)**, São Leopoldo, v.4, n.15, p. 1-45, 2006.

BARALDI, A. C. P.; ALMEIDA, A. M.; PERDONÁ, G. C.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, jul./set. 2012.

BISPO, T. C. F.; ALMEIDA, L. C. G.; DINIZ, N. M. F. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 11-18, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1984.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem; Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intra-familiar: orientações para a prática em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

BRASIL. Lei 10.683 de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de maio 2003a. Seção 1, p.1.

BRASIL. Lei nº 10.778/03, 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 privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de nov. 2003b. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Portaria nº 2.406, 05 de novembro de 2004a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 de nov. 2004a. Seção 1, p. 25.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004**. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm>. Acesso em: 20 maio 2012.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas Públicas para as mulheres**. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Brasília, DF, 2005a. 23 p.

BRASIL. Presidência da República. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2005b. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/ouvidoria/central-de-atendimento-a-mulher>>. Acesso em 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. Brasília, DF, 2005c. 70 p.

BRASIL. 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. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 08 de ago. 2006. Seção 1, p.1.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. **Enfrentamento à violência contra a mulher**: balanço de ações 2006-2007. Brasília, DF, 2007a. 61 p.

BRASIL. Lei nº. 11.489, de 20 de julho de 2007. Institui o dia 6 de dezembro como o Dia Nacional de mobilização dos homens pelo fim da violência contra as mulheres. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 21 de jun. 2007b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11489.htm>. Acesso em: 20 abr. 2012.

BRASIL. **Recomendação nº. 9 de 08 de março de 2007**. Conselho Nacional de Justiça. Recomenda aos Tribunais de Justiça a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e a adoção de outras medidas, previstas na Lei 11.340, de 09.08.2006, tendentes à implementação das políticas públicas, que visem a garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares. 2007c. Disponível em: <http://ouro01.cnj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&catid=60:recomend-as-do-conselho&id=2776:recomenda-no-9>. Acesso em: 20 abr. 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional de 2010**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 15 jun. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 44 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2011. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº. 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho 2012. Seção 1, p. 59.

BROWN, D. S.; FINKELSTEIN, E. A.; MERCY, J. A. Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 23, n. 12, p. 1747-1766, feb. 2008.

BRUSCHI, A.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 256-264, abr. 2006.

CARLOS, D. M. **O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes – olhar da Atenção Básica à Saúde**. 2014. 208 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2014.

CARLSON, B. E.; MCNUTT, L. A.; CHOI, D. Y.; ROSE, I. M. Intimate partner abuse and mental health: the role of social support and others protective factors. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 8, n. 6, p. 720-745, jun. 2002.

CARREIRA, D.; PANDJIARJIAN, V. **Vem pra roda! Vem pra rede!**: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003. 77 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National violent death reporting system**: monitoring and tracking the causes of violent deaths in 2008. Atlanta, GA, 2008. Disponível em: <<http://stacks.cdc.gov/view/cdc/11530>> Acesso em: 02 mar. 2014.

CHAMBLISS, L. R. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 51, n. 2, p. 385-397, jun. 2008.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Gestão da qualidade e de riscos em serviços de saúde**. Coleção Metodologia da Acreditação. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. Belo Horizonte: Editora IAG Saúde, 2009. 462 p.

DEVRIES, K. M.; KISHOR, S.; JOHNSON, H.; STÖCKL, H.; BACCHUS, L. J.; GARCIA-MORENO, C.; WATTS, C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reproductive Health Matters**, v. 18, n. 36, p. 158-170, 2010.

DINIZ, S. G. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, A. L (Orgs.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005)**: alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 7-15. Disponível em <www.mulheres.org.br/25anos>. Acesso em 20 mai 2012.

D' OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero, necessidades de saúde e usos de serviços em atenção primária**. 2000. 279f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I.; LUDERMIR, A. B.; PORTELLA, A. P.; DINIZ, C. S.; COUTO, M. T.; VALENÇA, O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-310, abr. 2009.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-322, set. 2007.

DUTRA, M. L.; VILLELA, W. V. O setor saúde e a configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Boletim Instituto Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 266-273, 2012.

DUTRA, M. L.; PRATES, P. L.; NAKAMURA, E.; VILLELA, W. V. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, mai. 2013.

ERDMANN, A. L.; MELLO, A. L. S. F.; MEIRELLES, B. H. S.; MARINO, S. R. A. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-471, jul./ago. 2004

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004.

FELIZARDO-JUNIOR, L. C.; UDE, E. Enfrentamento à violência, configurações e redes sociais: possibilidades teórico-metodológicas para a realização de intervenções. In: SANTOS, G. L.; FELIZARDO-JUNIOR, L. C.; UDE, E. (Orgs). **Escola, violência e redes sociais**. Belo Horizonte: FAE: UFMG, 2009.

FEUERWERKER, L. M. C.; COSTA, H. O. G.; SADER, N. B.; KHALIL, M. E. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. **Divulgação para Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 9-17, 2000.

FONSECA-MACHADO, M. O. **Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros**. 2014. 153f. Tese (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

FLEURY, S. M. T.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro, FGV Editora, 2011, 204 p.

FREITAS, W. M. F.; OLIVEIRA, M. H. B.; SILVA, A. T. M. C. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in) visíveis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 457-466, jul./set. 2013.

FRIEDMAN, T. L. **O mundo é plano**: uma breve história do século XXI. Rio de Janeiro, Objetiva, 2007. 488 p.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A. F. M.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS, C. H. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. **The Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, oct. 2006.

GARCIA-MORENO, C.; HEGARTY, K.; D'OLIVEIRA, A. F. L.; KOZIOL-MACLAIN, J.; COLOMBINI, M.; FEDE, G. The health-systems response to violence against women. **The Lancet**, p. 1-13, nov. 2014. doi:10.1016/S0140-6736(14)61837-7.

GARVIN, D. A. The Processes of Organization and Management. **MIT Sloan Management Review**, v. 39, n. 4, p. 33-50, 1998.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 79-108.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.; SILVA-FILHO, C. C.; SANTOS, J. N. B. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 14-17, jan./mar. 2009.

GOMES, N. P.; BOMFIM, A. N. A.; DINIZ, N. M. F.; SOUZA, S. S.; COUTO, T. M. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 173-178, abr./jun. 2012.

GROVES, B. M.; AUGUSTYN, M.; LEE, D.; SAWIRES, P. **Identifying and responding to domestic violence**: consensus recommendations for child and adolescent health. San Francisco (CA): The Family Violence Prevention Fund, 2002. 94 p. Disponível em: <<http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/pediatric.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2012.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 625-631, jul./set. 2009.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-59, 2010.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population Reports**, v. 27, n. 4, p. 1-43, dec. 1999.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Violence by intimate partners. In: KRUG, E. G.; DALHBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. cap.4, p. 87-121.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulher em situação de violência. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p.485-501, set./dez. 2007.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, out. 2005.

KRUG, E. G.; DALHBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. 360 p.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n. 3, p. 467-473, set. 2008.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. 6, p. 1421-1428, nov./dez. 2011.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 524-529, 2012.

LOXTON, D.; SCHOFIELD, M.; HUSSAIN, R.; MISHRA, G. History of domestic violence and physical health in midlife. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 12, n. 8, p. 715-731, aug. 2006.

MACHADO, L.Z. Os frágeis direitos da mulher. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, v. 3, n.6, p. 22-25, out. 2002a.

MACHADO, L. Z. **Atender vítimas, criminalizar violências**. Dilemas das delegacias de mulheres. Série Antropologia. Brasília: Universidade de Brasília, 2002b, v. 319, 23 p.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v, 40, n. 4, p. 604-610, ago. 2006.

MASSULA, L. A violência e o acesso das mulheres à justiça: o caminho das pedras ou as pedras do (no) caminho. In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, A. L (Orgs.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005):** alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 140-167. Disponível em <www.mulheres.org.br/25anos>. Acesso em 22 set. 2014.

MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, p. 78-86, 2008. Número especial.

MEDRADO, B.; LEMOS, A. R.; BRASILINO, J. Violência de gênero: paradoxos na atenção a homens. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 471-478, jul./set. 2011.

MEIRA, T. H. D. **A violência por parceiro íntimo e sua interface com a saúde reprodutiva**. 2013. 119f. Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006

MELLO, C. H. P.; SILVA, C. E. S.; TURRIONI, J. B.; SOUZA, L. G. M. **ISO 9001:2000:** Sistema de gestão da qualidade para operações de produção e serviço. São Paulo: Editora Atlas, São Paulo, 2002, 224 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

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

MENEGHEL, S. N. **Rotas críticas:** mulheres enfrentando as violências. São Leopoldo: Unisinos, 2007. 156 p.

MENEGHEL, S. N. **Rotas Críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. 247 p.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-574. jun. 2011.

MENEGHEL, S. N.; VIAL, S. R. M. Rotas críticas: mulheres enfrentando as violências. **Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social**, n.14, p.199-213, out. 2008.

MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista brasileira de ginecologia obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, jun. 2003.

MENOSSE, M. J. **O cuidado do adolescente com câncer: a perspectiva do pensamento complexo.** 2009. 187 f. Tese (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2007, 190 p.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2008. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 284 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 108 p.

MORIN, E. **O paradigma perdido: a natureza humana.** 5ª ed. Portugal: Publicações Europa-América, 1973. 224p.

MORIN, E. Os desafios da complexidade. In: MORIN, E. **A religação dos saberes. O desafio do século XXI.** Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 2001. p. 559-567.

MORIN, E. **Os 7 Saberes Necessários à Educação do Futuro.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MORIN, E. **O método 2**: a vida da vida. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2002. 528 p.

MORIN, E. **O método 5**: a humanidade da humanidade. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2003. 312 p.

MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G; CARVALHO, E. A; ALMEIDA, M. C. (Orgs). **Ensaio de complexidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2006. p. 11-20.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. 350 p.

MORIN, E. Articulação dos saberes. In. MORIN, E.; ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. A. (Orgs). **Educação e complexidade**: os setes saberes e outros ensaios. Tradução de Edgar de Assis Carvalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 29-76.

MORIN, E. Os desafios. In: MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p.13-20.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Elaine Lisboa. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a. 120 p.

MORIN, E. **O método 3**: o conhecimento do conhecimento. Tradução de Juremir Macgado da Silva. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2011b. 286 p.

MORLAND, L. A.; LESKIN, G. A.; BLOCK, C. R.; CAMPBELL, J. C.; FRIEDMAN, M. J. Intimate partner violence and miscarriage: examination of the role of physical and psychological abuse and posttraumatic stress disorder. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 23, n.5, p. 652-669, may. 2008.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S147-S173, 2004. Supplement 2.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Convenção de Belém do Pará, 1994. Disponível em:<<http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-61.htm>>. Acesso em 18 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violência y salud**. Resolución n.19. Washington: Opas, 1994.

PÁDUA, E. M. M. **Pesquisa e complexidade**: estratégias metodológicas multidimensionais. 1º ed. Curitiba: Editora CRV, 2014. 132 p.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012

PIOVESAN, F. Direitos civis e políticos: a conquista da cidadania feminina. In: UNIFEM.; FUNDAÇÃO FORD.; CEPIA. **O Progresso das Mulheres no Brasil**. Brasília: UNIFEM/FUNDAÇÃO FORD/CEPIA, 2006. p. 32-52.

PLICHTA, S. B. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. **Journal Interpersonal Violence**, v. 19, n. 11, p. 1296-1323, nov. 2004.

PRESSER, A. D.; MENEGHEL, S. N.; HENNINGTON, E. A. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 126-137, jul./set. 2008.

RODRIGUES, D. T. **Análise da violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco**. 2007. 166f. Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ROSE, L. E.; CAMPBELL, J.; KUB, J. The role of social support and family relationships in women's responses to battering. **Health Care for Women International**, v. 21, n. 1, p. 27-39, 2000.

RÜCKERT, T. R.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; GARLET, E. R.; PEREIRA, W. A. P.; ACOSTA, A. M. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 180-186, abr./jun. 2008.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina**: estudios de caso de diez países. Organización Panamericana de la Salud, 2000. 145 p.

SANTI, L. N. **Estudo com mulheres vítimas de violência doméstica com lesões do complexo maxilo-mandibular e problemas associados**. 2007. 279 f. Tese (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n. 3, p. 417-424, jul./set. 2010.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003. 92p.

SANTOS, L. L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. 2003. 208 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTOS, S. S. C. Pesquisa em enfermagem à luz da complexidade de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 687-689, nov./dez. 2003.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 93-108, jan./mar. 2011.

SÃO PAULO (Estado). Portaria HCRP-217 de 21 de outubro de 2008. Dispõe sobre alteração da denominação do Grupo de Estudos de Atenção às Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual para serviço de atendimento à violência doméstica e agressão sexual. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 22 de out. de 2008. Seção 1, p.24.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica da Cultura da Paz, saúde e Cidadania. **Documento norteador para atenção integral às pessoas em situação de violência do município de São Paulo**. Secretaria Municipal de São Paulo, 2012a, 58p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades de saúde**. 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>> Acesso em: 20 maio 2012.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. **Superintendência da Polícia Técnico Científica**. 2013. Instituto Médico Legal. Disponível em: <<http://www.policiacientifica.sp.gov.br>> Acesso em: 20 maio 2013.

SCHENSUL, J. J. Key informants. In: NORMAN, B. A. (Ed). **Encyclopedia of health and behavior**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004. p.569-571.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. L. P. A violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-16, ago.1999.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. L. P.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, ago. 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. L. P.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, fev. 2003.

SCHRAIBER L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FALCÃO, M. T. C.; FIGUEIREDO, W. S. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. 1 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2005. 183 p.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 40, p. 112-120, ago. 2006. Número especial.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 205-216, 2009. Suplemento 2.

SCHRAIBER, L. B.; BARROS, C. R. S.; CASTILHO, E. A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 237-245, jun. 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência - da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital: Revista de Pensamento e Investigación Social**, v. 12, n. 3, p. 237-254, nov. 2012.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 608-6013, 2013.

SILVA, I. A. Prefácio. In: FABBRO, M. E. C.; MONTRONE, A. V. G. **Enfermagem em saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Senc Rio de Janeiro, 2013. p. 17-18.

SILVA JUNIOR, A. G. ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SILVEIRA, L. P. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, A. L. (Org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005):** alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 45-77. Disponível em <www.mulheres.org.br/25anos>. Acesso em: 20 maio 2012.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica:** alternativas terapêuticas. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 145 p.

SOUZA, M. C. A Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e suas implicações para o direito brasileiro. **Revista Eletrônica de Direito Internacional**, v. 5, p. 346-386, 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 688 p.

UDE, W. Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção. In: CUNHA, E.P; SILVA, E. M; GIOVANETTI, M. A. C. **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil:** expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p. 30-60.

UNITED NATIONS. **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.** Assemblée Générale 17 décembre 1979. Disponível em: <http://www.un.org/french/documents/instruments/docs_fr.asp?year=1970>. Acesso em: 12 jun. 2012.

UNITED NATIONS. **Declaration on the Elimination of Violence against Women.** General Assembly resolution n. A/48/104 of 20 dec. 1993. Geneva, 1993. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/gopher-data/esc/cn6/1986-93/e1993-27.en/>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

UNITED NATIONS. **Report of the fourth world Conference on Women.** Nova York, 1996. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20E.pdf>> Acesso em 12 jun. 2012.

VASCONCELOS, E. M. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-10, jan./abr. 2009

VENTURI, G.; RECAMÁN, M. As mulheres brasileiras no início do século XXI. In: VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 15-30.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-737, ago. 2011.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-53, jul./ago. 2003.

VILLELA, W. V.; VIANNA, L. A. C.; LIMA, L. F. P.; SALA, D. C. P.; VIEIRA, T. F.; VIEIRA, M. L.; OLIVEIRA, E. M. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013. 50 p.

APÉNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados de Identificação:

Qual a sua idade?

Escolaridade?

Qual a sua ocupação?

Quanto tempo trabalha neste serviço?

Qual a função ou cargo que exerce?

Roteiro de Perguntas:

1. Como as mulheres são encaminhadas para este serviço?
2. Quais os profissionais que atuam neste serviço?
3. Quais os serviços oferecidos nesta instituição?
4. Quais os serviços acionados por esta instituição?
5. Como são os vínculos estabelecidos com as outras instituições?
6. Quais as fragilidades e potencialidades no atendimento às mulheres em situação de violência?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo**”. O objetivo é compreender e analisar, sob a ótica dos profissionais das áreas psicossocial, policial e da saúde, quais os vínculos estabelecidos entre as diferentes instituições que constituem a rede de atenção às mulheres em situação de violência doméstica. Assim, solicito sua participação como profissional que assiste estas mulheres, pois, com a sua participação, você estará ajudando a melhorar a assistência prestada na rede.

Sua participação será responder, voluntariamente, uma entrevista individual, com algumas questões referentes à assistência à mulher em situação de violência. A entrevista será gravada e realizada em uma sala reservada nas dependências da instituição, apenas entre a pesquisadora e você, sem acompanhantes, sendo a duração da entrevista de aproximadamente 30 minutos. Suas informações serão tratadas com absoluto sigilo, não sendo publicado seu nome ou qualquer dado que possa lhe identificar. Você poderá responder de forma que quiser e, se tiver alguma dúvida sobre as perguntas, pode interromper a qualquer momento, bem como retirar este consentimento. Caso não deseje participar, não é obrigado e não terá nenhum prejuízo na instituição. Sua participação também será por meio de duas oficinas para construção do Mapa Mínimo da Rede Social Institucional, juntamente com os outros profissionais da sua equipe de trabalho. A oficina será gravada e realizada em uma sala reservada nas dependências da instituição, sendo a duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. As informações do grupo serão tratadas com absoluto sigilo, não sendo publicados os nomes ou qualquer dado que possa identificar os profissionais. Os dados obtidos serão divulgados em publicações científicas.

A sua participação na pesquisa não acarretará nenhum risco, nem implicações no seu ambiente de trabalho, apenas um possível desconforto, pois será necessário reorganizar seu tempo de trabalho para sua participação. Os benefícios serão indiretos, no aprimoramento da assistência às mulheres em situação de violência doméstica.

Você não terá gasto nenhum com a participação nesta pesquisa e será garantida a você uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado por você e pela pesquisadora. Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para esclarecimentos.

Pesquisadora: Angelina Lettiere

Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP.
Telefone: (16) 36023405. E-mail: angelinalettiere@ig.com.br

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, ciente sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, aceito participar voluntariamente da pesquisa com a garantia de que será mantido meu anonimato.

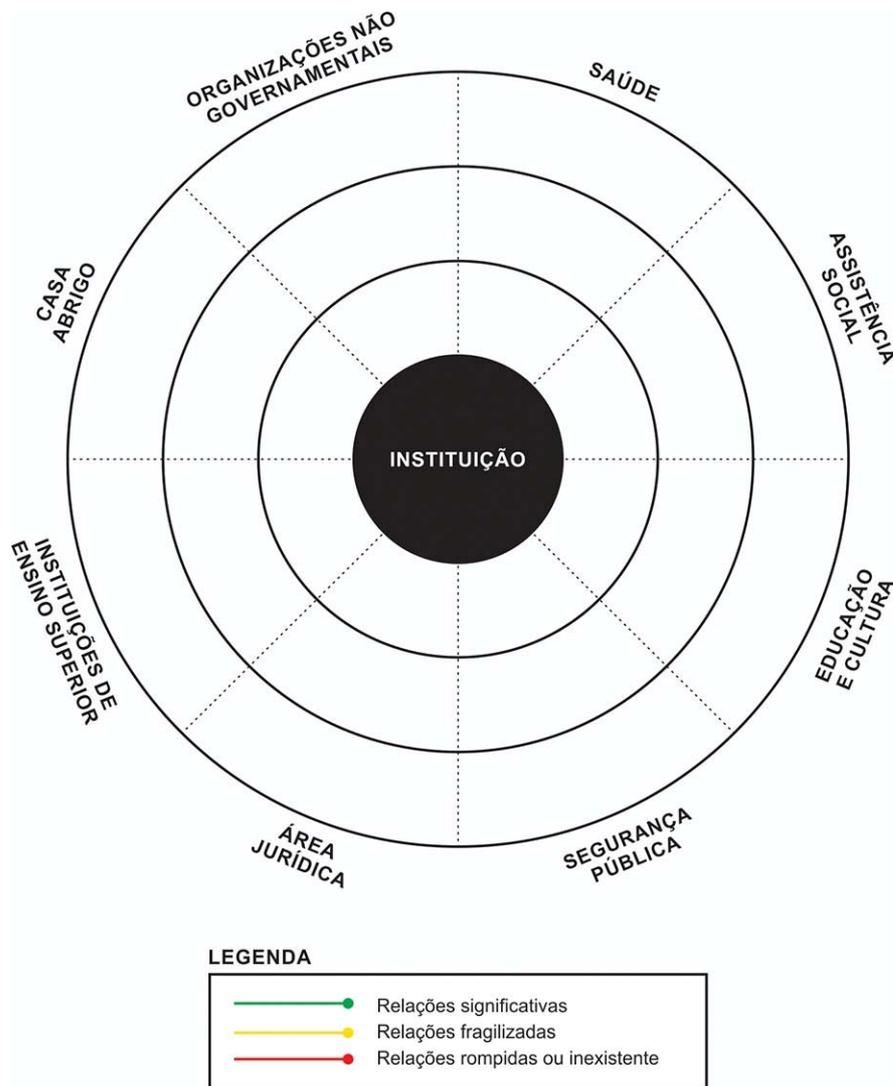
Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante do estudo: _____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Mapa Mínimo da Rede Social Institucional



ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 266/2013

Ribeirão Preto, 6 de novembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 6 de novembro de 2013.

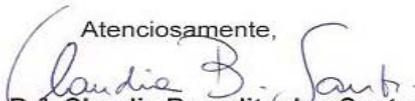
Protocolo: 19870613.2.0000.5393

Projeto: A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo.

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
Angelina Lettiere

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª. Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª. Dr.ª. Ana Márcia Spanó Nakano

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP