

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

CARLA MARIO BRITES

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO SOBRE
A REDE DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM
SANTA MARIA (RS)**

**São Borja
2019**

CARLA MARIO BRITES

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO SOBRE
A REDE DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM
SANTA MARIA (RS)**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Políticas Públicas / Mestrado
Profissional em Políticas Públicas da
Universidade Federal do Pampa
(UNIPAMPA)

Orientador: Augusto Junior Clemente

**São Borja
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

BB862i Brites, Carla Mario Brites

Implementação de políticas públicas: um estudo
sobre a rede de atendimento às mulheres vítimas de
violência em Santa Maria (RS) / Carla Mario Brites
Brites.

119 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Pampa, MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019.

"Orientação: Augusto Junior Clemente Clemente".

1. Violência contra a mulher. 2. Implementação
de políticas públicas. 3. Rede de atendimento. I.
Título.

CARLA MARIO BRITES

IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO SOBRE A REDE DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM SANTA MARIA (RS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas

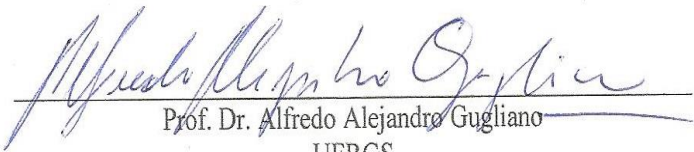
Área de concentração: Elaboração, implementação e avaliação de Políticas Públicas para o desenvolvimento regional em áreas de fronteira


Dissertação defendida e aprovada em: 28 de março de 2019

Banca examinadora:

Prof. Dr. Augusto Junior Clemente
Orientador
UFPR

Prof.^a. Dr.^a. Angela Quintanilha Gomes
UNIPAMPA


Prof. Dr. Alfredo Alejandro Gugliano
UFRGS


Prof.^a. Dr.^a. Marisete T. Hoffmann-Horochovski
UFPR

RESUMO

A presente dissertação faz uma análise do processo implementação das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher no município de Santa Maria/RS, tendo em vista que essa problemática possui números alarmantes e deve ser pensada de forma ampla, como uma questão de segurança, de saúde pública e de violação de direitos humanos. Nesse sentido, requer uma Rede de Atendimento para um atendimento integral às necessidades que o enfrentamento da violência impõe. Assim, direcionamos esta pesquisa, mais especificamente em observar a dinâmica que se estabelece no fluxo do atendimento às vítimas no processo de implementação, com especial atenção às percepções que os implementadores que lidam com este público possuem acerca da política de combate à violência contra a mulher, ou seja, trata-se a investigar os burocratas do nível da rua (LIPSKY, 1980). Objetivou-se reconhecer como estão sendo implementadas as políticas públicas de atenção às mulheres vítimas de violência na cidade de Santa Maria. Para isso, fez-se um recorte para as seguintes instituições e os profissionais que compõe a equipe básica de atuação nas instituições da Rede de Atendimento de atenção às mulheres em situação de violência: Rede de Saúde – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)- enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais; Rede de Assistência Social- Centro de Referência de Assistência Social (CREAS)- psicóloga, assistente social e coordenadora e na Rede de Justiça -Delegacia da Mulher (DEAM)- escritã de polícia, agente administrativo/recepção e delegada. Pautada pela metodologia qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com os referidos profissionais, as quais foram estudadas pela análise de conteúdo e de redes semânticas. Como resultados, verificou-se que a implementação das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência no município de Santa Maria sofrem influência da discricionariedade dos burocratas de nível de rua e que estas estão sendo implementadas parcialmente, quando se fala em Rede de Atendimento, invisibilidade das mulheres e atendimento psicológico.

Palavras-Chave: Violência Contra a Mulher; Implementação de Políticas Públicas; Rede de Atendimento.

ABSTRACT

The present dissertation analyzes the process of implementing public policies to combat violence against women in the municipality of Santa Maria / RS, considering that this problem has alarming numbers and should be considered in a broad way, as a matter of security, public health and human rights violations. In this sense, it requires a Network of Attendance for an integral service to the necessities that the confrontation of the violence imposes. Thus, we focus this research, more specifically on observing the dynamics that are established in the flow of care to the victims in the implementation process, with special attention to the perceptions that the implementers that deal with this public have about the policy to combat violence against women (LIPSKY, 1980). It aimed to recognize how the public policies of attention to women victims of violence in the city of Santa Maria are being implemented. To that end, a cut was made for the following institutions and the professionals that make up the basic team of action in the institutions of the Attention Network of attention to women in situations of violence: Health Network - Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) nurses, doctors, psychologists and social workers; Social Assistance Network - Reference Center for Social Assistance (CREAS) - psychologist, social worker and coordinator and in the Justice Network - Women's Police Station (DEAM) - police clerk, administrative / reception agent and delegate. Guided by the qualitative methodology, we conducted in-depth semi-structured interviews with these professionals, which were studied by content analysis and semantic networks. As a result, it was verified that the implementation of the public policies of attention to women in situations of violence in the municipality of Santa Maria are influenced by the discretion of the street-level bureaucrats and that these are being partially implemented when talking about the Attention Network, invisibility of women and psychological care.

Key words: Violence Against Women; Implementation of Public Policies; Service network.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência	14
Figura 2: Lista de categorias e transcrições categorizadas no RQDA	54
Grafo 1: Rede Semântica das Entrevistas	57
Grafo 2: Leis e Políticas Públicas	60
Grafo 3: Violência e Atendimento na Saúde	65
Grafo 4: Aborto	72
Grafo 5: Crianças e Adolescentes	76
Grafo 6: Intersetorialidade e Rede de Atendimento	80
Grafo 7: Segurança e Rotinas Administrativas	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Entrevistados por área e instituição	52
Quadro 2- Caracterização dos profissionais participantes do estudo	56
Quadro 3- Categorias e Graus de Centralidade	58
Quadro 4- Palavras e Graus de Centralidade	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CO	Centro Obstétrico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DPPA	Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GT	Grupo de Trabalho
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IML	Instituto Médico Legal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LMP	Lei Maria da Penha
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NT	Norma Técnica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PM	Polícia Militar
PML	Posto Médico Legal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDR	Política Nacional de Desenvolvimento Regional
POP	Procedimento Operacional Padrão
PIB	Produto Interno Bruto
RS	Rio Grande do Sul

SM	Santa Maria
SPM	Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	7
LISTA DE QUADROS	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	6
1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 HISTÓRIA E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	19
2.2 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	27
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	39
4 METODOLOGIA.....	51
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	56
5.1 Leis e Políticas Públicas	59
5.2 Violência e Atendimento na Saúde	65
5.3 Aborto	71
5.4 Crianças e Adolescentes	75
5.5 Intersetorialidade e Rede de Atendimento	79
5.6 Segurança e Rotinas Administrativas	91
6 CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE A	115
APÊNDICE B	116

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002, p.27) define violência como “o uso da força física ou do poder [...] contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo [...], que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A violência contra a mulher, em toda a suas formas, é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, religiões, estado civil, escolaridade ou etnia. Uma em cada três mulheres relatam agressões físicas pelo companheiro atual ou anterior e uma de cada cinco mulheres são vítimas de violência sexual ao longo da vida, configurando uma desigual relação de gênero e poder em proporções epidêmicas (OMS, 2013).

Diante desse contexto os serviços de atendimento são peça chave na detecção da problemática da violência contra a mulher, pois neles as mulheres têm possibilidade de acolhimento. Segundo a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)*, política pública que deu início à visibilidade dos problemas das mulheres para além da linha materna/infantil, o atendimento às mulheres em situações de violência deve ser feito através de redes integradas ou serviços de apoio, com base em políticas públicas centradas no cuidado integral à mulher (BRASIL, 2004).

No que se refere à organização e humanização dos atendimentos às mulheres vítimas de violência sexual, foi lançada a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, tendo como objetivo principal qualificar o atendimento, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos (BRASIL, 2013).

Assim, a violência contra as mulheres deve ser pensada de forma ampla, como uma questão de segurança, de saúde pública e de violação de direitos humanos, para que afinada com a atenção da OMS e iniciativas federais (como a PNAISM) esteja na agenda de discussão política. É em sintonia com esta temática que esta pesquisa se apresenta.

De acordo com a Declaração dos Direitos Humanos apresenta como fundamento os Direitos iguais entre homens e mulheres:

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores

condições de vida em uma liberdade mais ampla. (1948, ASSEMBLEIA GERAL NAÇÕES UNIDAS).

Ainda em seu 1º artigo declara que “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. Embora a Constituição brasileira assegure isso no seu Artigo 5º “Todos são *iguais* perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]”, ainda foi necessária a criação em 2006 da Lei Maria da Penha. Lei específica para resguardar o exercício de proteção à vida das mulheres. Conforme o artigo 3º desta lei:

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Além disso, no processo de implementação da lei 11.340/2006 o Governo Federal convocou as delegacias de polícia a se adequarem aos procedimentos de atendimento às vítimas da violência, no Art. 7º dispõe:

São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

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

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

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

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

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

Protocolos foram desenvolvidos para darem suporte e configurarem enfrentamento ao combate à violência contra as mulheres. Por exemplo, o Governo Federal desenvolveu o “Protocolo Mínimo de Padronização do Acolhimento e Atendimento da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar”¹ no ano de 2014. Este protocolo foi criado para que os atendimentos de suporte judicial sejam padronizados e orientem as ações dos servidores públicos.

Da mesma forma, em vários estados, são criados protocolos em Programas sociais com diretrizes gerais de atendimento.² Muitos desses são atrelados às secretarias de saúde que orientam seus profissionais no atendimento emergencial na rede de saúde³. Por vezes, o atendimento não é iniciado na delegacia, pois as vítimas de violência também buscam o atendimento de saúde pela gravidade das lesões e são nesses locais que muitas vítimas declaram que sofreram violência doméstica.

É nesta perspectiva que direcionamos esta pesquisa, mais especificamente em observar a dinâmica que se estabelece no fluxo do atendimento às vítimas no processo de implementação das políticas públicas que visam acolher as mulheres vítimas de violência, com especial atenção às percepções que os implementadores que lidam com este público possuem acerca da política de combate à violência contra a mulher, bem como os *gaps* do processo de implementação, ou seja, trata-se a investigar os *burocratas do nível da rua* (LIPSKY, 1980).

. Santa Maria, com emancipação político-administrativa em 17 de maio de 1858. Possui aproximadamente um total de 261.031 habitantes, sendo que desses 123.634 (47,36%) refere-se à população masculina e 137.394 (52,64%) à feminina (IBGE, 2010).

1 Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2014/12/cartilha_condege-Protocolo-M%C3%ADnimo.pdf. Acesso em: 31 jul.2018.

2 Programa Mulher, Viver sem Violência. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/diretrizes-gerais-e-protocolo-de-atendimento-cmb.pdf>. Acesso em: 31 jul.18.

3 Protocolo de Atendimento a vítima de violência doméstica em Hospital. Programa da cidade de Colombo. Disponível em: <http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/6-PROTOCOLO-DA-REDE-DE-ATENDIMENTO-A-MULHER-EM-VIOLENCIA-MULHER-CIDADA-VERSAO-2012.PDF>. Acesso em: 31 jul.2018.

Localizando-se na Mesorregião da Metade Sul do Rio Grande do Sul, esta região é considerada prioritária pelo governo federal, pois já foi uma das mais importantes do Estado, em questões de produção econômica e vivenciou décadas de decadência, tanto na sua situação econômica quanto social. Essa trajetória possibilitou que, ao longo dos anos, fosse construído um olhar em favor da formulação e implementação de políticas individualizadas e passasse a ser um região diferenciada, através da definição da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), com necessidade de intervenção em ações de desenvolvimento regional (CARGNIN, 2014).

O município figura entre os principais centros acadêmicos do país com a presença de instituições de ensino superior, além de rede de ensino fundamental e médio e de cursos técnicos. Possui um cultura diversificada, herdada das diversas etnias que marcam o povoamento de Santa Maria e das pessoas de diversos lugares do estado e do país que vivem, estudam e trabalham na cidade.

Nas questões de trabalho e rendimento encontra-se na 14ª posição no estado do Rio Grande do Sul (RS), com salário médio mensal de até 3,1 salários mínimos e com uma proporção de pessoas ocupadas em relação à população total de 29,0 %. Também, está na posição 257 de 497 dentre as cidades do estado em relação a educação, com nota média em Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 5,5 para os alunos anos iniciais do ensino fundamental e de 4,2 para alunos anos finais do ensino fundamental. Em questões de economia possui um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 23.026,46, colocando Santa Maria na posição 316 em todo o estado (IBGE, 2015-2016).

Com relação à violência, há estatísticas que mostram que a cidade de Santa Maria possui um alto número de registros de violência contra a mulher, chegando a possuir uma média diária de 12 casos de violência doméstica contra mulheres no ano de 2015. As maiores denúncias se concentravam em lesões corporais e ameaças e desta forma, a maioria destas mulheres necessita de um atendimento de saúde, da segurança pública e de acompanhamento social.

Dados do Observatório Estadual da Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul revelam que o município de Santa Maria registrou 1.132 casos de ameaça contra mulheres de janeiro a dezembro de 2018. Nesse mesmo período,

724 denúncias de lesão corporal; 44 casos de estupro contra mulheres e 15 feminicídios. Ainda, em informações coletadas na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher de Santa Maria, obteve-se no ano de 2017 - 2.918 casos de violência (doméstica e sexual) e em 2018 - 3.160 denúncias dos mesmos crimes (DEAM, 2018).

Além disso, devemos atentar para aquelas violências que muitas vezes não fazem parte das estatísticas, mas que são tão recorrentes quando as lesões físicas, como a violência psicológica, moral, patrimonial e etc., que demandam atendimentos integrais e humanizados nos mais diversos setores públicos.

Como podemos perceber, embora Santa Maria seja uma cidade relevante para o país dos pontos de vista, histórico, educacional e econômico, há mazelas sociais na cidade que precisam ser melhor investigadas academicamente, como é o caso da violência contra mulheres. Importante ressaltar que a cidade de Santa Maria é referência para diversos outros municípios da região em que está inserida e possui espaços de atendimento a esse público, tais como: serviços de referência para atendimento à saúde de mulheres em situação de violência sexual e de risco de vida, centros de referência de assistência social e delegacia da mulher. Assim, a cidade em tela se torna um bom *case* de estudos para pesquisadores que abordam o tema das políticas públicas voltadas para às mulheres.

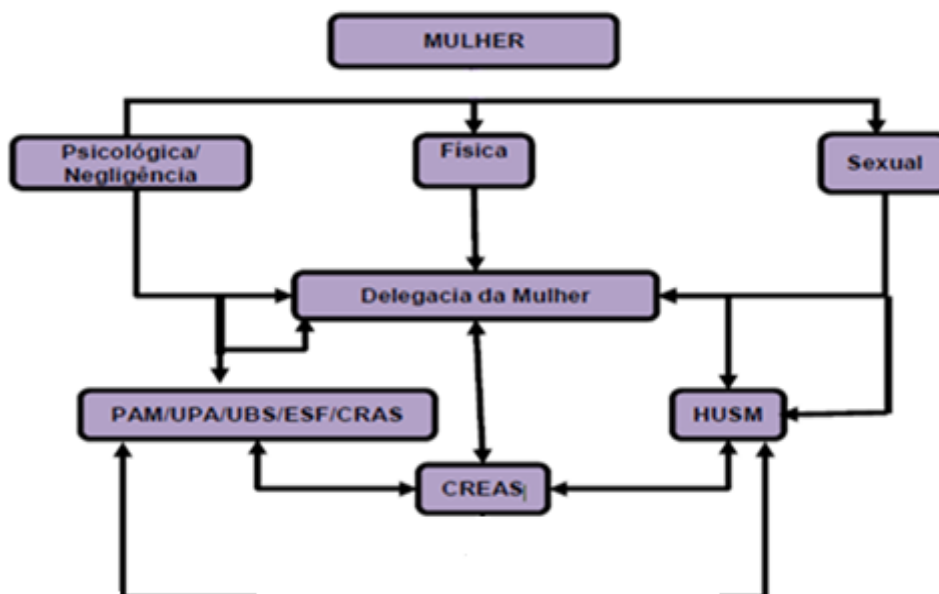
Mesmo com esse potencial, há uma lacuna de conhecimento sobre a eficácia e eficiência destas políticas em Santa Maria. A fim de observar toda a dinâmica da Rede de Atendimento e analisar a implementação das políticas públicas ofertadas às vítimas, esta pesquisa tem um caráter qualitativo com ênfase sobre aqueles que de fato fazem a política acontecer: os implementadores, que representam o Estado em ação, em contato com a sociedade, no processo de enfrentamento da violência contra mulheres.

A Rede de Atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores como da saúde, da assistência social, da segurança pública, entre outros que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento em busca da integralidade e da humanização, como preconiza a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República no manual da *Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* (2011).

Conforme Cartilha da Secretaria de Saúde de Santa Maria *A Construção da Rede de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência*, o município

possui um fluxograma de atendimento para setores de saúde, assistência social e segurança que segue (figura 1):

Figura 1: Fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência



Fonte: Elaboração própria a partir da cartilha “A construção da rede de atendimento às pessoas em situação de violência” (Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS)

Deve-se atentar para a ideia que a atuação em rede pressupõe um determinado modo de funcionamento, que não é dado apenas pela existência de um conjunto de serviços. Esses podem expressar somente uma somatória de intervenções, cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração, demonstrando assim que os serviços podem operar como unidades de vinculações institucionais e tradições assistenciais distintas entre si (SCHRAIBER et al, 2012).

Desse modo, essa pesquisa propôs-se, não apenas verificar o percurso de atenção às mulheres em situação de violência na rede pública de atendimento, mas também identificar como as políticas públicas de enfrentamento a essa problemática estão sendo implementadas. Para isso, fez-se um recorte para as seguintes instituições de referência no atendimento às mulheres em situação de violência a serem pesquisadas no município de Santa Maria: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM); Centro de Referência

Especializado de Assistência Social (CREAS) e Delegacia de Atendimento da Mulher (DEAM).⁴

Esse recorte deu-se pela impossibilidade de pesquisar o grande número de locais (possíveis) de acesso dessas mulheres na rede pública de atendimento no tempo da pesquisa. Também, justifica-se pelo fato de o HUSM, atualmente, ser referência em atendimento/acolhimento para o setor da saúde a mulheres vítimas de violência sexual no município, possuindo uma equipe multidisciplinar para a recepção desses casos. Além disso, o CREAS, para o setor de assistência social, é responsável pelo acolhimento e acompanhamento de vítimas de violência (física, doméstica, sexual, psicológica) e deve desenvolver projetos e ações sociais que auxiliam na promoção de direitos sociais e na diminuição de violações de direitos humanos. Por fim, a Delegacia da Mulher para o setor de segurança, é a unidade especializada da polícia civil que realiza ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e violência sexual contra as mulheres.

Ressalta-se que essas instituições, seus servidores (*burocratas de nível de rua* - Lipsky, 1980) e a implementação das políticas de atenção às mulheres em situação de violência foram analisadas com um recorte temporal atual, de como estão conduzindo esses processos no momento em que a pesquisa foi realizada no ano de 2018.

Reforça-se portanto a perspectiva de que os serviços de atendimento têm papel central no acolhimento de mulheres vítimas de violência. Nesse sentido, torna-se imperativo conhecer a estrutura e organização da rede assistencial para a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento dessas mulheres pelos profissionais (BRASIL, 2004). O objetivo foi cercar o objeto empírico, reconhecendo a relevância do tema, mapeando-o a partir do sistema público de atendimento as vítimas.

A fase de implementação da política pública é caracterizada por processos estruturados que articulam diversos atores e recursos (materiais,

4 O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) estava previsto como um dos cenários do estudo, porque faz parte da rede de atendimento do município de Santa Maria (conforme cartilha da Secretaria de Saúde - "A construção da rede de atendimento às pessoas em situação de violência). No entanto, fomos até o estabelecimento e os profissionais afirmaram não receber nenhuma mulher em situação de violência em seu serviço, o que impossibilitou a realização das entrevistas com os referidos profissionais.

humanos, financeiros, informacionais e institucionais) e é nela que são produzidos os resultados concretos da política pública. Silva e Melo (2000, p.4) referem que a implementação corresponde “à execução de atividades [...] com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação das políticas”.

Desta forma, a etapa da implementação foi analisada a partir do olhar para a atuação dos burocratas, especialmente dos *burocratas de nível de rua*, enquanto implementadores de políticas públicas.

O burocrata implementador de política pública foi estudado por Lipsky, em *Street-level-bureaucracy* (1980) e para o autor eles são funcionários que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços públicos, como nesse caso, profissionais de saúde, policiais, entre outros. Lipsky (1980) também refere que a ação individual dos implementadores acaba por tornar-se o comportamento da agência pela qual respondem, assim eles tornam-se os principais fabricantes de políticas e ator indispensável na busca de entender a implementação das políticas públicas.

Assim, a discussão sobre o papel e influência desses burocratas no processo de implementação é central para compreendermos como, de fato, as ações são colocadas em prática e quais são os fatores que influenciam na mudança de direções e nos resultados das políticas públicas. Por isso, procurou-se responder as seguintes questões: De que forma estão sendo implementadas as políticas públicas de atenção às mulheres vítimas de violência na cidade de Santa Maria? Outras questões se desdobram desta: quais as percepções de mundo dos burocratas acerca do tema da violência contra a mulher e como tais percepções influenciam em suas rotinas administrativas e de trabalho? De que forma a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência está preparada para receber estas vítimas, em questões de pessoal, estrutura, operacionalização das políticas públicas?

Para responder tais problemas norteadores da pesquisa fez-se necessário avaliar a existência de integração das diferentes instituições públicas existentes para o enfrentamento da violência contra a mulher e descrever o desempenho de seus respectivos agentes, os quais determinam o acesso do público a direitos e benefícios.

Objetivou-se não só contribuir teórica e empiricamente com a discussão de violência contra a mulher, ao debruçar-se mais profundamente nessa

temática, mas também detectar se as políticas de atenção às mulheres em situação de violência estão tendo efetividade no município de Santa Maria ou se há possíveis falhas em sua implementação, bem como recomendar soluções, ajustes e suportes para os tomadores de decisão dessas políticas públicas, a partir dos dados encontrados.

O estudo foi realizado de modo a mapear as concepções prévias dos profissionais, com relação ao enfrentamento da violência contra as mulheres e o seu preparo para o atendimento no município de Santa Maria, através de entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado. A seleção da amostra obedeceu ao critério institucional por escolher servidores lotados nas instituições que fazem parte da Rede de Atendimento. Ou seja, a amostra foi conformada a partir da equipe básica de atuação nas instituições da Rede de Atendimento, sendo distribuídos da seguinte forma: Rede de Saúde – HUSM- enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais; Rede de Assistência Social- CREAS- psicóloga, assistente social e coordenadora e na Rede de Justiça -Delegacia da Mulher- escritã de polícia, agente administrativo/recepção e delegada. Esse recorte deu-se pela necessidade de atentar para a questão da discricionariedade sobre o olhar das diferentes profissões e por esses apresentarem distinto envolvimento no atendimento das mulheres vítimas de violência.

Para escrutinar as entrevistas utilizamos a análise de conteúdo seguindo as orientações de Bardin (1995). Contudo, fomos mais além e mobilizamos os procedimentos de análise de redes semânticas que apresenta como vantagem evitar o subjetivismo do pesquisador na análise. “Ao tomar o discurso considerando a relação entre as palavras, a análise de redes poderá revelar as tendências de sentido produzidas em um conjunto discursivo” (SILVA e SILVA, 2016, p. 140).

A dissertação está organizada da seguinte forma, primeiramente apresentaremos o capítulo teórico “História e violência contra a mulher”, o qual discute a trajetória da mulher brasileira desde o Brasil Colônia até a atualidade, seus papéis em nossa sociedade, a questão da violência e as conquistas ao longo da história. Na sequência, em “Implementação de Políticas Públicas” abordaremos essa importante fase das políticas públicas em suas diferentes gerações de estudo, concentrando o olhar sobre a implementação das políticas

de atenção às mulheres em situação de violência através da discricionariedade dos *burocratas de nível de rua*, estudados por Lipsky(1980).

No capítulo seguinte “Políticas Públicas de Atenção às Mulheres em Situação de Violência”, abordaremos as diferentes políticas de enfrentamento à violência construídas ao longo de anos, suas diretrizes, conquistas e avanços ainda necessários.

Em seguida, será apresentada a metodologia do estudo e a análise empírica das entrevistas realizadas com os profissionais da rede de atendimento do município de Santa Maria, a qual foi dividida em seis comunidades de sentido construídas através das redes semânticas.

Por fim, na conclusão, apontaremos os principais achados da pesquisa, demonstrando que a implementação das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência no município de Santa Maria sofrem influência da discricionariedade dos burocratas de nível de rua, especialmente quando se refere a uma rede de atendimento articulada e da invisibilidade da violência contra a mulher.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O termo violência é utilizado com diversos significados, desde as formas mais cruéis até as formas mais sutis da violência que vislumbramos em nosso cotidiano da vida social, intrafamiliar e em espaços de trabalho (D 'OLIVEIRA, 2000).

A violência configura um fenômeno de múltiplas determinações. Refere-se à subordinação de poder, conflitos de autoridade e desejo de domínio e destruição do outro. Ainda que não seja uma especificidade da saúde, a violência traz impacto direto sobre ela por meio de lesões, traumas e mortes, sejam físicas ou emocionais, representando um problema de saúde pública de graves dimensões, transversal à sociedade atual (MINAYO, 2006).

Homens e mulheres são atingidos pela violência de maneira diferente. Enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente cometida no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares.

Ao longo da história, essa problemática foi camuflada pela sociedade e interpretada como uma situação familiar, na qual apenas a família era protagonista de sua resolução. Antes do reconhecimento desta problemática nem se chegava a discutir a violência sofrida pelas mulheres e nem mesmo seus direitos eram abordados em diversos meios da sociedade, documentos ou leis, existindo uma invisibilidade desta parcela da população.

Trazendo este debate para nosso país, no período colonial, o Estado era regido pela monarquia e a sociedade era regida pelo patriarcalismo, sendo a garantia da influência política de um grupo familiar sobre os demais. Segundo Gilberto Freyre(1930) tratava-se de uma grande família reunida em torno de um chefe, sendo o centro da formação da sociedade brasileira, em que todos viviam na casa grande ou senzala em um sistema hierárquico, na qual as ordens do patriarca prevalecia (REIS,2007).

A configuração patriarcal conferia aos homens uma posição hierárquica superior às mulheres, de domínio e poder, sob o qual a violência e até o assassinato de mulheres, pelos seus maridos, eram autorizados pela legislação.

As mulheres eram tuteladas, devido à suposta fraqueza de entendimento, sendo destinadas quase que exclusivamente ao âmbito das tarefas da casa e da maternidade.

A violência era própria da organização social de gênero, visto que era permitido aos homens fazer uso dela para garantir sua posição privilegiada na sociedade, demonstrando, assim, que a violência é um elemento presente na estrutura de nossa sociedade (BORELLI,2005). Gênero entendido como uma “construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres” (BRASIL,2011).

A legislação trazida para o Brasil era baseada num primeiro momento nas Ordenações Manuelinas e posteriormente pelas Ordenações Filipinas. Essas definiam os papéis masculinos e femininos, seus espaços e a divisão de poder a que estavam submetidos, legitimavam também o uso da violência não apenas por parte do Estado, mas principalmente pelos indivíduos particulares (SOUZA; BRITO; BARP, 2009). Ficava clara a condição de desigualdade de gênero, a mulher era tida por incapaz para praticar atos da vida civil devido à sua suposta fraqueza de entendimento e se fosse casada, a incapacidade era suprida pelo marido, seu representante legal.

A postura submissa que se impunha às mulheres e que até hoje se impõe, entendem que a feminilidade se mede pela arte de "se fazer pequena", regando seu olhar (que deve ser baixo), suas roupas (que devem cobrir grande parte do corpo) e de certo modo os seus movimentos, como os saltos altos ou a bolsa que impede ou desencoraja alguns tipos de atividades. Esses são exemplos da construção simbólica de maneiras de usar o corpo e cobrar a contenção que convém as mulheres (BOURDIEU, 2012).

Após a vigência das Ordenações Filipinas no Brasil, durante o período Imperial, foram dados os primeiros passos para que pudesse vir a acontecer a independência da colônia portuguesa, com a promulgação da Primeira Constituição Brasileira em 1824 (Constituição Política do Império do Brasil).

Essa previa que “a lei será igual para todos, quer proteja, quer castigue e recompensará em proporção dos merecimentos de cada um”. O direito de votar e de se eleger estava vinculado à posição social e ao patrimônio financeiro, o que excluía a maior parte da população (BRASIL,2009). Inclusive, a Constituição

Imperial em nenhum momento veda a participação da mulher para votar ou ser votada, corroborando seu papel de invisibilidade, uma vez que nem se cogitava incluí-la entre os permitidos ou vedados do processo eleitoral.

Neste tempo, foi lançado o primeiro Código Criminal Brasileiro (1830), trazendo a inviolabilidade dos direitos civis e a igualdade jurídica, saindo da pena do castigo exemplar para o respeito à integridade física. Assim, afasta parte das normas vigentes, entre as quais aquelas que autorizam os castigos e a morte de mulheres, por adultério.

O período Imperial era regido por significativas mudanças no país não apenas na política e economia, mas a passagem do rural para o urbano carregaria influências de uma tradição na qual aos homens eram exigidas ações voltadas para a garantia da autoridade, muitas vezes com o uso da violência. Existia assim, o poder da palavra masculina em oposição à submissão da mulher além de explorar as diferenças sociais como ingrediente das desigualdades estabelecidas (PRIORI,2013).

A dominação masculina é explicada por Bourdieu (2012):

[...]constitui as mulheres como objetos simbólicos, cujo ser é um ser-percebido, tem por efeito colocá-las em permanente estado de insegurança corporal, ou melhor, de dependência simbólica: elas existem primeiro pelo, e para, o olhar dos outros, ou seja, enquanto objetos receptivos, atraentes, disponíveis. Delas se espera que sejam "femininas", isto é, sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, [...] ou até mesmo apagadas. E a pretensa "feminilidade" muitas vezes não é mais que uma forma de aquiescência em relação às expectativas masculinas, reais ou supostas, principalmente em termos de engrandecimento do ego. Em consequência, a dependência em relação aos outros tende a se tornar constitutiva de seu ser (p. 82).

Após o período Imperial, temos em 1889 a Proclamação da Independência do Brasil e instauração da República. Com isto, em 1891 houve a promulgação da segunda Constituição Brasileira (Constituição da República do Brasil), que vigorou até 1930. A declaração de direitos foi aprimorada, abolindo-se a pena de banimento e a de morte, havendo a prevalência de proteção às clássicas liberdades privadas, civis e políticas (LENZA, 2012).

Em 1890 foi lançado um novo Código Penal, o qual fazia a defesa dos chamados "uxoricidas", esses tratavam-se de maridos, noivos, namorados e amantes acusados de matar suas companheiras. As mortes eram tratadas como "crimes de paixão" ou crimes passionais e de legítima defesa da honra. Esses

argumentos ganharam força e incorporação pelos juízes e promotores e houve a divulgação dos julgamentos pela mídia da época.

O novo código penal também passou a punir as mães que praticassem aborto e durante a vigência do Estado Novo ressaltou-se a ideia de que a mulher era fortalecedora da pátria e a família, exercendo um papel fundamental ao cuidar dos filhos e ser mantenedora da família (PRIORI,2013).

Um ator importante na busca de barrar a violência desmedida contra as mulheres foi a imprensa. Mesmo que não intencionalmente ela auxiliava a disciplinar os comportamentos de homens e mulheres quando denunciavam as violências sexuais de meninas ou donzelas e incutiam na vivência da população outras regras para administrarem suas relações afetivas e sexuais. Também pressionavam as autoridades para que tomassem providências quanto a esses crimes (SANTOS,2007).

Posteriormente, no Código Penal de 1940, tamanho foi o embate travado contra os chamados crimes passionais, cujas vítimas eram em grande maioria mulheres, o novo código consignou no art.28 – TÍTULO III que: “a emoção ou a paixão não excluem a imputabilidade penal” (BRASIL, 1940). Entretanto não impediu que nova tese fosse construída para justificar a absolvição daqueles que matavam suas mulheres e parceiras, partindo-se da legítima defesa da honra. As novas interpretações feitas na legislação, no intuito de justificar as ações violentas dos homens, reflete a sociedade da época, na qual era mantida uma moral discriminatória que impunha um rigoroso controle sobre o exercício da sexualidade e comportamento feminino.

Esses Códigos Penais Brasileiros (1890 e 1940), viabilizaram a absolvição dos criminosos passionais através da comprovação de que, agindo sob os impulsos da paixão ou da emoção súbita no momento do crime, os agressores podiam apresentar perturbações psicológicas e fisiológicas que os tornavam irresponsáveis por seus atos. Nas defesas destes criminosos coube um papel fundamental as alegações psiquiátricas, as quais conferiam uma espécie de loucura, que poderia atingir momentaneamente indivíduos mentalmente sãos (ENGEL, 1998).

Tratava-se portanto da manutenção de uma hierarquia, que estabelecia uma relação entre a honra do homem e os atos femininos, assim os homens que

tivessem cometido crimes contra mulheres poderiam usufruir da impunidade garantida por estas justificativas.

Durante um longo período a legítima defesa da honra foi acolhida pela justiça brasileira para absolver acusados de matar as mulheres. Diante disso, o movimento feminista no final da década de setenta e início da década de oitenta protagonizou mobilizações de rua contra a violência machista, na luta contra essa tese, lançaram campanhas como “O Silêncio é cúmplice da violência” e “Quem ama não mata”.

A luta de mulheres e do movimento feminista na defesa dos seus direitos une-se ao período que o país passava na década de 80, marcado pelas crescentes mobilizações pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização do Brasil. Havia um momento de fervor dos movimentos sociais brasileiros e o movimento feminista, em especial, foi agregando força e voz em várias partes do Brasil.

Pierre Bourdieu (2012) corrobora com essa perspectiva ao mencionar que em razão do trabalho crítico do movimento feminista houve mudanças importantes no fato de que a dominação masculina não se impõe mais como algo indiscutível. Diante disso, houve também o aumento do acesso das mulheres a escolas, universidades e etc., a independência econômica e a transformação das estruturas familiares.

Todas as justificativas, tanto para o tratamento desigual no campo do direito penal quanto no direito civil vêm sendo desconstruídas ao longo dos anos, com a valorosa ação do movimento feminista e de mulheres. Por meio de campanhas e demais atividades com pautas da violência doméstica e do direito das mulheres, voltadas a influenciar a sociedade, o executivo, o judiciário e todos os atores corresponsáveis por esta problemática, busca-se a eliminação da violência e da discriminação de gênero contra as mulheres.

No âmbito mundial vários acordos e convenções auxiliaram o Brasil no delineamento de leis e políticas públicas no combate à violência contra a mulher. A exemplo, em 1979, a criação da Lei Internacional dos Direitos da Mulher ou também chamada de “Convenção de Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher”. Essa definiu o que se constitui discriminação contra a mulher e estabelece uma agenda de ações a fim de terminar com a discriminação.

Já em 1995, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher fez com que os governos condenassem a violência contra a mulher e eliminassem as alegações baseadas em tradições, costumes e religião, atuando também contra a discriminação quanto à autonomia e Direitos da Mulher. Outros aspectos globais como o processo urbanização e industrialização permitiu a transformação das atividades das mulheres na sociedade, possibilitando-as adentrar ao mercado de trabalho.

Vale mencionar que, de acordo com os principais tratados de direitos da mulher, em especial a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará - que foi ratificada pelo Brasil, os Estados comprometeram-se a garantir a igualdade e a não discriminação perante a lei, comprometendo-se a assegurar a eliminação do preconceito de gênero na administração da justiça.

Reconhece-se dessa forma que a violência contra a mulher, além de uma violação aos direitos humanos, é um importante problema público, uma vez que pode resultar em graves consequências para a saúde e afetar também o ambiente familiar e social dessas mulheres (OMS, 2013). Desta forma, políticas públicas visando confrontar esta realidade constitui um caminho para alterar a violência em geral e de gênero em particular.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde em 2004, em parceria com diversos setores da sociedade elaborou a PNAISM, política pioneira que define seus princípios norteadores no enfoque de gênero, na integralidade e na promoção da saúde, buscando o combate à violência doméstica, de gênero e sexual. Assim, têm-se como estratégias aumentar o número de serviços de atenção à violência, apoiando-se na organização de redes integradas, sendo assim até hoje esta política pública norteadora da atenção a mulheres vítimas de violência (BRASIL, 2004).

Mais um passo importante foi a promulgação da Lei Maria da Penha - nº 11.340 de sete de agosto de 2006, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos 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 (BRASIL, 2006). As legislações brasileiras, até o momento, não ofereciam nenhuma proteção às

mulheres nem punição aos agressores, pois o crime de violência doméstica e familiar era considerado um crime de menor potencial ofensivo, sendo a pena imposta ao agressor aquelas de caráter pecuniário.

Nessa mesma perspectiva o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, criado em 2007, é um acordo estabelecido entre os governos federal, estaduais e municipais com o objetivo de articular ações que visam a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional.

Após quatro anos, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2011), com 200 mil participantes em todo o país e 2.125 delegadas na etapa nacional. Como resultado dessas conferências, houve maior inserção das temáticas de equidade gênero, na luta pela consolidação dos direitos humanos das mulheres em todas suas faces e dimensões (BRASIL, 2013).

Também no ano de 2011, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a ser um agravo de notificação compulsória, de acordo com a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Os principais objetivos da notificação consistem em conhecer a magnitude dos principais tipos de violência; conhecer perfil das vítimas e dos agressores; revelar a violência doméstica, silenciada nos lares; promover a saúde a cultura de paz; prevenir e contribuir para a diminuição da violência.

Mais recentemente temos o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres-2013/2015, em consonância com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres(2011), este com maior inserção das temáticas de equidade gênero, na luta pela consolidação dos direitos humanos das mulheres em todas suas faces e dimensões e com metas, linhas de ação mais específicas no combate a essa violência (BRASIL, 2013).

Os mais atuais movimentos do Governo Federal têm se voltado para a implantação do Programa “Mulher, Viver sem Violência”, o qual prevê integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência. Um dos eixos prevê a construção de um complexo de atendimento especializado chamado “A Casa da Mulher Brasileira”, em cada capital do país, transformando a estrutura do Estado para atender às mulheres de forma humanizada. Esses complexos permitem a integração da Rede de atendimento

garantindo serviços como: acolhimento e triagem; apoio psicossocial; delegacia; Juizado; Ministério Público, Defensoria Pública; promoção de autonomia econômica; cuidado das crianças – brinquedoteca; alojamento de passagem e central de transportes (BRASIL,2013).

Além disso, reconhecendo que a violência contra a mulher é uma violação do direito à vida (direito fundamental da pessoa humana), deu-se maior visibilidade ao assassinato de mulheres passando-se a denominá-lo de “femicídio”, instância última de controle da mulher pelo homem, com o controle da vida e da morte.

A previsão do femicídio pela norma penal, braço punitivo do Estado, é nova, ocorrendo somente em 2015, pela Lei n. 13.104, que acrescentou o inciso VI ao Art. 121, §2º do Código Penal, aumentando, significativamente, a pena prevista:

Art. 121. Matar alguém: Pena - reclusão, de 6 (seis) a 20 (vinte) anos. [...] § 2.º Se o homicídio é cometido: [...] VI - contra a mulher por razões da condição de sexo feminino: [...] Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

O femicídio se expressa como afirmação irrestrita de posse, igualando a mulher a um objeto, quando cometido por parceiro ou ex-parceiro; como subjugação da intimidade e da sexualidade da mulher, por meio da violência sexual associada ao assassinato; como destruição da identidade da mulher, pela mutilação ou desfiguração de seu corpo; como desonra da dignidade da mulher, submetendo-a a tortura ou a tratamento cruel ou degradante (CPMI, 2013).

Pode-se entender melhor o significado do femicídio nas palavras de Sousa (2016):

O femicídio apresenta-se como o culminar de um processo continuado de práticas de dominação e submissão sobre as mulheres, onde, a cada violação de direitos e de ofensa à dignidade, se sucedem outras violações. A este processo corresponde a perda de referenciais na relação entre sujeitos, onde a desigualdade de poder entre eles resulta na submissão reiterada e sistemática e na perda de direitos dos dominados ao ponto da depreciação do seu direito à vida.

Compreende-se então, a necessidade de profissionais capacitados e sensibilizados nos mais diversos locais de atendimento que compreendam todos esses processos de dominação masculina e subjugamento feminino para uma assistência que transponha essas perspectivas. Bem como, a implementação de

leis, políticas e programas em todos os níveis de rede de assistência (saúde, jurídica, social e psicológica), na prestação de ações integradas.

Desenvolver esse trabalho em rede cria uma ampliação de ações em prol ao enfrentamento da violência, contando com a participação de diferentes profissionais que desempenham a organização das referências e contra referências, no atendimento, acompanhamento, notificação, defesa de direitos, responsabilização de agressores e atenção psicossocial para o enfrentamento da violência contra mulheres.

2.2 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A violência contra a mulher é um problema público hoje reconhecido e de grandes proporções em nossa sociedade, não só em números, mas também em efeitos sociais, culturais e de saúde para essa população. Necessita-se, desse modo, de meios de enfrentamento e oferta de igualdade de gênero, em que as políticas públicas têm demonstrado ser um importante mecanismo de combate a essa violência.

Para Saravia (2006), políticas públicas é sinônimo de problema público. Trata-se de um fluxo de decisões públicas, a fim de manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Também, considera as políticas públicas como estratégias para diversos fins, esses desejados por grupos que participam do processo decisório.

Para entender a complexidade que cercam as políticas públicas, o estudo e análise das mesmas torna-se fundamental. A análise de políticas públicas pode ser entendida de várias formas, mas segundo Celina Souza (2006), é estudar o governo em ação. Também é usada para melhorar a qualidade das políticas públicas, ajudando àqueles que formulam e implementam a política.

A proposta de entendimento de uma política pública foi organizada como um ciclo, chamada por Lindblon (1959) de Ciclo da Política Pública (*policy cycle*). É uma abordagem que possui qualidades destacadas por vários autores que trabalham com o tema e reconhecido como uma ferramenta analítica que contribui para tornar didática sua discussão.

Esse método subdivide em fases parciais o processo político-administrativo de resolução de problemas, revelando-se um modelo bastante

interessante para a análise da vida de uma política pública. As tradicionais divisões do ciclo político baseiam-se nas fases de: percepção e definição de problemas, “agenda-setting”, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e avaliação de políticas (FREY, 2000).

Destaca-se a fase de implementação de políticas, pois ela tem sido considerada uma das dimensões cruciais para a explicação do sucesso ou insucesso no que tange a atingir os objetivos propostos por uma política pública. Essa fase refere-se a um período de planejamento, estruturação da máquina pública e de provisão de todos os insumos necessários a sua efetiva execução.

A implementação é um processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas e não só implementadas, permitindo que os executores tomem decisões importantes para o sucesso e insucessos da política (SILVA; MELO, 2000). Parte-se então ao momento de colocar em prática ações, atividades e serviços com vistas à obtenção de metas e objetivos positivados na fase da formulação de uma política pública.

Na concepção apresentada do modelo de *policy cycle* o processo para resolução de um problema possui fases sequenciais. No entanto, na prática os atores dificilmente percorrem esse ciclo de forma contínua e ordenada, especialmente para programas mais complexos que se baseiam em processos interativos, cujo funcionamento consiste em reações mútuas de todos os atores envolvidos (FREY, 2000).

Até a década de 1970 a fase da implementação não era considerada problemática entre os estudiosos de políticas públicas, pois entendia-se que ela transcorreria de modo imediato dentro do ciclo de políticas, da forma como haviam decidido previamente, não necessitando, portanto, de uma análise e controle (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Essa visão começou a ser mudada a partir desse período, com diversos estudos compartilhando da importância de compreender os fatores que influenciam a implementação das políticas públicas.

Nesse sentido, deu-se início a um entendimento diferente, podendo-se perceber mais claramente hoje que: “o campo de estudos de implementação de políticas públicas está fortemente atrelada às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras” (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Na tentativa de melhor entender os sucessos e fracassos da implementação de políticas e programas estabeleceu-se teorias e modelos de implementação que se sucederam em fases e diferentes olhares. As teorias de primeira e segunda geração estabeleceram diversos princípios organizacionais e administrativos, máximas de administração que intencionavam gerar uma combinação perfeita entre intenção política e ação administrativa na implementação de políticas públicas.

As primeiras pesquisas em implementação eram basicamente estudos de caso exploratórios e indutivos com o objetivo de gerar teorias. Atribuíram importância à estruturação legal do processo de implementação e a maioria deles chegaram a conclusões muito pessimistas sobre a capacidade dos governos de implementarem efetivamente seus programas.

Nesse entendimento, o processo de elaboração de uma política pública baseia-se em formular planos, com modelos rígidos, distribuição de atribuições e fluxogramas detalhados para que a fase de implementação possa ser efetivada de modo satisfatório e automático após o planejamento. Assim, “o que necessitam as políticas públicas é de bons “planejadores” com mentes privilegiadas e “visão de futuro” para se anteceder ao que vem no futuro e fazer planos corretos que levem aos resultados calculados” (OLIVEIRA, 2006, p.275).

Vários estudos desse período, focavam nesses processos planejamento, ou seja, na formulação de planos e metas no centro decisório que seriam repassadas aos órgãos da administração, pressupondo que seriam implementados, executados de forma satisfatória. No entanto, apesar da existência dessas políticas, os resultados pretendidos, muitas vezes, ficavam abaixo das expectativas, ocasionando assim questionamentos de quais os fatores determinantes e quais seriam as falhas nesse processo.

Gabriela Lotta (2010) entende que a perspectiva de análise da implementação nessa geração tornava as políticas públicas um processo de determinação de objetivos e tomada de decisões racionais, em que administradores e políticos mantinham-se separados nesse processo. Assim, desconsiderava-se a participação de outros atores no processo e não visualizava-se a administração como um método criativo. Entendia-se portanto, que através de planos, metas e objetivos claros há um controle para que na implementação das políticas tenha-se exatamente os resultados previstos anteriormente.

Paul A. Sabatier (1986) considera que o foco em objetivos legalmente positivados incentivou os acadêmicos a distinguir cuidadosamente os objetivos contidos em documentos legais, tanto para discutirem sobre a formulação de políticas, quanto da tendência dos críticos de avaliarem um programa com base no que perceberam, as vezes erroneamente, ser os objetivos.

Porém, essa perspectiva de estruturação legal, recebeu muitas críticas, uma vez que a ênfase na estruturação é irrealista, isto é, que as limitações cognitivas dos formuladores de políticas e a necessidade de comprometimento no estágio de formulação impedem a estruturação cuidadosa.

Essa visão é reforçada por Lotta (2010, p.29), quando escreve que essa primeira geração considerava que:

[...] todas as implementações têm caráter racional, não reconhecendo erros na implementação – uma política pública, portanto, só não levaria aos resultados desejados se os planos estivessem equivocados. [...] não considera que a política pública esteja aberta a contingências e adaptações necessárias durante a implementação. Ela se torna, portanto, estática, pré-moldada e incapaz de se ajustar a possíveis alterações.

Desse modo, a separação entre planejamento e implementação mostra-se problemática, uma vez que fica claro que o sucesso ou insucesso de uma política pública não está ligado somente a um bom planejamento anterior ou a regras rigidamente determinadas.

Assim, há a necessidade de reconhecer que o processo de planejamento, de tomada de decisões é uma construção coletiva, em que os implementadores devem estar devidamente preparados para mobilizar os recursos necessários para superar obstáculos na implementação e para que sintam-se parte do processo e possam desenvolver suas ações em prol de resultados satisfatórios.

Luciana L. Lima e Luciano D'Ascenzi (2013) trazem críticas a esses modelos analíticos de implementação, referindo que os mesmos encontram limites na superestimação da importância das normas, privilegiando as condições materiais do processo de implementação. Também, quando não dão a devida importância para os aspectos culturais que segundo os autores são mediadores, por vezes necessários, ao entendimento da trajetória da política e do resultado alcançado.

Assim, na segunda geração de pesquisas, o objetivo era construir modelos teóricos, ou melhor, estruturas de análise, que poderiam guiar a análise empírica. Dessa forma, criaram-se duas distintas abordagens *top-down* (de cima para baixo) e a *bottom-up* (de baixo para cima).

A perspectiva *top-down* da implementação começa com a análise das decisões do governo, avalia quanto dessas decisões os administradores de fato executam e as razões que levam a efetividade da implementação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Os pesquisadores dessa abordagem seguiram a implementação através do sistema, com especial interesse em tomadores de decisão de nível superior. Em geral, eles assumem uma perspectiva de controle sobre a implementação, tentando dar bons conselhos sobre como estruturar o processo de implementação de cima para atingir o objetivo da legislação e minimizar o número de pontos de decisão que podem ser vetados (WINTER, 2002).

Nesta abordagem havia o entendimento de que a ação governamental é um jogo de uma só rodada, em que a implementação ocorre de cima para baixo, podendo ser compreendida como um processo racional e planejado do desenho dos programas e que os problemas de implementação decorrem necessariamente de “desvios de rotas”. Pressupõe uma visão idealizada do funcionamento da administração pública, com um mecanismo perfeito, capaz de assegurar a implementação fielmente como havia sido proposta (SILVA; MELO, 2000).

Sabatier e Mazmanian (1979) colaboraram com a discussão sobre implementação ao elaborarem alguns pontos a serem considerados para que se tenha uma efetiva implementação, ou seja, uma listagem de fatores específicos para verificar se um programa atingiu os objetivos propostos (implementação ideal). Quais sejam: objetivos claros e consistentes; teoria causal adequada; processo de implementação legalmente estruturado para melhorar o cumprimento dos objetivos através de funcionários executores e grupos-alvo; implementadores comprometidos e habilidosos; apoio de grupos de interesse e superiores e mudanças nas condições socioeconômicas que não comprometem substancialmente o apoio político ou a teoria causal.

Assim sendo, a condição para uma adequada implementação é de que deve haver entendimento e acordo sobre os objetivos a serem alcançados e que

esses devem persistir durante todo o processo de implementação. Também, a política deve basear-se em uma compreensão adequada do problema a ser resolvido e fazer uma análise das etapas de definição de questão e de opções no processo de formulação de políticas. Ainda, deve haver perfeita comunicação e coordenação entre os vários atores e instituições envolvidas no processo.

Portanto, trata-se de uma lista de verificação útil de fatores críticos no entendimento das variações do desempenho do programa e na compreensão das estratégias dos proponentes do programa ao longo do tempo.

Contrariando essa perspectiva, a abordagem *bottom-up* começa a análise na outra extremidade da implementação e exige que se avalie os implementadores da linha de frente, demonstrando que o sucesso e insucesso dos programas dependem muito das habilidades dos atores envolvidos na implementação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Entende portanto, que a implementação é um processo dinâmico e interativo de coprodução entre profissionais e clientes e de retroalimentação contínua entre o que é decidido e o que é implementado.

Assim, considerando o caráter transversal e complexo na implementação de políticas públicas, com ações executadas por diversas instituições e atores com diferentes interesses, visualiza-se a dificuldade do alcance de metas e objetivos padronizados.

O fator central a ser considerado é a discricionariedade dos profissionais implantadores das políticas públicas, estes especificamente são os funcionários públicos que lidam diretamente com os cidadãos, uma vez que as políticas são permeadas por conflitos e decisões vagas e nem sempre possuem diretrizes e guias práticos, permitem aos implementadores espaço para decidir como se comportar perante as situações.

O estudo do exercício da discricionariedade torna-se relevante na medida em que partimos do pressuposto colocado por Lipsky (1980) de que a ação individual dos implementadores acaba por tornar-se o comportamento da agência pela qual respondem e que representam. Dessa forma, é possível entender as questões institucionais e de contexto que interferem na implementação das políticas públicas e reconhecer as diferenças entre a política prevista no papel e a política de fato implementada.

Winter (2002) comenta que Lipsky vira o processo político de cabeça para baixo, quando afirma que os burocratas de rua são os verdadeiros fabricantes de políticas. No entanto, também coloca que esses experimentam uma lacuna entre os pedidos feitos por legisladores, gestores e cidadãos de um lado e alta carga de trabalho do outro. Nesta situação, eles aplicam vários mecanismos de enfrentamento que sistematicamente distorcem o trabalho em relação às intenções da legislação.

Lipsky (2010) afirma que a palavra “burocracia” implica em um conjunto de autoridades e normas a serem seguidas, enquanto a expressão “nível de rua” significa distanciamento dessas autoridades e aproximação a casos individuais mais complexos, o que mostra a dicotomia do trabalho desses burocratas e as diferentes cobranças sofridas pelos gerentes e cidadãos.

Além disso, ele enfatiza que esses burocratas não conseguem desempenhar seu trabalho de forma ideal (de acordo com o que política preconiza no papel) não por suas vontades ou interesse individuais, mas devido a limitações como: falta de recursos; falta de tempo e informações disponíveis insuficientes.

Segundo o autor existem três principais condições que levam a essa discricionariedade: o trabalho é desenvolvido por meio de interações diretas com os usuários e possui situações complexas que necessitam de decisões imediatas, o que dificilmente regras e protocolos poderiam prever e preconizar; o trabalho é submetido a um excesso de regulamentações difíceis de serem seguidas à risca e o trabalho é desenvolvido longe do olhar e da avaliação direta dos superiores hierárquicos.

Ao dar visibilidade ao *burocrata de nível de rua*, como ator relevante no processo de realização da política pública, essa abordagem demonstrou que o Estado não é um ator unitário, mas sim fragmentado. Contribuiu para uma percepção crítica de que leis e regras não se transformam automaticamente em ação nas linhas de frente do serviço público, havendo no meio delas uma infinidade de elementos que influenciam a implementação das políticas (PIRES, 2009).

Nesse processo, a discricionariedade desses atores acaba sendo vista como um ideal normativo quando há a comprovação da importância da autonomia para o reconhecimento da realidade na implementação das políticas

públicas. No entanto, a discussão sobre a discricionariedade também aponta para diversos conflitos e dilemas, especialmente quando se refere à legitimidade que os burocratas de nível de rua têm para tomar decisões (LOTTA, 2012).

Uma das formas de abordar essa dualidade (legitimidade das escolhas e decisões tomadas pelos burocratas e a legitimidade democrática para tomar decisões) é através da teoria da representação burocrática. Segundo Gabriela Lotta (2012, p.15) para os autores dessa teoria entende-se que:

[...] um burocrata, que compartilha um mesmo território que os usuários, tenha valores comuns a eles, de forma que a discricionariedade acabe aparecendo a partir dos valores dos burocratas, que, por sua vez, são comuns aos valores do público a quem representam". [...] a análise das burocracias deve incorporar alguns valores das instituições políticas e burocráticas, no sentido de se avaliar se a burocracia age como o faz porque está sendo responsiva às demandas e pressões das instituições políticas ou se suas ações se encaixam nos valores que compartilham com o público.

Assim, há muitos fatores que levam a modificação da política na implementação, entre eles, a capacidade institucional que os agentes implementadores possuem, os jogos políticos de interesses e barganhas que supostamente moldam a racionalidade técnica dos planos e programas, o incentivo ou resistência de grupos ou setores que possuem interesse ou serão afetados diretamente com a política pública, a ambiguidade de objetivos entre os diferentes atores, problemas de coordenação intergovernamental, os recursos limitados para execução da política (SILVA; MELO, 2000).

Apesar dessas abordagens terem trazidos muitas ideias e estudos valiosos, firmaram posições muito rígidas e prejudicaram o avanço das pesquisas. Isso levou, no final dos anos 80 e durante a década de 1990, a uma necessidade de novas abordagens, o que resultou em um período fértil de discussões e que muitos autores chamaram de terceira geração dos estudos de implementação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Os estudos de terceira geração procuram a síntese das duas primeiras abordagens e devem-se ao entendimento da complexidade das políticas e programas públicos. Enfoca-se, desse modo, nas questões sobre design e comportamento da implementação, pois a implementação de políticas está cada vez mais complexa e de difícil resolução.

Lidar com isso traz uma maior discricionariedade à administração, uma vez que terá que dispor de diversas alternativas para enfrentamento das situações, como no caso dos problemas sociais, em especial da violência doméstica. Essas possuem uma natureza complexa, com vários determinantes a serem considerados para que a política seja efetiva e assim os burocratas assumem um papel primordial na escolha das soluções mais adequadas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Mudanças nos contextos econômicos, sociais, políticos e até mesmo de governo podem acontecer durante a implementação e essas questões afetam a interpretação de um problema político, acarretando também em mudanças no modo de como se implementam as políticas. Com essas inconstâncias, o controle da implementação fica difícil, pois os servidores públicos (implementadores) podem adquirir mais discricionariedade no alcance de objetivos políticos. De modo geral, esses servidores são mais especializados do que os administradores e os que ocupam cargos públicos, formando uma relação de agente e principal (teoria do agente principal⁵) uma vez que se utilizam desse conhecimento para decidir como e a quem serão aplicadas as diretrizes e os políticos ficam dependentes deles para promoverem seus interesses (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Reforça-se, desse modo, a importância do *design* institucional para a implementação eficaz da política, o que torna-se imperativo a seleção de ferramentas políticas e técnicas governamentais mais adequadas para a promoção da política pública e para que a implementação seja bem-sucedida.

As escolhas dos instrumentos, para serem eficazes, “têm que estar estreita e cuidadosamente relacionadas aos objetivos políticos e quaisquer novos objetivos e ferramentas também têm que estar integrados de forma cuidadosa às políticas existentes” (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p.192).

Os autores também ressaltam que a escolha por determinados instrumentos está intimamente ligada com o tipo de problema que os implementadores enfrentam e como esse pode ser encarado - de fácil ou difícil

5 Refere-se a discricionariedade administrativa que é afetada pelos contextos social, político e tecnológico em constante transformação durante o processo de implementação da política. Os servidores que desenvolvem a política podem adquirir muita discricionariedade para alcançar os objetivos políticos nos ambientes de mudança, colocando os políticos e administradores em uma relação entre agente e principal, em que o principal depende do agente para promover seus interesses.

resolução- e com as restrições que esses encontram ao implementarem as soluções, que podem necessitar ser de curto ou longo prazo (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Para compreender os processos das políticas públicas e em especial da fase de implementação, devido a extrema complexidade e diversas interações envolvidas, Sabatier e Weible (2007) recomendam que se conheça os objetivos e as percepções dos principais atores governamentais e não-governamentais envolvidos no processo, devendo atender-se para aquilo que os atores acreditam, suas crenças e valores e para uma ampla variedade de objetivos que eles perseguem.

Sabatier (1988) então propõe o “Modelo das Coalizões de Defesa” buscando estudar os processos pelas quais as políticas públicas mudam ao longo do tempo e as disputas que envolvem os múltiplos atores em diferentes esferas e níveis de governo. As coalizões referidas nesse modelo são geradas a partir de convicções, ideias e objetivos de várias organizações públicas, privadas e atores envolvidos no processo da implementação da política pública. Esse conjunto de ideais, unido aos recursos políticos, forma as coalizões e concretiza os objetivos e os interesses dos atores. Também, que a informação científica e técnica é condição necessária para o indivíduo ou grupo influir no processo de formulação de políticas e possui um papel importante em modificar as crenças dos participantes da política (SABATIER; WEIBLE, 2007).

Esse modelo foca em fatores que podem explicar como as mudanças políticas ocorrem dentro de um subsistema de política específica. Tais fatores incluem a força e os eventos externos ao subsistema, como condições socioeconômicas gerais e os resultados eleitorais. Uma vez formadas, as coalizões de defesa competem para que suas crenças reflitam em políticas públicas e programas governamentais, mobilizando recursos políticos e participando de processos contínuos de aprendizagem política. Esse processo contínuo de aprendizagem é denominado de aprendizado orientado à política pública.

Desta forma, o aprendizado orientado à política pública é percebido como a constante alteração de pensamentos e de comportamentos resultantes de experiências e da evolução do conhecimento técnico e científico do problema, o que permite revisões nos objetivos da política pública (SABATIER, 1998).

Ainda, quando a implementação envolve a gestão de situações inesperadas, possuindo grandes desvios das políticas e práticas anteriores, haverá uma probabilidade alta de afetar os interesses de indivíduos e grupos, especialmente se há tempo insuficiente para explicação ou se tiveram qualquer experiência anterior de mudanças ruins (Hill, 1997).

Críticas a esse modelo referem que não é pelo simples fato de existirem coalizões políticas que isso produzirá implementação. Pelo contrário, mencionam, que muitos atores ou muitas coalizões podem bloquear o processo de implementação, uma vez que é um trabalho difícil e de longo prazo que essas coalizões entrem em um consenso, de modo a implementar satisfatoriamente as políticas públicas.

Portanto, é possível perceber que o processo de implementação de políticas públicas abrange uma diversidade de modos de pensar, fazer e também de atores em diferentes envolvimento e posições na governança das políticas. É particularmente desafiador abordar problemas complexos, como a violência contra a mulher, pois envolvem não apenas uma, mas uma série de determinantes que devem ser considerados para um adequado delineamento da política pública.

A violência contra a mulher configura-se como um problema social, político, cultural e também um caso de saúde pública. Assim, torna-se imperativo políticas e programas públicos em todos os níveis da rede de enfrentamento - saúde, segurança, assistência social e justiça - na prestação de ações conectadas de combate a essa problemática.

Também, precisa-se considerar o caráter transversal e complexo na implementação de políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, pois as ações são executadas por diversos órgãos governamentais, dificultando o alcance de metas e objetivos padronizados. Assim, torna-se imprescindível atentar para a discricionariedade dos profissionais implantadores das políticas públicas, uma vez que as políticas são permeadas por conflitos e decisões vagas, não possuindo diretrizes específicas de como deve-se encaminhar cada caso.

Assim sendo, nesse contexto de implementação e avaliação de monitoramento de políticas públicas de atenção as mulheres em situação de violência, é importante reconhecer como diferentes tipos de formação

profissional possuem valores que influenciam nos resultados das políticas. Também, entender melhor quais as condições de trabalho para esses profissionais exercerem suas funções e quais os impedem de fazê-las.

Por fim, apreender também a influência das questões institucionais, políticas, econômicas e dos demais atores envolvidos na implementação das soluções e enfrentamento da violência contra a mulher.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência foram elaboradas a partir de um longo caminho de reconhecimento dessa violência como um problema público em nosso país. Igualmente, através do crescimento das mulheres enquanto sujeito social coletivo, fazendo com que as instituições e a sociedade não pudessem ignorá-las, nem deixar de abordar políticas públicas de gênero.

Iris Marion Young, importante estudiosa feminista, contribui com essa discussão ao afirmar:

O slogan feminista “o pessoal é político” expressa o princípio de que nenhuma prática ou atividade social deve ser excluída, como tema impróprio para discussão pública, expressão ou escolha coletiva. O movimento contemporâneo de mulheres problematizou publicamente muitas práticas que eram consideradas demasiado triviais ou privadas para discussão pública: o significado dos pronomes, a violência doméstica contra as mulheres, a prática de os homens abrirem portas para as mulheres, o abuso sexual de mulheres e crianças, a divisão sexual do trabalho doméstico e assim por diante (YOUNG, 2012, p. 199).

Martins, Cerqueira e Matos (2015) caminham na mesma direção de Young (2012): “No processo de atuação das feministas no espaço público, estabeleceu-se longa interlocução com os Poderes Legislativo e Executivo, no sentido de estabelecer direitos e conquistar investimentos estáveis para a temática” (p. 4).

Através de anos, diversos setores da nossa sociedade (especialmente do movimento feminista), amparados por diversas assembleias - Convenção de Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1979); Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena 1993); Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994); Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijin/China, 1995) - destacaram a violação dos direitos humanos e atribuíram deveres aos Estados signatários de coibir todas as formas de violência contra a mulher, adotando políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência de gênero.

As políticas públicas, pactos, leis e etc. vêm sendo elaborados/implementados, não substituindo uns aos outros, mas sendo complementados e melhor adaptados às necessidades dessa população. A citar: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (2004), Lei Maria da Penha (2006), Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2007/2011), Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011), Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – 2013/2015, Programa “Mulher, Viver sem Violência (2013), Lei nº. 13.104 (2015) – Femicídio, entre outros protocolos e diretrizes de atendimento.

No enfrentamento da violência contra as mulheres a Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República teve um grande papel no fortalecimento e monitoramento de políticas públicas, possuindo como principal objetivo a promoção da igualdade entre homens e mulheres e o combate de todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente. A partir de 2003 (ano de sua criação) a SPM passou a incentivar a criação de redes de atendimento, fomentar legislações específicas de combate a essa problemática, criar normas e ampliar o acesso à justiça e segurança pública.

A atenção às mulheres anterior à organização dessa Secretaria era baseada em ações como pré-natal e puerpério, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino, entre outras atividades com uma perspectiva reducionista, a qual atentava-se somente ao ciclo gravídico-puerperal. Já o enfrentamento à violência contra a mulher dava-se basicamente por meio das Delegacias Especiais (DEAMs) e as Casas-Abrigo, sem a interlocução com demais setores necessários a uma adequada assistência.

Com a ruptura dessa perspectiva e com lançamento da pioneira PNAISM em 2004, as políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres começaram a trazer um enfoque na humanização do atendimento e na organização de *redes integradas* de atenção às mulheres. Ao longo dos anos, passaram a destacar a discussão da violência de gênero, considerando os grandes impactos nas condições de saúde e vida dessas mulheres devido às desigualdades sociais e de poder construídas ao longo da história entre homens e mulheres.

Entende-se portanto que “[...] são construídas pela sociedade melhores condições para homens, apresentando maiores obstáculos para as mulheres conquistarem seus espaços e vivenciarem suas vidas plenamente” (IBAM, 2015, p.45). Essas condições afetam as mulheres, colocando-as em lugar inferior aos homens no mercado de trabalho, no acesso à renda, no acesso à segurança pública, ao lazer, entre outros direitos.

Assim, a partir do enfoque de gênero, compromete-se a promover direitos iguais para homens e mulheres em todos os âmbitos, em busca de uma efetiva autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida, respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação.

Como mencionado anteriormente, em 2006, foi promulgada uma importante lei de proteção da mulher contra violência doméstica e familiar – Lei nº 11.340 – Lei Maria da Penha (LMP). Esta lei tornou mais rigorosa a punição para agressões contra a mulher e a violência doméstica passou a ser tipificada como uma das formas de violação aos direitos humanos.

Recebeu esse nome em homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, que lutou por vinte anos para ver seu agressor condenado. Em 1983, ela sofreu a primeira tentativa de assassinato pelo esposo e apesar de ter escapado da morte, ele a deixou paraplégica. Quando foi denunciar seu agressor, Maria da Penha se deparou com a ineficiência por parte da Justiça brasileira. Dessa forma, ela resolveu acionar organismos internacionais e seu caso foi encaminhado para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1998. O caso só foi solucionado em 2002 quando o Estado brasileiro foi condenado por omissão e negligência pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Assim, o Brasil comprometeu-se em reformular leis e políticas de combate à violência contra a mulher, o que culminou anos mais tarde na formulação da referida lei.

A LMP altera o Código Penal e possibilita que agressores de mulheres no âmbito doméstico e familiar sejam presos em flagrante ou tenham prisão preventiva decretada, aumenta o tempo máximo de detenção de um para três anos, estabelecendo ainda medidas como a saída do agressor do domicílio e a proibição de sua proximidade com a mulher agredida e os filhos. Também, tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher e determina que a mulher somente poderá renunciar à denúncia perante o juiz (BRASIL, 2006).

No ano de 2007 foi criado o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, que foi reeditado em 2011, sendo estruturado em quatro eixos: Implementação da LMP e Fortalecimento dos Serviços Especializados de Atendimento (atentando-se para a redefinição do papel das DEAMs, no sentido de desempenharem uma ação mais preventiva e repressiva) ; Proteção dos Direitos sexuais e Reprodutivos e Enfrentamento da Feminização da Aids; Combate à Exploração Sexual de Meninas e Adolescentes e ao Tráfico de Mulheres; Promoção dos direitos humanos das mulheres, mais especificamente, em situação de prisional.

Nesse sentido, a questão central de todas as políticas é o enfrentamento da violência contra a mulher, que segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011) diz respeito a:

[...] implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões. O enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), no sentido de propor ações que: desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência (BRASIL, 2011, p.25).

Desse modo, o enfrentamento deve ser baseado não só no combate, que visa o estabelecimento e o cumprimento de normas penais que garantam a punição e a responsabilização dos agressores/autores de violência contra as mulheres, ações punitivas e de cumprimento da Lei Maria da Penha, mas na prevenção, na assistência e na garantia dos direitos das mulheres.

No âmbito da prevenção é previsto ações educativas e culturais que desconstruam mitos e estereótipos dos padrões sexistas. Também, campanhas que deem visibilidade às diferentes expressões de violência de gênero sofridas pelas mulheres, que rompam com a tolerância da sociedade frente ao fenômeno e que enfoquem na mudança de valores, em especial na cultura do silêncio quanto à violência contra as mulheres no espaço doméstico e à banalização do problema pela sociedade (BRASIL, 2011).

Quanto à assistência, a Política visa garantir um atendimento qualificado e humanizado com a *capacitação de agentes públicos e comunitários* de forma

contínua e na criação e fortalecimento da *Rede de Atendimento* de serviços especializados, que é composta pelos seguintes serviços: Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, 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, Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica, entre outros (BRASIL, 2011).

A necessidade de criação de uma Rede de Atendimento no caso da violência contra a mulher justifica-se pela complexidade e multidimensionalidade que essa problemática possui e leva em conta as diferentes rotas que a mulher em situação de violência percorre. Essa rota possui diversas portas de entrada (serviços de emergência na saúde, delegacias, serviços da assistência social), que devem trabalhar de forma articulada no sentido de prestar uma assistência integral à mulher em situação de violência.

A *rede* de atenção à mulher em situação de violência configura-se como um modo de obter uma atenção horizontal e sem porta de entrada definida. Desse modo, em qualquer ponto que as mulheres iniciarem seu percurso, essas encontrarão nas diferentes instituições e serviços a mesma valorização e desenvolvimento de seus direitos, concretamente realizados, porém, nas distintas especificidades de cada setor social (SCHRAIBER et al., 2012).

Por fim, na garantia dos direitos humanos das mulheres deve-se cumprir os tratados internacionais que versam sobre violência contra a mulher e implementar iniciativas que promovam o empoderamento das mulheres e o acesso à justiça (BRASIL, 2011).

Complementarmente, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015) traz com eixo principal de enfrentamento a busca pela igualdade e o combate das desigualdades de gênero nos diferentes espaços públicos e privados. Refere que “para a transformação dos espaços cristalizados de opressão e invisibilidade das mulheres dentro do aparato estatal, faz-se necessário um novo jeito de fazer política pública: a transversalidade” (2013, p. 10).

A transversalidade permite abordar problemas multidimensionais e intersetoriais de forma combinada, dividir responsabilidades e superar departamentalização da política. Nesse sentido tem-se a responsabilidade compartilhada de todos os dos três níveis federativos de promover a igualdade de gênero e ações de combate à violência (BRASIL, 2013).

Logo, as políticas voltadas para a promoção dos direitos das mulheres e para a redução das desigualdades de gênero são transversais às políticas setoriais ou às demandas localizadas por bairros ou regiões do município, permitindo assim ao governo poder atender à população feminina de forma diferenciada.

É importante destacar ainda, a relevância da produção de dados oficiais nos serviços (observando a Lei nº 10.778/2003 referente à notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher na saúde e a Lei nº 11.340/2006 – LMP - que determina a criação do Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre a Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher). Os dados devem permitir construir um diagnóstico do problema e oferecer uma visão geral da magnitude da violência no país no intuito de subsidiar políticas públicas voltadas para o enfrentamento e combate dessa problemática.

Mais atualmente, o Programa Mulher, Viver sem Violência (lançado em 2013) possui as seguintes estratégias de ação: Implementação da Casa da Mulher Brasileira (espaço que integra serviços especializados para os mais diversos tipos de violência contra as mulheres); Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual; Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira Seca; Campanhas Continuadas de Conscientização; Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e Floresta.

Todas estas ações representam um significativo avanço para o atendimento às mulheres em situação de violência, porém o grande desafio é de que todas essas instituições e mecanismos pertencentes à Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência atuem efetivamente de forma a consolidar a implementação de uma política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher.

Para tanto, é necessário uma padronização de diretrizes de funcionamento e procedimentos desses serviços; elaboração de fluxos de

atendimento integrado pelas redes locais de atendimento à mulher em situação de violência; protocolos institucionalizados; qualificação periódica dos profissionais que atuam na rede; realização de encontros com os serviços e mecanismos de gestão dessas instituições.

Nesse sentido, existem Normas Técnicas (NT) que estabelecem, em âmbito nacional, diretrizes, atribuições e padrões gerais de funcionamento desses equipamentos da Rede de Atendimento como a: Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (2006); Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMS (2010); Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com registro de Informações e coleta de vestígios (2015).

A NT dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência define que esses são espaços de acolhimento/atendimento psicológico, social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, devendo exercer o papel de articulador das instituições e serviços governamentais e não governamentais que integram a Rede de Atendimento.

Ainda, a NT delibera que o atendimento deve ser realizado com uma abordagem multidisciplinar, devendo os diferentes profissionais resguardar sua segurança e da mulher que procura o serviço. Esses necessitam saber identificar a violência contra a mulher, visto que em episódios de violência doméstica há a dificuldade da pessoa vitimada em revelar o que aconteceu. Além disso, o centro de referência deve desenvolver estratégias de integração e complementaridade entre serviços de atendimento à violência de gênero, para a criação ou fortalecimento de redes municipais e/ou regionais de atenção a mulheres em situação de violência.

Também, define que o número de profissionais deverá ser estabelecido de acordo com a população do município e que a estrutura dos Centros de Referência devem possuir alguns equipamentos como: central telefônica, telefone, veículo tipo utilitário, computador e uma impressora, rede lógica e Internet, entre outros. Sua localização devem ter espaços bem iluminados e sinalizados, com placas de identidade visual própria, facilitando o acesso da população ao serviço e, na medida do possível, estarem localizadas próximas aos serviços da Rede de Atendimento.

Além disso, estabelece que a metodologia de atendimento e funcionamento deve ser feita por demanda espontânea ou por encaminhamento de algum serviço ou instituição, cabendo oferecer orientações gerais sobre os direitos da mulher e sobre a Rede de Atendimento a sua disposição, bem como serviços psicológico, social e jurídico, que poderão ser individuais ou em grupo. (BRASIL, 2006).

No entanto, o município de Santa Maria não possui um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, que realize esse trabalho e atendimento integrado. A cidade conta com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, o qual, dentre seus eixos de trabalho, tem a questão do atendimento da violência contra a mulher como atribuição⁶. Também, possuem como previsão da equipe básica, profissionais que tem a possibilidade de dar esse apoio psicológico, social e jurídico (assistentes sociais, psicólogos, advogados, entre outros⁷), como a NT dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência preconiza.

Já a NT das DEAMs define que essas desempenham um papel decisivo na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, porque são uma importante porta de entrada das mulheres na rede de serviços e também pelo seu papel de prevenção e de repressão à violência contra as mulheres. Suas principais atribuições são: garantir proteção policial, quando necessário; encaminhar a mulher aos estabelecimentos de saúde e ao Instituto Médico Legal; fornecer transporte para a ofendida e seus dependentes para abrigo ou local seguro; acompanhar a mulher para a retirada de seus pertences quando necessário e informá-la de seus direitos e sobre os serviços disponíveis.

Apona também, a estrutura de funcionamento das DEAMs que devem possuir especificações básicas para um adequado atendimento, tais como: profissionais capacitados e em número suficiente para prestar atendimento de qualidade às usuárias. O horário de expediente deve ser 24h/dia, inclusive aos

6 No ano de 2018, conforme dados colhidos no serviço - formulários de atendimento mensal do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), o CREAS do município de Santa Maria atendeu um total de 48 mulheres em situação de violência, sendo realizados trabalhos em grupo e visitas domiciliares às famílias.

7 Conforme NOB-RH/SUAS (2006).

sábados, domingos e feriados. Os equipamentos mínimos necessários ao funcionamento, como central fixa de rádio, central telefônica, rádios HT, computadores e impressoras, rede lógica e Internet com implantação de um sistema informatizado para coleta e análise de dados estatísticos, registros, informações, *software* para banco de dados; camburão, veículos, revólver, algemas e colete balístico, entre outros. As DEAMs devem estar localizadas, preferencialmente, em áreas próximas a outros serviços que compõem a rede de atendimento e que sejam bem providas pelos meios de transporte urbano. Suas instalações devem ser amplas, com fachadas bem iluminadas e sinalizadas de forma a facilitar o acesso da população.

De forma semelhante, a NT para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual expressa que a unificação de procedimentos é necessária para possibilitar à pessoa em situação de violência sexual um atendimento digno, humanizado e resolutivo, evitando revitimizações, tornando-o mais ágil e com menos exposição da pessoa que sofreu a violência. Também sinaliza que existem no Brasil diferentes fluxos de atendimento a pessoas em situação de violência sexual, mas todos devem respeitar a confidencialidade do caso; a preservação de informações e vestígios da agressão, evitando a revitimização.

A NT define que o acolhimento das mulheres em situação de violência sexual deve estar baseado em uma escuta qualificada. Essa, segundo Maynard et al (2014), pode ser entendida como uma tecnologia leve que envolve relações de diálogo, vínculo e acolhimento, possibilitando compreender as pessoas e a valorizar suas experiências. A escuta estabelece o vínculo necessário com quem se está atendendo/ouvindo, sendo possível transcender questões superficiais e aparentes, de modo a mergulhar na subjetividade e particularidade das demandas específicas de cada pessoa.

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a aptidão para lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as vítimas a falarem de seus sentimentos e necessidades (BRASIL, 2015).

Do mesmo modo, a NT determina que os Serviços de Referência para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual devem: avaliar e tratar as condições médicas de emergência; realizar os exames clínicos e a coleta de

material com consentimento informado; apresentar o Termo de Consentimento Informado, de modo a colher assinatura para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados; respeitar a todo momento a confidencialidade do caso; solicitar os exames laboratoriais preconizados⁸; realizar a contracepção de emergência⁹; realizar profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B; realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social; preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada; registrar na Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual; garantir a referência para o seguimento/acompanhamento através de consultas pré-agendadas; realizar a interrupção legal da gestação conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde; encaminhar a mulher para os serviços de saúde caso ela opte pela manutenção da gestação; entre outras especificidades que os casos necessitem.

Além das referidas normas, existem alguns protocolos de atendimento/funcionamento específicos de cada instituição ou município que padronizam e direcionam o trabalho dos funcionários públicos que são responsáveis pela implementação das políticas públicas.

Por exemplo, em Santa Maria, o Hospital Universitário-HUSM (referência no atendimento de violência sexual) possui o POP - Procedimento Operacional Padrão que estabelece instruções de atendimento. Esse segue o que dispõe a Lei 12.845 de 01 de agosto de 2013, que trata do atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de Violência Sexual, de forma que todos os hospitais integrantes da rede do SUS devem oferecer às pessoas que sofrem Violência Sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual. Também, a Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013, a qual define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS), sendo esses serviços um dos pontos de atenção das redes intersetoriais de

8 Conforme Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde.

9 Conforme Norma Técnica Anticoncepção de Emergência.

atendimento da violência contra mulheres, que tem como função precípua a preservação da vida e a continuidade do cuidado pelos componentes da Rede de Atenção à Saúde nas regiões de saúde.

Assim, têm-se, no caso de violência contra a mulher, o POP de “Atendimento e Acompanhamento de Violência Sexual- pacientes do sexo feminino acima de 14 anos 5 meses e 29 dias”, elaborado em 2016. Esse tem o objetivo de informar aos profissionais de saúde do HUSM como proceder em situação de violência sexual. Define-se que o hospital funcionará como um serviço porta aberta, 24 horas, com Acolhimento e Classificação de Risco, sendo classificada a Violência Sexual como urgência (cor laranja), com tempo de espera para atendimento de no máximo 15 minutos.

Além disso, determina-se que o setor responsável por esse atendimento de urgência será o Centro Obstétrico e orienta que o seguimento do atendimento deverá ser ambulatorial, nos setores de infectologia, ginecologia, serviço social e psicologia. Também, que se deve ofertar local com privacidade para o atendimento, realizar as testagens rápidas para DSTs e gravidez, solicitar exames, prescrever medicações necessárias para profilaxia de DSTs e contracepção de emergência, realizar notificação do caso de violência, entre outros.

Desta maneira, percebe-se a complexidade da problemática da violência contra a mulher, com o atendimento em diferentes locais da Rede de Atendimento. A questão então é saber como o atendimento é operado nos pontos da Rede e se há adaptação ou discricionariedade por parte dos diferentes profissionais que executam as políticas públicas de enfrentamento. A tomada de decisões desses trabalhadores no ato da implementação foi muito bem discutida por *Lipsky (1980)*, quando este afirma que os *burocratas de nível de rua* determinam o contexto de interação e acesso das pessoas aos serviços onde trabalham. Bem como, desse modo, decidem o rumo que as políticas tomarão, uma vez que têm autonomia de como aplicar e inserir as normas e padrões definidos pelas políticas públicas.

Igualmente, a atenção está condicionada às visões de mundo que cada um deles carrega, a formação enquanto profissionais e servidores públicos, nas condições de trabalho em que se encontram, nas capacitações que receberam para trabalhar com a temática e até mesmo com suas vivências que podem

influenciar no modo como implementam as políticas públicas e as tornam efetivas para enfrentamento e combate dessas violações.

Portanto, para uma efetiva implementação das políticas públicas é de grande importância também a atuação governamental, especialmente dos municípios, que são as unidades da federação responsáveis pela execução das políticas públicas. Estes devem estar comprometidos com a igualdade de gênero e possuir estratégias capazes de impactar a realidade das mulheres do município. Por esta perspectiva, o monitoramento é uma ferramenta indispensável para a gestão municipal no acompanhamento e no conhecimento do impacto das políticas públicas. Também, é uma oportunidade de pensar maneiras de melhorar o desempenho das ações realizadas e servir para orientar capacitações das/dos profissionais que já atuam ou que atuarão no atendimento/atenção a essa população (IBAM, 2015).

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se por um estudo de natureza qualitativa. Foi realizada uma investigação com múltiplas técnicas e métodos, tal como revisão bibliográfica, entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado, análise de conteúdo e construção de redes semânticas.

De acordo com Martins (2006) a pesquisa qualitativa distingue-se pela descrição, compreensão e interpretação de fatos, fenômenos, comportamentos, discursos ou situações, tratando-se de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real, permitindo, através de um mergulho profundo em um objeto delimitado, a penetração na realidade social.

Nesse sentido, o estudo foi realizado no município de Santa Maria, com os profissionais de diferentes áreas da Rede de Atendimento às mulheres vítimas de violência. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado, de modo individual, as quais foram gravadas (áudio) com o consentimento dos mesmos de modo a registrar integralmente a fala, assegurando material autêntico para a análise. Antes do procedimento de coleta de dados, os participantes foram esclarecidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

A entrevista com roteiro semiestruturado, segundo Laville e Dionne (1999), consiste em várias perguntas abertas, feitas verbalmente, que possuem uma ordem previamente estabelecida, mas que podem ser alteradas, conforme as respostas do entrevistado, com a finalidade de conseguir mais coerência na troca com ele. Também é possível que se acrescentem outras perguntas, para aprofundamento da pesquisa.

A pesquisadora responsável foi a cada uma das instituições participantes do estudo, mediante contato prévio e realizou as entrevistas conforme a disponibilidade de cada participante. Essas foram realizadas no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Assim, partindo-se de um roteiro básico (APÊNDICE A) colheu-se informações sobre a realidade da Rede de atendimento das mulheres vítimas de violência no município de Santa Maria, bem como as percepções dos profissionais atuantes nesses locais sobre a implementação das políticas públicas de atenção a mulheres em situação de violência.

O universo de profissionais que foram entrevistados fazem parte da rede de atendimento do município, em suas respectivas áreas de atuação e estabelecimentos: Área da Saúde – HUSM, Área da Assistência Social –CREAS, Área da Segurança -Delegacia da Mulher.

Salienta-se que o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) estava previsto como um dos cenários do estudo, pois é responsável pela organização e oferta de serviços de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social e porque faz parte da Rede de atendimento do município de Santa Maria (conforme cartilha da Secretaria de Saúde - “A construção da rede de atendimento às pessoas em situação de violência). Previa-se entrevistar dois profissionais que compõe a equipe básica: assistente social e psicólogo. No entanto, a pesquisadora foi até o estabelecimento e os profissionais afirmaram não receber nenhuma mulher em situação de violência em seu serviço, o que impossibilitou de realizar a entrevista com os referidos profissionais. E isto, por si só, já é um dado empírico.

Foi entrevistado um profissional por área de formação em cada estabelecimento, como segue:

Quadro 1: Entrevistados por área e instituição

ÁREA	SETOR	Nº DE PROFISSIONAIS
Saúde	HUSM	4
Assistência Social	CREAS	3
Segurança	DEAM	3
		Total: 10

Fonte: Elaboração própria

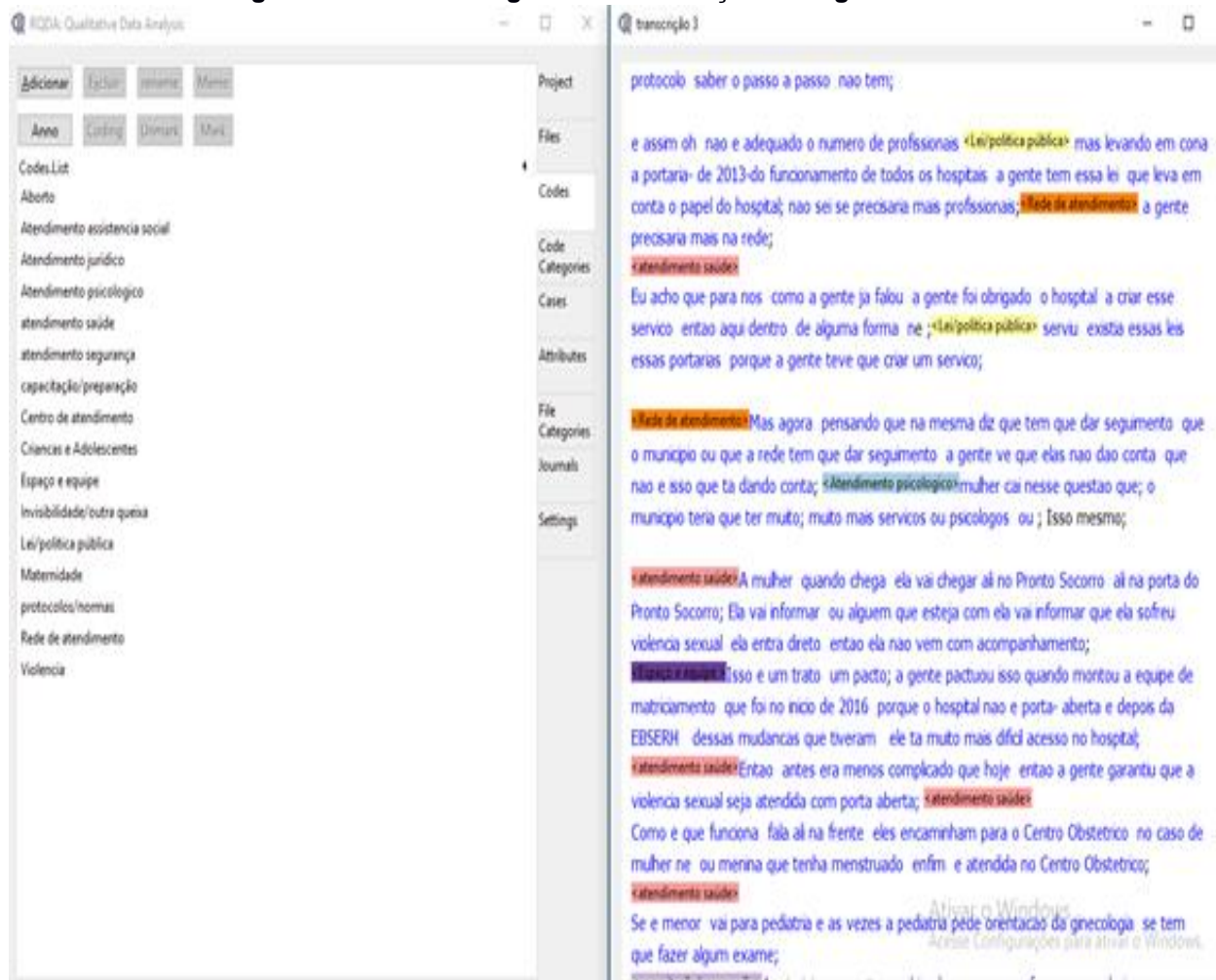
Na saúde (HUSM): enfermeira, médico, psicóloga e assistente social; na Assistência Social (CREAS)¹⁰: psicóloga, assistente social e coordenadora; na Segurança (DEAM): escritã, agente administrativo/recepção e delegada. Esse recorte tornou-se necessário para compreender as percepções dos atores de diferentes profissões e distintas competências no atendimento das mulheres vítimas de violência. Além disso, percorrer as principais “portas de entrada” para compreender o fluxo de atendimento e encaminhamento dessa população no município.

¹⁰ Na área de assistência social tinha-se previsão de entrevistar o profissional advogado, pois o mesmo consta como parte da equipe básica do CREAS. No entanto, o município de Santa Maria não possui profissional desta área contrato/concursado que trabalhe na referida instituição.

Após, foi realizada a transcrição manual das entrevistas para realizar o tratamento dos dados através do método de análise de conteúdo que, segundo Bardin (2004), caracteriza-se por um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam em discursos dos mais variados tipos. A autora explica que nessa técnica o pesquisador classifica os diferentes elementos que possui seguindo critérios pré-estabelecidos. Portanto, a análise de conteúdo é um método de análise do texto, uma técnica que permite explorar, trabalhar, explicar as ambiguidades, reduzindo a complexidade do texto/da linguagem, transformando-o para atender as informações necessárias. Este passo foi fundamental para a criação posterior de redes semânticas: foi Dmitry Paranyushkin (2011) quem melhor desenvolveu este método a fim de “evitar qualquer influência subjetiva ou cultural no processo de construção do gráfico [...] revelando as estruturas de sentido do texto em si” (SILVA e SILVA, 2016, p. 135).

Para tanto, foi aplicada a técnica desenvolvida por Silva e Silva (2016) que recomendam *softwares* livres (gratuitos e multiplataformas), como o RQDA (*R Qualitative Data Analysis*), do pacote estatístico “R” que possibilita criar matrizes de dados a partir de textos. Enquanto *software* de análise de conteúdo, o RQDA possibilita transformar seus códigos e categorias em vértices (nós) e arestas (laços) para realizar a posterior análise de redes (FIGURA 2).

Figura 2: Lista de Categorias e Transcrições categorizadas no RQDA



Fonte: Elaboração própria a partir de arquivos do RQDA

Feita a codificação no RQDA o banco foi exportado para o *SQLite Manager*, que gera planilhas que podem ser exportadas em formato CSV (*Coma-separated Values*). Em seguida mobilizamos o *software OpenRefine* a fim de realizar duas operações: (i) retirar as *stopwords*: palavras sem sentido próprio fora do contexto das frases (em geral artigos, preposições, advérbios, conjunções, etc)¹¹; e (ii) normalizar as palavras a partir de seu radical: “democratização”, “democratizando”, “democratizado”, “democrata”, “democrático” são termos que devem ser agrupados como “democracia”. Deve-se adequar este procedimento aos objetivos de cada pesquisa, mas o relevante

11 É possível encontrar facilmente na internet listas de *stopwords* em língua portuguesa, que facilitam o trabalho do pesquisador.

é deixar apenas as palavras canônicas, isto é, termos significativos e com sentido intrínseco (Fadigas et al, 2009; Souza, 2015).

Uma vez tratados e ajustados os dados na planilha do *OpenRefine*, ela foi importada para dentro de um *software* de análise de redes: sugere-se a utilização do *Gephi*, que é de simples manuseio. Silva e Silva, a partir de Bardin, (1995) destacam a relevância do contexto para a análise de conteúdo: as palavras só fazem sentido no contexto em que são empregadas, que pode ser a frase em que estão inseridas. Em nosso caso o contexto foi a codificação feita na análise de conteúdo no RQDA, fundamental para que o pesquisador consiga lapidar os dados brutos no intuito de apreender seus significados. Assim, as redes semânticas tiveram como vértices fonte as categorias e como vértices alvo as palavras contidas nas transcrições das entrevistas (Categorias → Palavras).

No que tange às estatísticas usadas, elencamos como fundamental a medida de modularidade, que encontra as subredes, ou seja, as comunidades temáticas dos discursos a partir dos padrões de semelhanças e proximidades entre os vértices. A partição é feita com um algoritmo que detecta sucessivamente as arestas com maiores graus de intermediação e as divide, subdividindo então a rede. Além desta, também foi utilizado a centralidade de grau que significa a quantidade de arestas dirigidas para um determinado vértice (Newman, 2010; Blondel et al, 2008).

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Inicialmente, serão apresentados dados relativos à caracterização dos profissionais participantes do estudo (Quadro 2). Participaram 10 profissionais atuantes em três diferentes instituições de atendimento de mulheres em situação de violência, os quais seguem: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) do município de Santa Maria.

Quadro 2- Caracterização dos profissionais participantes do estudo

Variáveis	Número
<u>Sexo</u>	
Feminino	8
Masculino	2
<u>Local de Trabalho</u>	
CREAS	3
DEAM	3
HUSM	4
<u>Cargo/Função – Local de Trabalho</u>	
Agente Administrativo - DEAM	1
Assistente Social - CREAS e HUSM	2
Coordenadora - CREAS	1
Delegada - DEAM	1
Enfermeira - HUSM	1
Escrivã - DEAM	1
Médico - HUSM	1
Psicóloga – CREAS e HUSM	2

Fonte: Elaboração própria

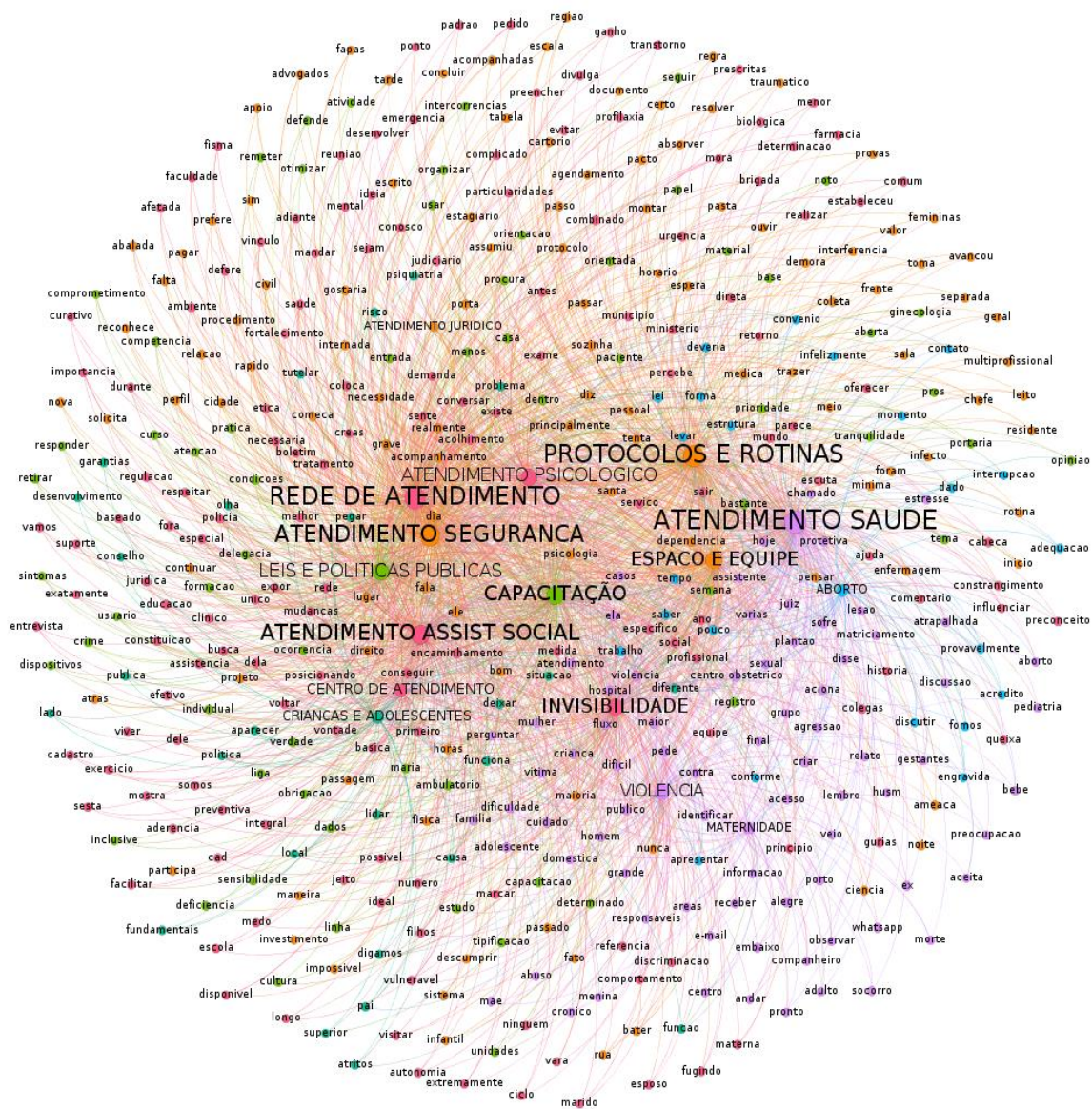
Para melhor expor os resultados da pesquisa e com intuito de manter as informações fornecidas pelos participantes de forma confidencial, foram atribuídos os seguintes códigos para evitar suas identificações: Profissional 1, Profissional 2, Profissional 3, etc.

Sendo assim, em seguida, será apresentada a análise das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa através das redes semânticas criadas a partir da análise de conteúdo, junto aos profissionais que atendem mulheres em situação de violência no município de Santa Maria.

Utilizando todas as respostas advindas da coleta de dados, através das entrevistas, tem-se na no Grafo 1 um panorama geral do estudo, com vértices (nós) e arestas (laços), representando as categorias (em letras maiúsculas) e

palavras (letras minúsculas) que se conectam por vezes de maneira mais vinculadas e outras com menor associação.

Grafo 1 – Rede Semântica das Entrevistas



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

Ao observarmos a rede visualizamos nos “nós” mais destacados as seguintes categorias, as quais foram compostas através da análise de conteúdo da transcrição das entrevistas e representam os seguintes núcleos temáticos: ABORTO; ATENDIMENTO ASSISTENCIAL SOCIAL; ATENDIMENTO JURÍDICO; ATENDIMENTO PSICOLÓGICO; ATENDIMENTO SAÚDE;

ATENDIMENTO SEGURANÇA; CAPACITAÇÃO; CENTRO DE ATENDIMENTO; CRIANÇAS E ADOLESCENTES; ESPAÇO E EQUIPE; INVISIBILIDADE; LEI E POLÍTICAS PÚBLICAS; MATERNIDADE; PROTOCOLOS E ROTINAS; REDE DE ATENDIMENTO E VIOLÊNCIA.

Destas, tem-se os maiores graus de centralidade (número de vezes em que determinado nó realizou conexões na rede), nas categorias “atendimento saúde” (grau 419), seguida de “rede de atendimento” (grau 378), “protocolos e rotinas” (grau 372), “atendimento segurança” (grau 365), “atendimento assistência social” (312).

Dentre as palavras, tem-se no cálculo de centralidade, a “violência”, “atendimento”, “ela” com maior número de conexões (grau 15), seguidas de “mulher” e “trabalho” (grau 14); “casos”, “hospital”, “ele”, “psicologia”, “saber” e “conseguir” (grau 13).

Para melhor visualizar a ocorrência das categorias destacadas na análise das entrevistas, bem como suas palavras, construiu-se tabelas, as quais ilustram as categorias (Quadro 3) e as principais palavras (Quadro 4) com seus respectivos graus de centralidade na rede:

Quadro 3: Categorias e Graus de Centralidade

Categoria	Grau
ATENDIMENTO SAÚDE	419
REDE DE ATENDIMENTO	378
PROTOCOLOS E ROTINAS	372
ATENDIMENTO SEGURANÇA	365
ATENDIMENTO ASSIST. SOCIAL	312
CAPACITAÇÃO	282
ESPAÇO E EQUIPE	244
INVISIBILIDADE	233
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO	197
VIOLÊNCIA	191
LEIS E POLÍTICAS PÚBLICAS	189
CENTRO DE ATENDIMENTO	99
CRIANÇAS E ADOLESCENTES	76
ABORTO	72
MATERNIDADE	64
ATENDIMENTO JURÍDICO	26

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4: Palavras (principais) e Graus de Centralidade

Palavra	Grau
Violência	15
Atendimento	15
Ela	15

Mulher	14
Trabalho	14
Casos	13
Hospital	13
Ele	13
Psicologia	13
Saber	13
Conseguir	13
Vítima	12
Fala	12
Situação	12
Encaminhamento	12
Tempo	12
Profissional	12
Serviço	12
Sexual	11
Centro obstétrico	11

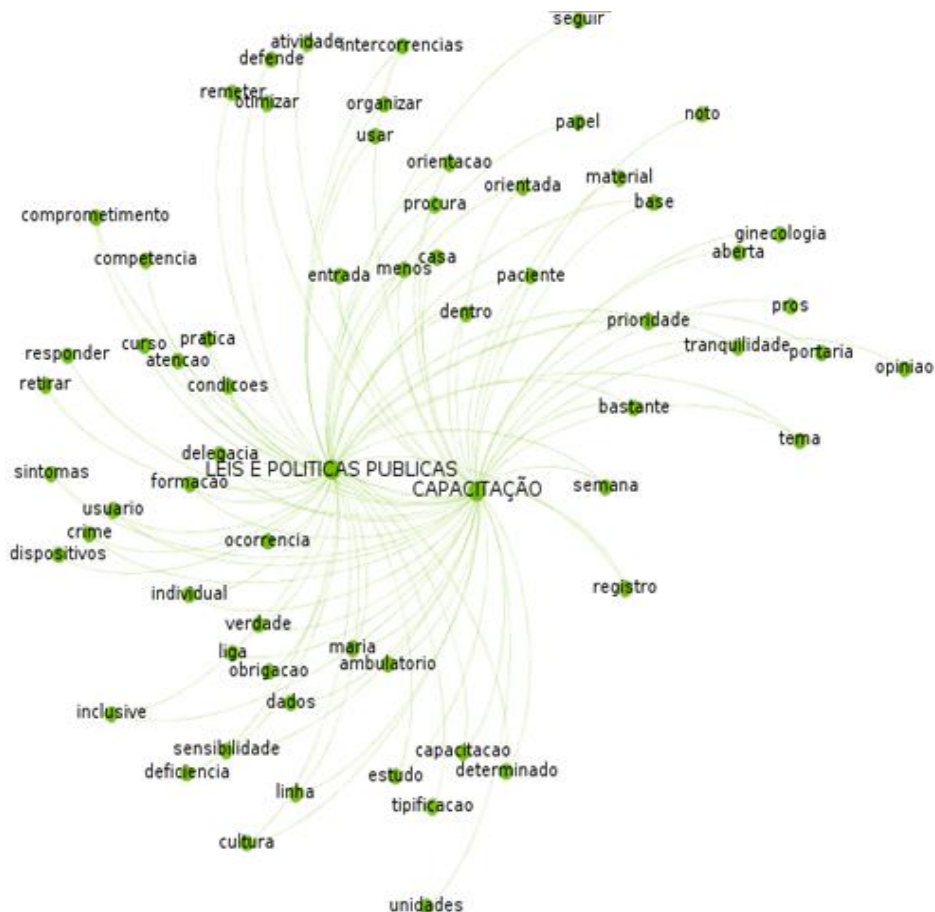
Fonte: Elaboração própria

Na busca de identificar a implementação de políticas públicas de atenção a mulheres em situação de violência no município de Santa Maria, necessitou-se entender as conexões dessa rede, aprofundando mais o significado de suas categorias e palavras. Para tal, fizemos um recorte topológico na rede retirando algumas de suas camadas mais superficiais com o intuito de deixar somente os vértices mais centrais. Para tanto utilizamos o recurso de filtro do Gephi para grau 3, ou seja, excluimos da rede todas as palavras com menos de 3 conexões.

Em seguida, aplicamos a medida de modularidade do Gephi, que detectou seis comunidades temáticas, que possuem maior número de nós conectados em seu interior, a partir das proximidades e semelhanças dos seus vértices. São sobre esses resultados que a descrição a seguir se assenta.

O primeiro recorte temático da rede pode ser visualizada a seguir (GRAFO 2), a qual denomina-se “Leis e Políticas Públicas”. Representada pela cor verde, visualiza-se em seus principais vértices duas categorias “LEIS E POLÍTICAS PÚBLICAS” e “CAPACITAÇÃO”.

5.1 Leis e Políticas Públicas

Grafo 2: Leis e Políticas Públicas

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

A categoria “leis e políticas públicas” formou-se a partir de excertos das entrevistas que referem-se ao trabalho desenvolvido, nos setores pesquisados, balizado (ou não) por alguma política pública ou lei de atenção a mulheres em situação de violência. Também, refere-se ao conhecimento dos trabalhadores sobre essas políticas ou leis. Já a categoria “capacitação” compôs-se a partir das falas sobre a participação ou existência de capacitações ou mesmo se os trabalhadores sentem-se preparados para o trabalho com mulheres em situação de violência. Sendo assim, estas duas categorias, formaram uma comunidade (sub rede) pela conexão maior entre seus significados e palavras.

As principais palavras que conectaram-se a esses vértices (categorias) com maior centralidade de grau foram: “semana”, “dentro”, “menos” (grau 9), seguidas de “Maria”, “ocorrência”, “casa” e “delegacia” (grau 8) e “bastante”, “registro”, “paciente”, “ambulatório”, “prioridade”, “verdade” (grau 7).

Ao analisar esta comunidade buscando reconhecer como os profissionais da ponta implementam as políticas públicas, através do questionamento do

conhecimento deles sobre políticas de atenção a mulheres em situação de violência e mais especificamente se seguem alguma delas em seu atendimento cotidiano, pode-se verificar que, em sua maioria, há o desconhecimento sobre o conteúdo das políticas públicas de atenção à violência contra a mulher e suas diretrizes de funcionamento específicas. Eles referem que seu trabalho é pautado basicamente na ética profissional e no modo como cada uma das suas profissões especificamente orienta conduzir seus atendimentos. Demonstra-se esse fato nos seguintes discursos:

“Olha... se tu me perguntar eu não sei nenhuma lei de cor, eu não sei de nada dessas leis [...] mas tipo, de leis especificamente não... A Maria da Penha só né, que é o que a gente mais utiliza aqui no serviço [...]essa eu acho que é a que eu mais sei, assim.... mas eu nunca parei para ler e coisa e tal... A minha profissão especificamente, ela trabalha com vulnerabilidade... violência doméstica é uma vulnerabilidade também, então a gente se baseia nos critérios da profissão para acolher, para atender, enfim, na questão ética também ... eu não vejo muita dificuldade disso sabe, porque tem a questão de não revitimização, de não discriminação...” (Profissional 1).

“Eu acho que a gente tem na nossa formação, pelo menos a questão do acolhimento, de acolher a demanda, mas assim.... de saber exatamente o protocolo, saber o passo a passo, não tem...” (Profissional 2).

“[...] eu acho que não tem nada dessa forma, eu acho que é uma coisa que... é um trabalho assim, um posicionamento, um trabalho, uma cultura muito mais do que uma coisa escrita né... uma cultura de respeitar, uma cultura de acolher, de fazer bem feito, de atender rápido, de não ficar perguntando o que não deve, de não expor as pessoas...” (Profissional 3).

“[...] a gente encaminha conforme a situação. [...]Então, a gente presta todo o apoio assim que ela precisa. Tudo que a gente puder ajudar e orientar, a gente vai fazer. [...]a própria Lei Maria da Penha né, a gente segue essa lei [...] tudo que é determinado, a gente faz dentro da lei né... (Profissional 7).

“É, não... é da profissão mesmo, daí tu faz os encaminhamentos. Tu faz aquele acolhimento, a escuta né, daí tu vê a demanda, vê o que é necessário, daí tu faz todo o entorno dela né...” (Profissional 8).

Nas falas percebemos o que Silva e Melo (2000) escrevem sobre a implementação, em que referem ser um processo não só de execução, mas sim de tomada de decisões pelos executores das políticas públicas, o que reflete no sucesso e insucesso dessa política. Também o que o autor Lipsky (1980; 2010) escreve em sua teoria sobre os *burocratas do nível de rua*, quando o autor define que a implementação das políticas públicas é determinada pela

discricionariedade desses trabalhadores, ou seja, o poder de determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios ou sanções planejadas por suas organizações estatais.

Essa discricionariedade permite aos profissionais ouvidos no estudo decidirem como se comportar perante as diferentes situações no atendimento das mulheres em situação de violência. Somando-se ao desconhecimento das políticas públicas específicas para enfrentamento da violência contra a mulher, faz com que com as ações realizadas pelos trabalhadores sejam decididas de forma imediata e conforme requerer as interações diretas com os usuários. Em decorrência destes determinantes, percebe-se o que também o autor Lipsky (1980) prevê em seus estudos: o reconhecimento das diferenças entre a política prevista no papel e a política de fato implementada. Ressalta-se que essas diferenças serão discutidas durante o estudo, conforme as comunidades e suas respectivas categorias forem sendo apresentadas e debatidas.

Alguns dos profissionais entrevistados referiram conhecer somente a Lei Maria da Penha, no entanto não citaram possuir alguma capacitação específica sobre ela. Infere-se nessa situação que os profissionais conhecem e por vezes seguem as diretrizes dessa lei, por sua magnitude e visibilidade em nosso país desde que entrou em vigor em 2006. Também, porque a LPM foi resultado de um longo processo de discussão de diversos atores da sociedade, como ONGs, entidades da sociedade civil, parlamentares, a Secretaria de Políticas para as Mulheres e é divulgada e difundida entre a população¹². Entende-se que com essa discussão e organização democrática que a Lei possuiu desde seu início, fez com que a população em geral se sentisse representada e os profissionais conhecessem e acreditassem em suas determinações e diretrizes.

Em relação à categoria “capacitação”, pode-se identificar no estudo, uma particularidade do HUSM, em que foi montada uma equipe de matriciamento, decorrente de uma determinação do Ministério Público, a qual deliberou que o hospital formalizasse um fluxo de atendimento da violência dentro do hospital. A

12 O texto legal foi produzido entre 2002 e 2004 pelas organizações feministas Advocacy, Agende, Themis, Cladem/Ipê, Cepia e Cfemea e apresentado à Secretaria de Políticas para as Mulheres. Também, foi debatido com representantes da sociedade civil, juristas, autoridades do sistema de justiça criminal, sendo remetido no mesmo ano ao Congresso Nacional por mensagem da Presidência da República (Dumaresq, 2016).

partir da constituição desta equipe, foram realizados treinamentos internos para um melhor fluxo de acolhimento das mulheres que chegam em busca de atendimento. São capacitados, anualmente, todos os profissionais que entram em contato com esse público, desde portaria, vigilância e profissionais da saúde. Com essas capacitações tem-se o intuito de facilitar o acesso, não burocratizar o atendimento dessas mulheres, não liberá-la antes que todas suas necessidades sejam esclarecidas e encaminhá-la de forma ágil para o seu atendimento dentro do hospital.

Nos demais locais pesquisados, referindo-se à capacitação, os profissionais participantes do estudo reconhecem a importância da realização destas para o melhor atendimento das demandas que a violência contra a mulher requer, para conhecer mais profundamente sobre a temática, saber manejar melhor os procedimentos, bem como encaminhar de uma forma mais efetiva. No entanto, eles referiram (inclusive profissionais do hospital) que não possuem capacitações específicas sobre políticas públicas e leis e há uma dificuldade de oferta ou até mesmo da participação em capacitações sobre a temática de violência contra a mulher em seus setores. Essa dificuldade é lida a seguir:

Por exemplo, para lidar [...] eu gostaria de ter passado por um treinamento. A gente passou por um dia de palestra no início da residência, eu acho que na minha opinião sincera eu acho que precisa de mais, precisava de mais enfoque quanto a isso. [...] eu gostaria de ser mais bem informado sobre essa parte, porque eu acho que falta um pouco de treinamento de como abordar esse tipo de paciente. Porque a gente tem uma visão técnica né, então quanto mais instrumentada for a nossa técnica melhor (Profissional 4).

Difícilmente vem alguma capacitação para o interior, é muito raro, muito difícil e para a gente sair daqui e ir para lá (Porto Alegre) é complicado, porque é difícil e muitas vezes nem vem vaga para nós e quando vem é complicado a logística. Importante a gente se atualizar também...faz parte de cada profissão né (Profissional 6).

É meu primeiro emprego e não tive nenhuma (capacitação)[...] determinadas demandas a gente fica sem saber assim [...]então se tu chega aqui e não tem a capacitação, fica todo mundo perdido. (Profissional 10).

O processo de capacitação é previsto e colocado como indispensável nas políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013) determina que um dos passos para alcançar o enfrentamento da violência contra a mulher é implantar processo de capacitação e treinamento dos profissionais atuantes nos serviços de

prevenção e assistência. Estes devem ser capacitados na temática da violência de gênero, raça e direitos humanos.

No mesmo sentido, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011) tem como uma das suas diretrizes principais: incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência.

Compreende-se assim como a falta de capacitação está intimamente ligada ao conhecimento dos trabalhadores quanto às políticas públicas de atenção a mulheres em situação de violência e em consequência na forma como implementam essas políticas, enquanto trabalhadores responsáveis por essa implementação. Tem-se desse modo, ilustrado o que Lipsky (2010) prevê: que os burocratas não desempenham seu papel de forma ideal, conforme o que as políticas públicas preconizam, entre outros motivos, pelas insuficientes informações disponíveis. Assim, no estudo percebe-se que as ações desempenhadas não estão baseadas em algum conhecimento prévio sobre o que referem as políticas de atenção às mulheres em situação de violência, mas sim os trabalhadores vão direcionando seu atendimento conforme a necessidade de cada usuária e tomando as decisões que julgam mais adequadas a cada caso.

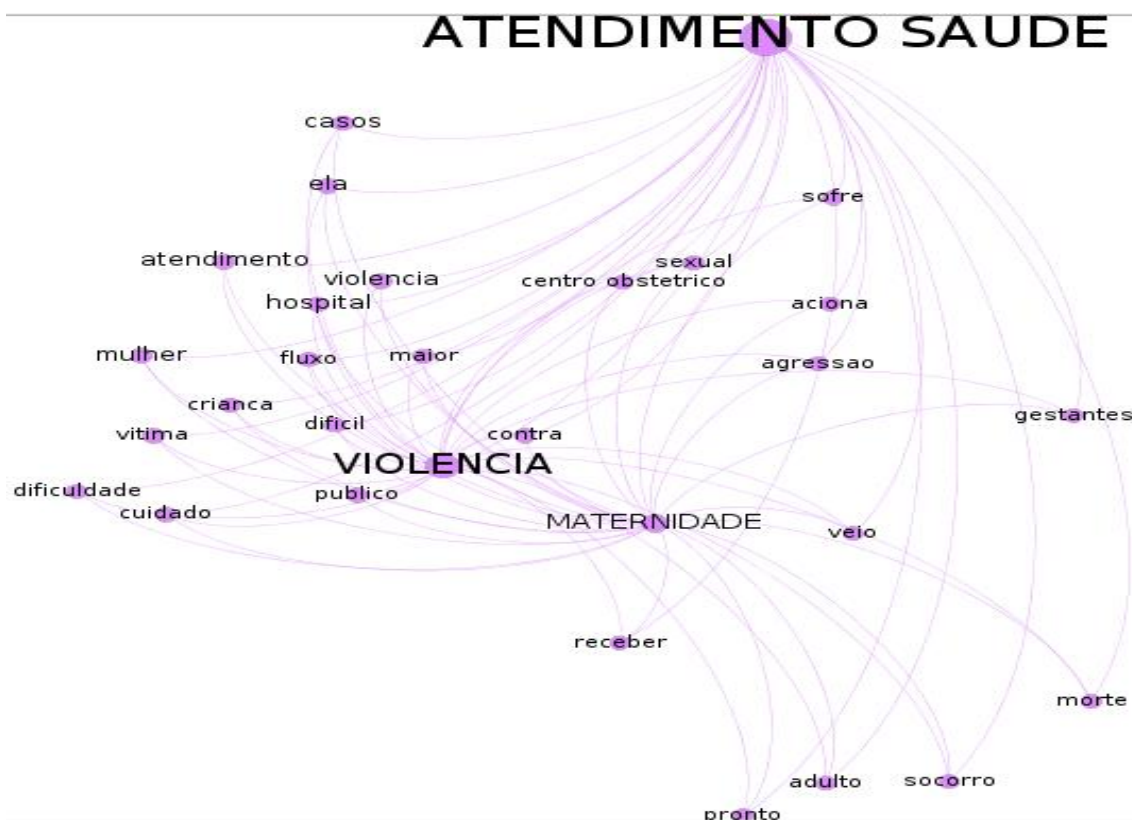
Desse modo, as ações ficam atreladas a discricionariedade de cada trabalhador, nas vivências e sensibilidade com o manejo da temática, no quanto cada formação profissional disponibiliza subsídios para atendimento integral, escuta qualificada e encaminhamentos adequados. Lipsky (2010) aponta que a discricionariedade desses trabalhadores decorre da complexidade das tarefas que esses realizam, impedindo assim que regras, guias ou instruções prevejam todas as alternativas para soluções aos problemas e ainda ressalta que se espera que os *burocratas de nível de rua* adotem a melhor orientação para atender ao cidadão.

No entanto, entende-se que é indispensável que esses profissionais tenham conhecimento sobre o conteúdo das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência e que sejam ofertadas capacitações contínuas em suas instituições de trabalho, para que então estes possam fazer as escolhas mais acertadas para cada caso, baseados não só em suas preferências profissionais ou pessoais, mas sim na ancoragem normativa das

políticas públicas, estas pensadas conjuntamente com inúmeros atores na fase da formulação.

5.2 Violência e Atendimento na Saúde

Grafo 3: Violência e Atendimento na Saúde



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

Na comunidade esboçada no grafo 3 ilustrada pela cor violeta, percebe-se que as categorias “atendimento saúde”, “violência” e “maternidade” tiveram maiores proximidades de significados nas entrevistas, ou seja, maior número de vértices (palavras) compartilhadas. A categoria “atendimento saúde” refere-se a como se desenvolve o trabalho e rotina de atendimentos na área de saúde – Hospital Universitário de Santa Maria - a mulheres em situação de violência. Já a categoria “violência” refere-se aos diferentes tipos de violência contra mulheres atendidas nos setores pesquisados e a categoria “maternidade” faz alusão ao fato dessas mulheres procurarem atendimento majoritariamente por preocupação com a gestação ou com o bebê.

Dentre as palavras com mais alto grau de centralidade obteve-se com grau 15 - “violência”, “atendimento”, “ela”, com grau 14 - “mulher, com grau 13 - “casos”, “hospital”, grau 12 - “vítima” e grau 11 - “sexual”, “centro obstétrico”, “criança”, “maior”.

Desse modo, temos nessa comunidade representada a forma como se dá o atendimento de mulheres em situação de violência no setor da saúde. Essas, são atendidas, preferencialmente, no centro obstétrico do Hospital Universitário, o qual é referência no município de Santa Maria para atendimento violência sexual contra mulheres.

Nesse aspecto, identificando-se como os profissionais implementam as políticas públicas de atenção as mulheres em situação de violência, verificou-se na fala dos trabalhadores entrevistados a seguinte dinâmica de atendimento: inicialmente, na maioria dos casos, elas são atendidas pela equipe de enfermagem, em uma sala reservada, a qual é feita a classificação de risco, identificando a queixa, colhendo informações básicas e iniciais. Para todos os casos de violência contra a mulher determina-se a cor “laranja” (muito urgente), o que significa que o caso é considerado grave e deve-se atender prioritariamente. Também, é realizado a notificação compulsória de todos os casos de violência.

Na sequência a equipe médica irá avaliar a paciente e proceder com as ações necessárias, como é lido no depoimento a seguir:

Num segundo momento, o médico é chamado na sala e a gente faz as perguntas sobre o ocorrido, se a paciente tem alguma lesão, algum sangramento, se ela sente alguma dor...e daí no caso de alguma alteração que necessite de alguma intervenção ou alguma radiografia, algum tratamento específico, a gente faz o exame físico- que não é feito via de regra- até para não atrapalhar até em caso de perícia ou alguma outra função legal que a paciente precise passar. Daí a gente solicita os exames, que é protocolado né. [...] e são prescritas as doses das medicações base para gonorreia, clamídia né... começam a fazer o tratamento com antirretrovirais para todas [...] (Profissional 4).

Após é feito o encaminhando, quando a equipe julgar necessário, para a assistência social e psicologia. Estas atendem as pacientes em horário de expediente, em até 24 horas após o ocorrido, no leito onde ela está internada ou na sala de atendimento multiprofissional (conforme a necessidade de cada caso), ou seja, realizam um atendimento mais pontual e de necessidades emergenciais. Ainda, no caso de violência sexual, essas pacientes são

agendadas para retorno em ambulatório de especialidades do Hospital Universitário onde são atendidas na infectologia, na ginecologia e em casos mais graves e específicos continuam o acompanhamento psicológico e social.

Identifica-se portanto que em determinados pontos o atendimento de saúde (HUSM) segue o que preconizam as políticas de atenção a mulheres em situação de violência, quando essas, especialmente a NT para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual (2015), determina que se deve: “respeitar a todo momento a confidencialidade do caso” - no HUSM as pacientes são atendidas em sala reservada. “Avaliar e tratar as condições médicas de emergência, solicitar os exames laboratoriais preconizados, realizar a contracepção de emergência e profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B” - são procedimentos realizados no hospital, conforme relato de profissionais entrevistadas e segundo protocolo interno de atendimento. “Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social” – é realizado por qualquer profissional que faz o acolhimento das mulheres e que julga necessário acionar o serviço social e/ou psicologia, conforme a gravidade e necessidade de cada caso. “Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada” – é realizado pela equipe de enfermagem que faz o acolhimento das mulheres no hospital. Por fim, “garantir a referência para o seguimento/acompanhamento através de consultas pré-agendadas” - é feito nos ambulatórios (ginecologia, infectologia, serviço social e psicologia) que fazem o acompanhamento das mulheres vítimas de violência sexual.

Em discordância com o que a NT determina aos Serviços de Referência para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, o HUSM ainda não oferece os seguintes serviços e procedimentos: “coleta de material com consentimento informado e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados”, a qual o hospital ainda não está habilitado a realizar e assim as mulheres em situação de violência sexual devem ser encaminhadas ao PML (Posto Médico Legal) que é o responsável por realizar esse procedimento no município de Santa Maria.

Do mesmo modo, a NT define que os Serviços de Referência devem “realizar a interrupção legal da gestação”, no entanto, o HUSM não realiza esse procedimento. A interrupção da gravidez será discutida à diante, na comunidade

temática “Aborto”, a qual é detalhado o porquê de não fazerem o procedimento no hospital e quais os encaminhamentos realizados nesses casos.

Entrelaçando-se nessa discussão do Atendimento na Saúde tem-se outra categoria, a “Maternidade”, que também representa como se dá esse atendimento no HUSM. Dessa maneira, essa categoria surgiu ao referir-se que as mulheres são atendidas no Centro Obstétrico (CO), local destinado ao atendimento de gestantes e puérperas. Também, faz referência ao fato de que grande maioria das mulheres em situação de violência que são atendidas no hospital são gestantes. Estas procuram o atendimento de saúde, conforme percepção dos profissionais entrevistados, por preocuparem-se como a agressão sofrida pode causar danos ao seu bebê ou ao andamento da gestação. Segundo os entrevistados, o não atendimento das demais mulheres (não grávidas) é atribuída a não preocupação consigo mesma, a vergonha ou dificuldade de chegar ao local para serem atendidas. Essa situação é abordada nas seguintes falas:

[...] normalmente a gente faz atendimento para as vítimas de violência quando elas chegam no CO né. [...] A maioria delas são gestantes né, a gente dificilmente recebe caso de violência doméstica que não esteja gestante. As vezes elas são vítimas e não chegam para o serviço... as vezes elas chegam só porque estão gestantes e tão preocupada com a gestação e acham que pode acontecer alguma coisa com a criança ... então elas acabam vindo para o hospital por isso né...a gente sabe que tem mulheres que são vítimas de violência que não vem para o hospital... tem vergonha, tem medo, enfim (Profissional 1).

Porque as nossas as vezes não tem marca física né... acaba sendo o relato dela, relatos da equipe, ou alguma que se preocupa que a agressão tenha machucado o bebezinho, as vezes tem agressão contra a barriga, enfim...acho que é isso... elas vem mais, as gestantes em função da gestação... as outras talvez não acessariam (Profissional 2).

Esse dado corrobora com outro estudo intitulado “Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez”, quando este demonstra que o período de gravidez não se mostra como fator de proteção para as mulheres, ou seja, há um padrão de continuidade da violência, com chances altas de serem relatadas na gestação, se surgidas antes da gravidez. No entanto, contrariando aos achados do nosso estudo, que demonstra que as mulheres atendidas sofrem em sua maioria violência física e desta advém a procura no serviço por preocupação com a saúde do bebê, a pesquisa citada acima refere

que houve diminuição da incidência de violência física durante a gestação e aumento da violência psicológica nesse período (SILVA et al., 2011).

Sendo assim, ressalta-se a importância de identificar e desenvolver um atendimento mais atento para a violência contra a mulher durante a gestação, pois esta configura-se como um sério problema, cujas as consequências ultrapassam a vida dessas mulheres, pois há o envolvimento de uma nova vida intrauterina ou recém nascida, a qual cresce em situação de violência e que também necessita ser resguardada.

Por fim, juntou-se nessa comunidade a categoria “Violência”, cuja refere-se às diferentes formas de violência atendidas nos locais pesquisados. Assim, no atendimento de saúde- HUSM são recebidas majoritariamente mulheres em situação de violência sexual. Os outros tipos de violência como, por exemplo, a violência doméstica é pouco atendida ou é identificada através de outras queixas. Isto quer dizer que as mulheres não procuram o atendimento de saúde diretamente por motivos decorrentes da violência doméstica, inferindo-se assim que há uma grande invisibilidade dessas violências. Essa problemática também será discutida à diante, na categoria “invisibilidade”. A situação encontrada no estudo e citada acima é ilustrada na fala a seguir:

Agente atende mais violência sexual [...] mas as violências domésticas também são bastante assim né... tem um número grande, mas a gente sabe que é subnotificado. As vezes elas são vítimas e não chegam para o serviço [...] (Profissional 1).

[...] o CO é rotina esse atendimento (violência sexual) e vítima de violência doméstica, como o hospital não é porta aberta, né, a gente não tem fluxo para violência de forma geral contra a mulher, a não ser sexual. A gente acaba atendendo as gestantes, alguma puérpera aqui no andar que a gente acaba observando um comportamento mesmo [...] (Profissional 2).

Pode-se, talvez, encontrar um esclarecimento para essa situação nas palavras dos autores Porto, Bispo Junior e Lima (2014) em um estudo sobre a violência doméstica e sexual quando referem: no setor da saúde ainda há muitas limitações no atendimento das vítimas e também na prevenção de novos casos. Segundo os autores, nesses espaços “ainda predomina uma lógica de atendimento sintomatológico voltada para o tratamento de lesões físicas e das sequelas dos atos violentos”, somando-se a isso há uma grande dificuldade de articulação e abordagem intersetorial do problema.

Já a Delegacia da Mulher possui um público definido de atendimento, ou seja, são responsáveis exclusivamente pelas violências domésticas e crimes sexuais perpetrados contra mulheres. Os tipos de ocorrência que são atendidos na DEAM, são elencados nas falas a seguir:

Lesão, ameaça, perturbação, vias de fato, injúria... tem de tudo...dá eventualmente estupro também ou importunação sexual, descumprimento de medida protetiva – que quando a vítima tem medida protetiva e o ex-companheiro não aceita e descumpre e ela vem registrar que ele não tá obedecendo, que ele descumpre o determinado pelo juiz... então a gente faz o registro (Profissional 6).

Quando ela chega aqui, a primeira coisa, a gente pergunta é do que se trata, porque muitas vezes as pessoas querem fazer ocorrências de briga de vizinho... [...] e esse tipo de ocorrência não é aqui com a gente, aqui é no âmbito doméstico, seja pai que agrediu a filha ou esposo, companheiro que agrediu a companheira, nesses casos né (Profissional 7).

Finalmente, o CREAS, faz atendimento de famílias em situação de vulnerabilidade social e nesse atendimentos identifica a violência contra as mulheres. Também, acompanham essas mulheres em grupos realizados no espaço do CREAS, os quais abordam entre outras coisas a “emancipação” da mulher. Essa configuração de trabalho é referida nos depoimentos a seguir:

Então assim, é um caso que a gente detecta porque a gente foi visitar a família e aí tu visualizou que tem a violência contra a mulher, ou a violência psicológica, ou a violência física, algum tipo de violência, mas não que seja um caso assim “ai a mulher tá sofrendo agressão do esposo e alguém liga pra nós” (Profissional 8).

Nós trabalhamos com elas com grupos, grupos visando principal a questão do empoderamento. De romper com essa continuidade do ciclo de violência transgeracional na maioria das vezes. E a maioria das mulheres vítimas de violência que chegam até nós, elas vem em função dos filhos, porque a gente acaba descobrindo na dinâmica, ao longo dos grupos, que seriam grupos para cuidadoras, que elas também sofreram essa violência (Profissional 9).

Portanto, percebe-se que os diferentes locais pesquisados atendem diversos tipos de violência, cada um com sua especificidade maior. É possível notar que cada um recebe e desenvolve, talvez até naturalmente, um objetivo do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, o qual segue: “Garantir implementação e aplicabilidade da Lei Maria da Penha, por meio de difusão da lei e do fortalecimento dos instrumentos de proteção dos direitos das mulheres em situação de violência”, papel desempenhado mais especificamente

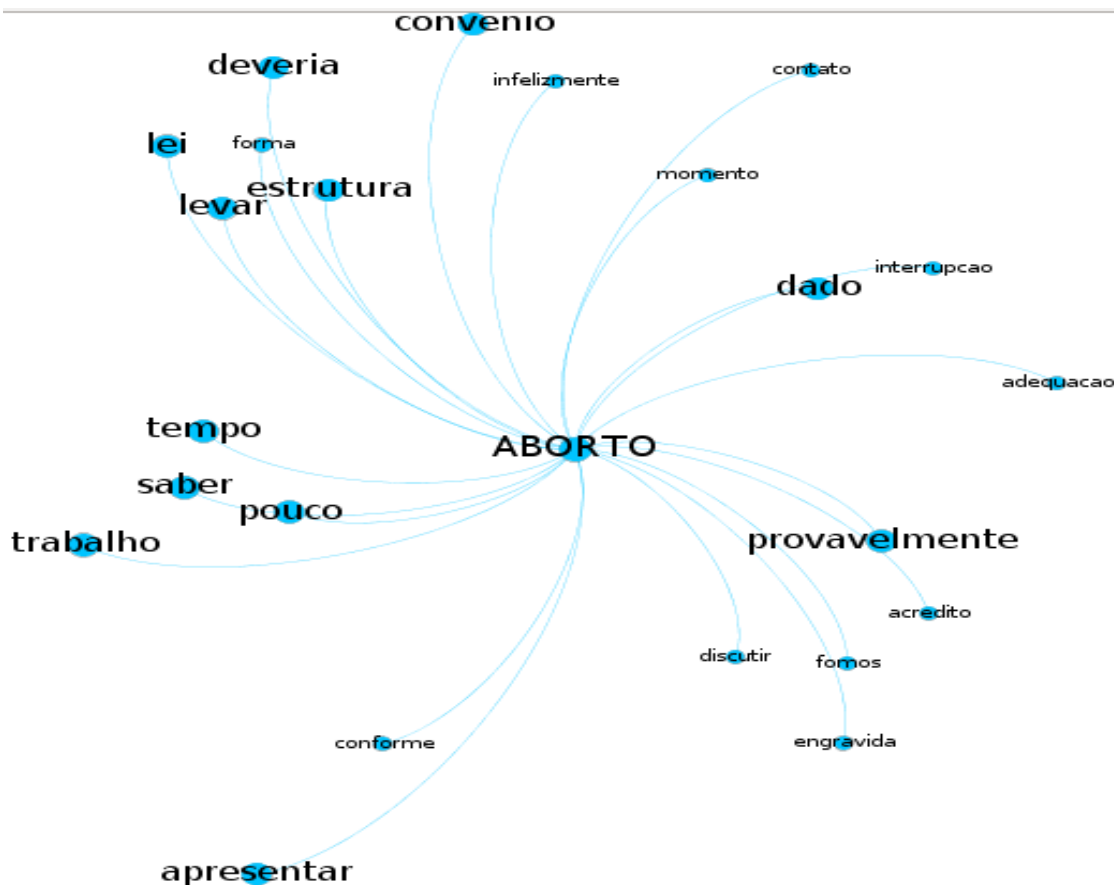
pela Delegacia da Mulher, com um trabalho repreensivo/punitivo, mas também com ações de prevenção e soluções pacíficas dos conflitos.

Já o que refere: “Proteção dos Direitos sexuais e Reprodutivos e Enfrentamento da Feminização da AIDS”, representa o trabalho desenvolvido pela saúde- HUSM, pois este possui protocolos de atendimento para as violências sexuais, os quais dentre as ações realizadas emergencialmente (até 72h) está a profilaxia para DSTs/AIDS e também para gravidez. Por fim, preconiza-se: “Garantir a autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos”, desenvolvido pelo trabalho do CREAS, com grupos de fortalecimento e empoderamento das mulheres e suas famílias.

5.3 Aborto

Nessa comunidade representada pelo grafo 4 destacada pela cor azul, tem-se a categoria “Aborto”, a qual refere-se à necessidade da realização da interrupção da gravidez, em decorrência da violência sexual. Visualiza-se facilmente, as palavras com maior centralidade nessa comunidade, como “trabalho” com grau de centralidade 14, “saber” com grau 13, “tempo” com grau 12 e “pouco” com grau de centralidade 10.

Grafo 4: Aborto



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

A questão do aborto foi referida pelos profissionais da área da saúde entrevistados, em que os mesmos, por trabalharem no serviço de referência para violência sexual contra a mulher, atendem mulheres que desejam ou necessitam realizar esse procedimento em decorrência de uma gravidez por estupro. Nessa situação, a interrupção da gravidez é autorizada na legislação brasileira, conforme o Código Penal - Decreto Lei 2848/40 que escreve: “Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico: [...] Aborto no caso de gravidez resultante de estupro. II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”.

Ainda, na Lei 12.845 observa-se que esta dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, conforme estabelece em seu Art. 1º, que “os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual”. No mesmo sentido, a Norma Técnica de Atenção Humanizada às

Pessoas em Situação de Violência Sexual com registro de Informações e coleta de vestígios determina que os serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual devem, entre outras coisas, realizar a interrupção legal da gestação.

No entanto, o Hospital Universitário de Santa Maria ainda não presta esse serviço de abortamento legal, assim as mulheres que desejam fazer a interrupção da gravidez são encaminhadas para a cidade de Porto Alegre, que possui hospitais públicos credenciados para realizar esse procedimento.

Os profissionais escutados nesse estudo, referem que atendem poucos casos de mulheres vítimas de violência sexual em Santa Maria e dentre esse pequeno número as que necessitaram interromper a gravidez foi de dois a três casos em um ano¹³. Importante ressaltar que no ano de 2018 o estado do Rio Grande do Sul registrou 1712 casos e o município de Santa Maria 44 ocorrências de estupro contra mulheres (Observatório Estadual da Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul).

Percebe-se então que as mulheres em situação de violência sexual não chegam aos serviços de atendimento, permanecendo invisíveis aos olhos do sistema público. Ademais, devemos atentar para o fato de que esses números ainda não representam o total da violência, pois são considerados subnotificados como é referido na cartilha “Violência sexual e o direito à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei” do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul : “os dados reais sobre violência sexual são de difícil obtenção, uma vez que, frequentemente, a vítima sente vergonha ou culpa pela agressão sofrida ou medo de denunciar o agressor” (MP/RS, 2018).

Este documento ressalta também que a maior parte dos Serviços de Referência para situações de violência sexual não estão preparados para receber esse público, há uma atitude preconceituosa de parte da população que desencoraja a mulher a procurar esse atendimento e também o desconhecimento por parte delas do direito de interromper a gravidez resultante de uma violência sexual.

13 Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde que escreve sobre Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, o risco de gravidez decorrente do estupro varia entre 0,5 e 5%, dependendo de alguns fatores como: idade da vítima, coincidência com o período fértil, a violência foi um caso isolado ou uma violência continuada e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2012).

Além disso, grande parte dos médicos se recusa a fazer esse procedimento. Esse é o caso dos profissionais do Hospital pesquisado em Santa Maria, em que segundo a alocação a seguir, os profissionais médicos em acordo conjunto optaram por não oferecer esse serviço: “[...] nós não fazemos e interrupção da gravidez, o hospital não é qualificado para fazer. Se não me engano foi por objeção de consciência da chefia [...]” (Profissional 4).

A objeção de consciência é uma alegação feita pelo profissional para não atender aos desejos do paciente quando a solicitação vai de encontro com a liberdade de pensamento, crença e consciência. Ela está presente no Código de Ética Médica, Capítulo I, item VII: “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje [...]”.

Esse achado corrobora com a pesquisa de Madeiro e Diniz (2016) sobre serviços de aborto legal no Brasil, a qual discute que além dessa motivação de crença e consciência, há a preocupação com o estigma de “aborteiros”, fazendo com que os profissionais se recusem a participarem desse procedimento. Também apontam que há o medo de serem incriminados pela interrupção da gravidez que não seja decorrente de estupro, ou seja, contestam a veracidade do relato da violência contra a mulher, solicitando um Boletim de Ocorrência e laudo do IML na tentativa de blindar-se sobre a possível mentira da mulher.

Salienta-se que o Código Penal de 1940 e mais recentemente a norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (2012) apontam expressamente que não se deve exigir qualquer documento para a prática do abortamento no caso de estupro, isentando a mulher de apresentar BO ou laudo do IML. De acordo com essas regulamentações, o único documento necessário para a interrupção da gravidez decorrente de estupro seria o consentimento por escrito da mulher.

O Brasil ainda tem muito o que evoluir nessa questão de assistência a mulher vítima de violência sexual, especialmente quando se fala em atenção integral e oferta sem julgamentos à interrupção da gravidez. Na contramão das discussões sobre a descriminalização do aborto em vários países (para todos os casos), o nosso país recentemente têm acalorado os debates sobre a possível exclusão dos artigos que citam a interrupção voluntária da gravidez do Código Penal, entre elas o aborto decorrente da violência sexual, fazendo com que todo

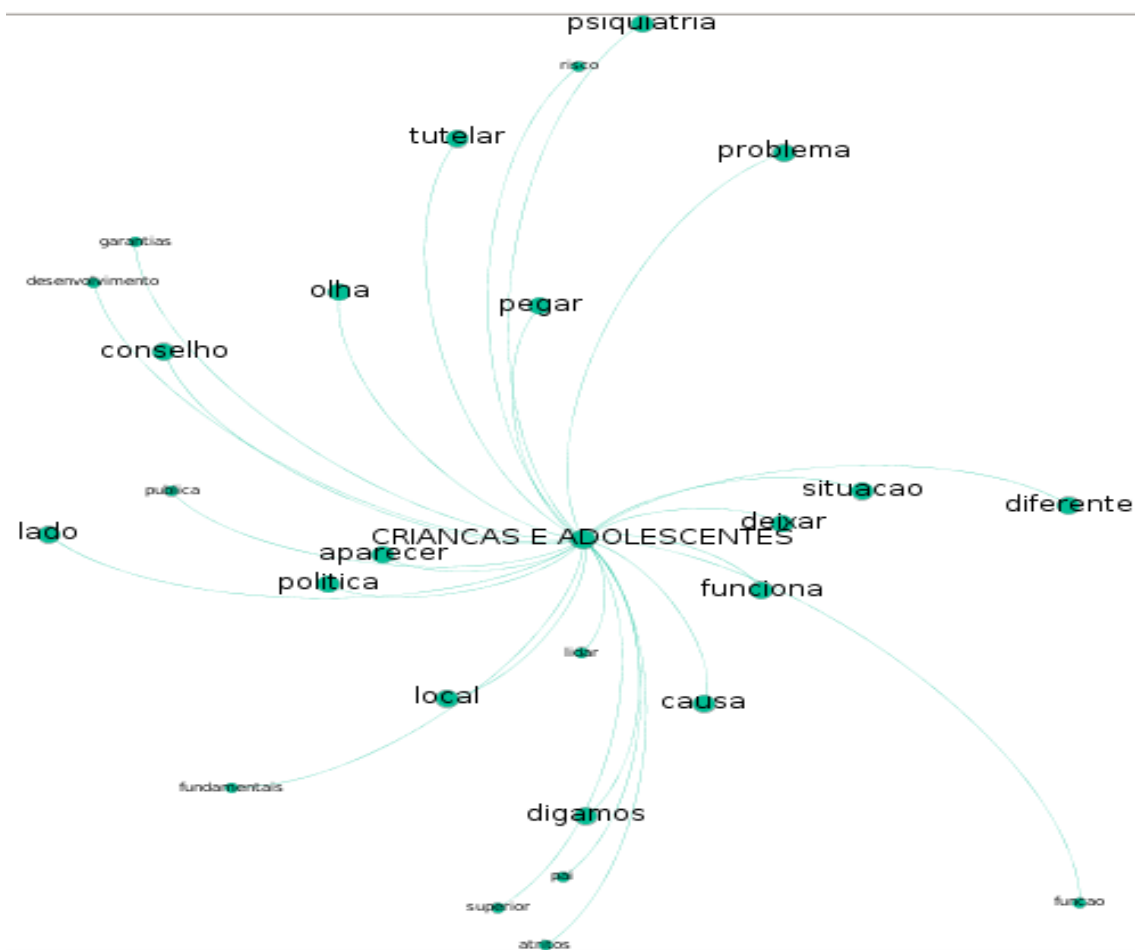
o motivo ou tipo de aborto passasse a ser criminalizado pelo Código Penal. Grupos contrários a essa perspectiva e a favor da legalização da prática em nosso país alegam, entre outras questões, que o fato de o aborto não ser legalizado não impede que ele seja feito de outras formas, ocorrendo assim de forma clandestina em todo o país.

O debate sobre o aborto é bastante polêmico (não só no nosso país), motivos religiosos e conservadorismos ainda estão muito presentes nos discursos daqueles que tem o papel central nas decisões das políticas públicas. Nesse sentido, com as atuais configurações da política brasileira tem-se o que Sabatier (1988) propõe no “Modelo das Coalizões de Defesa” para estudar os processos pelas quais as políticas públicas mudam ao longo do tempo. Essas coalizões são formadas com a união de ideias, objetivos e convicções, unidos aos recursos políticos. Uma vez formadas, as coalizões de defesa competem para que suas crenças reflitam em políticas públicas/programas governamentais.

Sendo assim, teme-se que as novas coalizões tomem força na busca de vetar a prerrogativa da legislação penal brasileira e a definição da NT (autorização da interrupção da gravidez em caso de violência sexual) e que se retroceda no sentido de criminalizar essa prática indispensável para as mulheres que sofrem violência sexual e que desejam realizar esse procedimento, com intuito de diminuir as “marcas” que essa violência deixa em suas vidas.

Para além da necessidade de interrupção da gravidez (necessária em alguns casos), devemos ressaltar que a violência contra a mulher, especialmente a violência sexual pode acarretar várias consequências, pois essa violência tem atravessado períodos longos em nossa história, atingindo especialmente as mulheres em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico, produzindo vulnerabilidades psicológicas, sociais, financeiras e promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal.

5.4 Crianças e Adolescentes

Grafo 5: Crianças e Adolescentes

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

A comunidade “Crianças e Adolescentes” (grafo 5) possui como vértice principal a categoria que dá título à comunidade. Esta refere-se ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência nos locais pesquisados e possui estatisticamente o grau de centralidade 76.

Dentre os vértices palavras, temos: “situação” com grau de centralidade 12; “funciona”, “deixar” com grau 10; “diferente”, “problema” e “pegar” com grau 9; “causa” com grau 7.

Essa comunidade representa a fala dos profissionais pesquisados quando esses referem que, diferente da situação das mulheres em situação de violência, crianças e adolescentes são atendidos em número significativo nos serviços de saúde e assistência. Eles atribuem esse fato à obrigação de registro de ocorrência no caso de menores de idade e também à legislação, políticas públicas e a Rede de Atendimento mais protetivas e organizadas, as quais

asseguram que esse público chegue até os serviços e não fique na invisibilidade do sistema. Pode-se visualizar essas percepções nas seguintes falas:

Hoje em dia a gente [...] estabeleceu [...]esse fluxo ... mais para as adolescentes né, porque tem um outro protocolo para violência sexual e daí por ser criança e adolescente, as vezes, tem uma proteção diferente né. [...] Criança e adolescente tem as garantias fundamentais, que tem lá no ECA né, que fala que tem que ser atendido, tem que ser feito o boletim de ocorrência compulsoriamente, o Conselho Tutelar tem que acompanhar e tem que ser atendido pela rede. As mulheres e os homens não tem nenhuma política pública que diga que é obrigado, porque como criança e adolescente é indivíduo em situação de desenvolvimento tem que ter essa continuidade (Profissional 1).

Nosso maior público dos grupos, agora, são crianças [...] Então, dificilmente essas mulheres vítima de violência, ela se apresenta digamos que espontaneamente. Ela vem em função da criança, do adolescente e depois acaba que ela também é, que ela também faz parte dessa (violência)[...] (Profissional 10).

Apreende-se portanto, não só a crença de que as políticas públicas e leis voltadas a crianças e adolescentes são mais protetivas e efetivamente resolutivas, mas também pode-se inferir nessa fala que as mulheres em situação de violência não chegam aos serviços e quando chegam são motivadas pelas necessidades dos filhos e não delas. Também, percebe-se que não há um fluxo de encaminhamentos organizado para acompanhamento das mulheres no município de Santa Maria, sendo este estabelecido ou conhecido pelos profissionais entrevistados somente para crianças e adolescentes.

O ECA determina em ser art. 13, §2 que:

Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar.

No mesmo sentido, as mulheres em situação de violência doméstica e sexual possuem algumas obrigações de atendimento prioritário. Tem-se assim, a Lei 12.845 de 2013 (lei do minuto seguinte) que determina o atendimento imediato, emergencial às vítimas de estupro pelo Sistema Único de Saúde. Também, protocolos internos nos serviços como é o caso do atendimento no HUSM, a qual as mulheres vítimas de violência sexual recebem a cor “laranja” na classificação

de risco, o que determina atendimento de urgência. Em lei recente - Lei 13.721, de 2018 – que altera o Código de Processo Penal, estabelece-se que será dada prioridade à realização do exame de corpo de delito quando se tratar de crime que envolva violência doméstica e familiar contra mulher ou violência contra criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência.

A Portaria nº 1968, de 25 de outubro de 2011 dispõe sobre a notificação obrigatória às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde contra crianças e adolescentes. Em situações de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, notificar à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente ou à Delegacia de Polícia. Diferentemente, no caso da violência contra a mulher, na saúde, não é necessário o registro de boletim de ocorrência para o atendimento. Se a pessoa não deseja registrar o boletim de ocorrência, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos. Ressalta-se, no entanto, que em todos os casos, a equipe deve orientar sobre a importância da pessoa registrar o boletim de ocorrência, pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do(a) agressor(a) (BRASIL, 2015).

Da mesma forma, a Portaria define que se deve notificar ao Conselho Tutelar qualquer situação de violência envolvendo crianças e adolescentes. O Conselho Tutelar é um órgão encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos por Lei. Essa prerrogativa também é diferente em caso de violência contra a mulher, pois estas não possuem uma instituição específica destinada para sua proteção e acompanhamento, tendo a DEAM como suporte específico para o setor da segurança e os outros serviços para atendimento das demais demandas.

Apesar da existência de leis e políticas públicas, estas não garantem às crianças e aos adolescentes a preservação de seu estado físico e emocional. Os dados mais recentes do DATASUS mostram que no ano de 2016, 4.499 crianças e adolescentes (faixa etária de <1 ano até 14 anos) sofreram violência doméstica, sexual e/ou outras violências no estado do Rio Grande do Sul. No mesmo ano, a cidade de Santa Maria registrou 123 casos de violência contra crianças e adolescentes. Dentre o total de notificações de violência contra

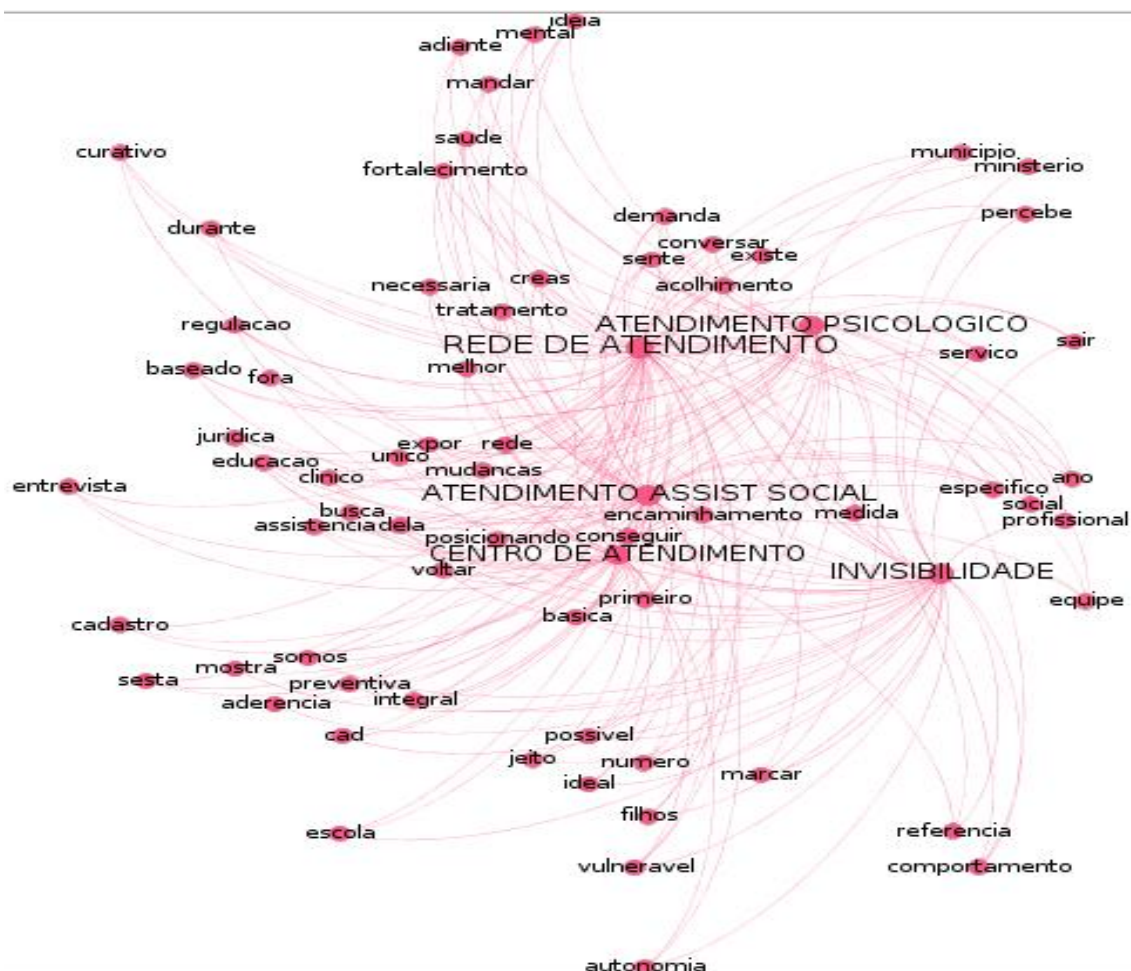
crianças e adolescentes no ano de 2016 no RS, ressalta-se que 2601 foram do sexo feminino. Os mesmos dados recortados para município de Santa Maria revela 71 casos de violência contra meninas (crianças e adolescentes) nesse período. Verifica-se, portanto, que há uma incidência maior no atendimento por violências do sexo feminino, constatando-se a triste realidade de que a violência de gênero está presente em todo o ciclo de vida das mulheres.

A violência de gênero fortemente marcada com uma carga ideológica, encontra-se inserida em um contexto social marcado por um pensamento que exalta as desigualdades entre os sexos. Estas desigualdades são fruto da cultura patriarcal e machista na nossa sociedade, a qual impõe costumes com uma falsa ideia de superioridade dos homens e de subordinação das mulheres e são perpetrada desde que a mulher nasce ou torna-se mulher (como mostram os dados do estudo).

Desse modo, é importante que as políticas públicas trabalhem de forma conjunta, em todos os ciclos da vida, especialmente das mulheres, para que se consiga não só um enfrentamento real da violência, mas que se tenham mecanismos de promoção de mudança de cultura para o fim dessa violência de gênero tão enraizada na nossa sociedade.

5.5 Intersetorialidade e Rede de Atendimento

Grafo 6: Intersetorialidade e Rede de Atendimento



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

O grafo 6, representado pela cor rosa, ilustra a comunidade “Intersectorialidade e Rede de Atendimento”, formada a partir das categorias “atendimento assistência social”, “atendimento psicológico”, “Centro de Atendimento”, “Invisibilidade” e “Rede de Atendimento”. Entre suas principais palavras conectadas (maior grau de centralidade) estão: “conseguir” (grau 13); “encaminhamento”, “serviço” (grau 12); “ano”, “acolhimento” (grau 11); “medida”, “social”, “melhor”, “existe” (grau 10); “equipe”, “específico”, “primeiro”, “básica”, “sair”, “conversar”, “rede”, “tratamento” e “sente” (grau 9).

A categoria “atendimento assistência social” refere-se a como se desenvolve o trabalho e a rotina de atendimento na área de assistência social – CREAS de Santa Maria - de mulheres em situação de violência e a categoria “atendimento psicológico” ao trabalho e importância do atendimento psicológico para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Já a categoria “centro de

atendimento” refere-se a necessidade levantada pelos trabalhadores pesquisados da existência de um centro de referência ou local de atendimento que aglutine as diversas áreas necessárias ao enfrentamento da violência contra a mulher e “invisibilidade” refere-se às mulheres em situação de violência que não acessam os locais de atendimento ou quando acessam é devido a estarem gestantes ou outras queixas que não a violência contra a mulher. Finalmente, a categoria “rede de atendimento” refere-se ao trabalho desenvolvido com outros setores, à necessidade que os trabalhadores sentem do suporte da rede ou a inexistência dessa rede de atenção às mulheres em situação de violência em Santa Maria.

Essa comunidade, talvez a mais complexa e emaranhada de significados, elucida várias questões sobre a atenção das mulheres em situação de violência no município de Santa Maria. Desse modo, ela formou-se a partir da busca de reconhecer a implementação das políticas públicas de atenção a essas mulheres nos diferentes setores responsáveis por esse atendimento no município de Santa Maria.

Com intuito de identificar como esses articulam-se na implementação de políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência, a questão central foi reconhecer a Rede de atendimento proposta pela prefeitura municipal no documento “A construção da rede de atendimento às pessoas em situação de violência”. Nesta busca, outras questões foram sendo interligadas a esse tema central a qual originou essa comunidade.

Desse modo, entende-se que para as políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência serem implementadas efetivamente é imperativo a existência de uma rede de serviços bem articulada, que trabalhe nas mais diversas áreas necessárias para seu enfrentamento. Assim, têm-se o objetivo de dar conta à, já comentada, complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional dessa problemática.

Nesse sentido, identificou-se a partir dos relatos dos diferentes profissionais entrevistados uma percepção única entre suas práticas: o não reconhecimento do trabalho em rede no atendimento das mulheres em situação de violência no município de Santa Maria e em consequência, a dificuldade de trocas e encaminhamentos para outros setores. Pode-se visualizar essa situação

nas diferentes falas dos profissionais, quando questionados sobre a rotina de atendimento e se realizam encaminhamentos para outros setores da rede:

“A gente pode até encaminhar para a rede municipal, mas eu acho que não vai ser resolutivo, porque a pessoa não vai ir, entendeu, não vai ser acolhida no serviço ... talvez agora que tem profissional na rede, enfim, talvez né, seja melhor acolhida ... até a gente tem que conversar sobre isso, mas a princípio a gente não encaminha” [...] Hoje em dia a gente não estabeleceu ainda esse fluxo[...]. Eu entendo que, a rede, o município de Santa Maria recém tá conseguindo pensar nos serviços [...]. Então, eles ainda nem conseguiram se articular para fazer um fluxo[...]" (Profissional 1).

“[...]para fazer um atendimento clínico, as vezes, psicoterápico, para isso a gente não tem fluxo em Santa Maria. Não tem, a gente teve uma reunião onde o município teve um ou dois meses para elaborar um fluxo a pedido do promotor, do Ministério Público, por saber dessa fragilidade e nessa reunião não foi apresentado proposta, não foi... A gente tenta fazer esse acompanhamento por um mês [...] Já ficamos acompanhando mais, o que não seria o nosso papel, mas pelo compromisso ético que a gente tem, da gravidade da situação, de entender que a rede não dá esse suporte, a gente acaba fazendo esse papel”. (Profissional 2).

“Aqui dentro da delegacia, nós temos convênios específicos da delegacia da Mulher [...]. A rede do município não oferece, tudo que tem aqui é convênio da Delegacia específico. Então nós temos aqui, assistência jurídica e psicológica[...]. Só os convênios... O atendimento em rede, infelizmente, na prática a gente sabe que não existe. Pode até defender que existe, mas então é uma Rede imaginária. Nós não temos um trabalho em rede aqui, porque é tudo muito complicado ... [...] daí não tem como hoje aqui em Santa Maria é muito difícil.” (Profissional 5)

“Tem um serviço, o Acolhe Saúde, que trabalha dentro dessa prática[...]. Nós poderíamos encaminhar para lá, mas assim... isso é uma coisa só que funciona, porque a saúde, dentro da saúde, ela se comunica muito bem... o que não existe é um diálogo saúde com a assistência... nós não conseguimos... Agora quando chega nessa questão bem “bio”, é bem física, ela tá toda cortada, ela precisa de um atendimento médico, que é uma lógica bem prescritiva vai direto para hospital... então nem passa por nós”. (Profissional 9).

Percebe-se nitidamente a dificuldade do reconhecimento do papel dos demais setores da rede para que esse encaminhamento seja realizado de forma pactuada e natural. Nas diferentes instituições pesquisadas e os distintos profissionais escutados demonstram a inexistência de comunicação entre os serviços, o não reconhecimento dos mesmos como parte de uma rede e a descrença na efetividade desse possível encaminhamento para outras áreas.

Para a configuração de uma rede necessita-se dessa interligação entre os serviços e de ações assistenciais compartilhadas, o que fica claro nas

palavras dos profissionais que não acontece no município de Santa Maria. Schraiber, et.al (2012) nos auxilia nesse entendimento quando refere que:

A atuação em 'rede' [...] não é dado apenas pela existência de um conjunto de serviços, pois o conjunto pode expressar só uma somatória de intervenções, [...] não necessariamente estabelece alguma integração assistencial. E isto é bem provável que aconteça, em razão dos serviços operarem como unidades de vinculações institucionais e tradições assistenciais distintas entre si, já que estão aderidos a intervenções pertencentes a culturas profissionais bastante diversas. Nesta configuração, os serviços embora voltados para atuarem em casos de violência, efetivam seus desempenhos em torno de problemas percebidos como individualizados e distintos entre si. Assim, não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar.

Portanto, apesar das políticas públicas definirem a necessidade da existência da rede de atenção a mulheres em situação de violência, percebe-se a dificuldade na implementação real do que foi preconizado. Mais uma vez remete-se ao que o autor Lipsky(1980) aponta, que os *burocratas de nível de rua* possuem a dualidade de ter que realizar estritamente os objetivos e normas das políticas públicas (objetivos que tem início no processo político) e ter que lidar com as improvisações em seu trabalho, pois muitas vezes essas políticas são permeadas por decisões vagas e sem guias práticos que pudessem orientar como esse trabalhador deve agir para implementar a política do modo como foi planejada.

Embora a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011) defina que o enfrentamento da violência requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão, justificando a necessidade de criação de uma Rede de Atendimento pela complexidade e multidimensionalidade dessa problemática, no entanto, não determina como os trabalhadores dessa rede devem comportar-se diante das necessidades diárias que as usuários de seus serviços requerem, bem como não fica clara a forma de gerenciamento dessa rede, especialmente nas instâncias municipais, as maiores responsáveis pela implementação das políticas públicas.

Adicionando-se a isso, visualizou-se no estudo a existência de uma somatória de ações isoladas e não articuladas deixando de cumprir o que também preconizam as políticas públicas: um atendimento integral. Atendimento este que deveria dar conta das mais diversas especificidades que a violência

requer e que somente um tipo de instituição ou profissional não é capaz de suprir, provando a real necessidade de diferentes instituições e trabalhadores com olhares e trabalhos distintos, mas que se complementem em ações articuladas.

A integralidade da atenção às mulheres em situação de violência é uma das diretrizes das políticas públicas de enfrentamento e novamente remete-se a necessidade de uma Rede de enfrentamento que “deve trabalhar de forma articulada no sentido de prestar uma assistência qualificada, integral e não revitimizante à mulher em situação de violência” (BRASIL, 2011).

A integralidade citada nesses documentos remete a ideia de ter uma visão global desse fenômeno e de não ver a mulher em situação de violência de forma isolada. Por exemplo, a Delegacia da Mulher não pensar somente nas questões penais, a saúde não olhar somente para suas lesões físicas e a assistência social não limitar-se às questões sociais. Acredita-se que esse é um passo para reconhecer as diversas problemáticas que a mulher em situação de violência enfrenta e então adotar um olhar para a necessidade de um trabalho articulado com os demais setores, em busca de fazer um real enfrentamento e de efetivar essa preconizada Rede de Enfrentamento.

Nesse sentido, a categoria “centro de atendimento” entrelaçou-se nessa comunidade, pois os profissionais pesquisados entendem que para um melhor desenvolvimento do trabalho com mulheres em situação de violência, ou seja, para uma melhor implementação das diretrizes das políticas públicas de atenção à mulher é mister a existência de um Centro de Atendimento que contemple as mais diversas necessidades que o enfrentamento à violência requer. Também, entendem que essas mulheres percorrem muitos locais para satisfazer suas necessidades, o que acreditam diminuir as dificuldades e peregrinação com um local destinado exclusivamente a esse atendimento. Pode-se vislumbrar esse entendimento nas falas a seguir:

E são pessoas que vivem andando de um serviço para outro... então era um jeito de atender melhor e um e outro profissional saber dessa situação né... então funcionaria bem isso.... Funciona bem quando se tem um Centro de Atendimento. E nem é assim o município que mantém, seria tipo um consórcio, como lá em Porto Alegre e cada um entra com uma... uma... cada um entra com uma coisa... profissional, um com área física ... assim, que se tenha um trabalho mais integrado, com resultados melhores[...] (Profissional 3)

[...] eu acho que Santa Maria precisava de um Centro de Referência, é uma cidade que comporta, é uma cidade que tem um número muito

grande de ocorrência [...] Concentraria em um só lugar e facilitaria o atendimento da mulher, ia facilitar muito... eu acho que a gente precisava disso, porque as vezes a gente tem dificuldade da mulher até fazer um exame, porque elas não tem passagem... [...]e muitas vezes até nem chegam... nem chegam na delegacia. (Profissional 5)

Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência visam promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de ações globais e de atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) à mulher em situação de violência. O objetivo principal das intervenções no Centro de Referência é cessar a situação de violência vivenciada pela mulher, sem ferir o seu direito à autodeterminação, mas promovendo meios para que ela fortaleça sua autoestima e tome decisões relativas à situação de violência por ela vivenciada (BRASIL, 2006).

Conforme a Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (2006), o trabalho deve ser desenvolvido multidisciplinarmente e o Centro de Referência deve desenvolver estratégias de complementaridade entre serviços de atendimento à violência de gênero. Sendo assim, a existência de um Centro de Referência não exige a necessidade de uma Rede de Enfrentamento formada e integrada no município. No entanto, reforça-se que ele tem a função central e significativa na prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, pois possui o papel de articulador dos serviços e organismos governamentais e não-governamentais.

Ressalta-se mais uma vez que as dificuldades apontadas pelos profissionais (que os levam a desejar um Centro de Atendimento específico) é agravada quando não se tem uma rede instituída e coesa, pois faz com muitas que dessas mulheres tenham que reviver várias vezes o momento da agressão ao ter que narrar para diferentes profissionais, em diferentes instituições sobre o acontecido, sofrendo dessa forma o que podemos chamar de revitimização.

Outro apontamento importante e bastante citado durante as entrevistas e por isso tornou-se mais um vértice dessa comunidade é o “atendimento psicológico”. Em todas as áreas pesquisadas (saúde, assistência social e segurança) diversos profissionais referiram a grande necessidade do acompanhamento psicológico para as mulheres em situação de violência. Pode-se representar essa necessidade na seguinte fala:

[...] baseado em evidências, a psicologia tem no primeiro mês que vão acontecer, são comportamentos esperados, a questão de dificuldade no padrão do sono, na alimentação, mais irritabilidade, desânimo, algumas ideias suicidas, as vezes pode aparecer... são comportamentos que a gente já espera assim, evitar sair assim, de ir em algum lugar, principalmente falando as de sexual tá, sentimento assim de que alguém tá perseguindo... essas questões, elas são comuns [...] (Profissional 2)

Os problemas psicológicos estão entre as principais consequências da violência contra a mulher. Os sintomas decorrentes da violência, apontados pelas próprias vítimas, ouvidas no estudo “Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas”, foram: dores de cabeça constantes, aumento da pressão arterial e dificuldades para dormir, afetando desde a percepção da mulher sobre si mesma, refletida nos sentimento de insegurança e impotência. Também, estados de tristeza, ansiedade e medo foram os mais destacados (FONSECA; LUCAS, 2006).

Essas sequelas da violência podem acompanhar as mulheres durante muito tempo e refletir em sua qualidade de vida, desempenho no trabalho, nas suas relações afetivas e sociais. Desse modo, necessita-se de locais de atendimento comprometidos com a assistência psicológica e profissionais capacitados e sensibilizados com a temática para que possam dar suporte para que as mulheres consigam recuperar, na medida do possível, sua saúde mental e autonomia de vida.

Nesse sentido, ao ouvir os profissionais do estudo, destaca-se que os servidores do hospital asseveram que o atendimento psicológico de sua competência é na crise, é pontual e que esse acompanhamento deveria ser realizado na rede. De tal modo, fazem o acolhimento inicial das demandas das mulheres em situação de violência e o para um tratamento e acompanhamento prolongado necessitam encaminhar para outro local. Essa dinâmica é indicada no depoimento a seguir:

A gente procura fazer esse acolhimento no momento que elas chegam no CO se é nosso horário de serviço[...]a gente já percebeu no nosso atendimento que o acolhimento inicial dessa vítima, ele foi determinante para adesão ao tratamento, pra realizar um Boletim de Ocorrência, pra ela aceitar, enfim, conversar com outras pessoas sobre a violência, porque até então é muito silencioso. [...] Após esse primeiro atendimento, a gente tem até no protocolo, que tem um dia fixo que tá lá no ambulatório, que é terça-feira de manhã, a gente tá lá, e aí ela já sai com a marcação para o nosso ambulatório. E daí ela

volta, a partir de como ela voltar e dependendo das demandas a gente dá um seguimento. A ideia é não ficar com essa paciente, é fazer um encaminhamento da rede. Na Lei o papel do hospital, fala que é fazer esse atendimento de urgência, que é essas 72h (Profissional 2).

A DEAM entende que deveria ser encaminhado para a rede, mas que essa não existe ou que não consegue dar esse suporte necessário. Assim eles possuem convênios com faculdades do município de Santa Maria, as quais realizam esse acompanhamento psicológico através de seus alunos, em estágio supervisionado.

No entanto, todos que referiram a necessidade de atendimento psicológico, também mencionam a dificuldade de encaminhamento para esse fim no município de Santa Maria. As falas a seguir retratam bem essa dificuldade:

[...] para fazer um atendimento clínico, as vezes, psicoterápico, para isso a gente não tem fluxo em Santa Maria. Não tem, a gente teve uma reunião onde o município teve um ou dois meses para elaborar um fluxo a pedido do promotor, do Ministério Público, por saber dessa fragilidade e nessa reunião não foi apresentado proposta [...] (Profissional 2).

E a gente tem problema assim, que todo tempo persiste, que é a dificuldade de atendimento psicológico, porque como essa pessoa precisa de atendimento psicológico, não tem assim [...]tanto assistência como a saúde que seria, no meu entendimento, que teria que articular e tem uma dificuldade de organização quanto a isso (Profissional 3).

A gente encaminha para o posto de saúde, só que a família tem que aderir né... e ela não adere muito, nada que a gente faça... Então esse percalço né, a gente faz um trabalho até ali e dali pra adiante tem que ter um tratamento psicológico, para fortalecimento (Profissional 8).

O acompanhamento psicológico foi citado por alguns profissionais como sendo uma atribuição do CREAS. No entanto, conforme depoimento dos profissionais atuantes neste setor, o atendimento da área de assistência social, mais especificamente do CREAS – representado na rede pelo nó “atendimento assistência social” - configura-se da seguinte forma: a grande maioria das mulheres em situação de violência atendidas pelo CREAS do município de Santa Maria vêm por meio de outras vulnerabilidades. Essas acabam sendo desveladas, em visitas domiciliares de acompanhamento dos filhos por exemplo; em grupos realizados na instituição, onde o foco inicial novamente era é a criança ou ainda em denúncias através do “Disque 100” – Disque Direitos Humanos, o qual a maior concentração de casos se dá por questões de

negligência a mulheres idosas, uso de recursos pelos parentes indevidamente e etc. Portanto, o trabalho desenvolvido tem duas principais frentes, que são os grupos e as visitas domiciliares, como é explicado na fala a seguir:

Nós trabalhamos com elas com grupos, grupos visando principal a questão do empoderamento. De romper com essa continuidade do ciclo de violência transgeracional na maioria das vezes. E a maioria das mulheres vítimas de violência que chegam até nós, elas vem em função dos filhos, porque a gente acaba descobrindo na dinâmica, ao longo dos grupos, que seriam grupos para cuidadoras, que elas também sofreram essa violência (Profissional 9).

Desse modo, o trabalho desenvolvido é interdisciplinar, com questões comunitárias, familiares, com o social e com os vínculos que são construídos e mantidos nesses diferentes grupos, entre as pessoas atendidas e os profissionais que atuam no local. Conforme definição, o trabalho do CREAS faz parte do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as ações são organizadas tendo como referência o território onde as pessoas moram, considerando suas demandas e necessidades. Os programas, projetos, serviços e benefícios tem a família como foco de atenção (BRASIL, 2009).

Assim, a mulher em situação de violência faz parte do público alvo do trabalho do CREAS. No entanto, as ações são destinadas a seu empoderamento como mulher, a sua retomada de autonomia e ao restabelecimento dos vínculos familiares e comunitários, não inserindo-se, desse modo, no acompanhamento clínico individual ou psicoterápico.

Nessa configuração, percebe-se, portanto, uma importante lacuna no atendimento das mulheres em situação de violência no município de Santa Maria, ou seja, não há nenhum local nessa proposta rede que seja responsável ou de referência direta no acompanhamento e tratamento psicológico das mulheres vítimas de violência. Cada setor, ouvido nesse estudo, entende que faz o atendimento que se destina a suas atribuições e que não teriam como desenvolver seu trabalho de modo diferente (por questão de pessoal e de caracterização dos serviços), mas identificam que essas mulheres necessitariam de um seguimento/acompanhamento psicológico e que não encontram nos serviços públicos local disponível para esse encaminhamento.

Somando-se a isso, mais um importantíssimo fator foi mencionado várias vezes pelos diferentes profissionais pesquisados - com exceção dos profissionais da Delegacia da Mulher que atenderam só em 2018 3.160

denúncias de mulheres - o fato de atenderem um número muito pequeno de mulheres em situação de violência em Santa Maria. Apesar de reconhecerem os números alarmantes e diários de violência contra a mulher, os trabalhadores referem que essas mulheres não chegam ao serviço, não há um atendimento desse público ou ainda quando chegam vêm por outras queixas¹⁴, que não a violência contra a mulher, ou seja, a mulher recai na outra categoria interligada nessa comunidade, a “invisibilidade”. Esse importante fato é observado nas falas dos diferentes profissionais entrevistados:

Porque as mulheres, primeiro que elas não vêm, porque tem a questão de se, enfim, tu pensa né... é difícil tu sofrer uma violência sexual e tu ter que ir num serviço, contar tua história, ir no PML, ir fazer o boletim de ocorrência... e as vezes elas não chegam. (Profissional 1)

Porque as nossas as vezes não tem marca física né... acaba sendo o relato dela, relatos da equipe, ou alguma que se preocupa que a agressão tenha machucado o bebezinho, as vezes tem agressão contra a barriga, enfim...acho que é isso... elas vem mais, as gestantes... em função da gestação... as outras talvez não acessariam. (Profissional 2)

O caso de violência contra a mulher pra nós aqui é meio que velado, não tem uma ocorrência assim [...]Então, se acontece não vem para nós [...]Cadê essa mulher né? Porque daí se chega no CRAS, eles encaminhariam para nós né [...]Pois é, da mulher assim, desde que eu entrei no CREAS, “como assim que não aparece a mulher”, cadê ela? Que nem o trabalho infantil, é velado né (Profissional 8).

Só que a mulher, ela não vem para cá. Elas estão provavelmente fora da rede... em nenhum lugar... ou na Delegacia, porque eles têm esse atendimento mais clínico [...] (Profissional 9).

Esse dado encontrado na pesquisa corrobora com os achados de outro estudo intitulado “Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde”, o qual também refere que os profissionais escutados não reconhecem que a violência contra a mulher aparece com grande frequência nos seus locais de trabalho. Assim, os autores ressaltam que a violência contra a mulher é sistematicamente colocada “fora do alcance dos olhos”, permanecendo na invisibilidade e não sendo notificada cotidianamente (KIND et al., 2013).

14 Por exemplo: preocupação com o bebê (em mulheres gestantes), queixas de outros problemas de saúde que ao conversarem com a equipe e serem analisadas mais profundamente acaba-se descobrindo uma violência oculta (quando não possuem marcas visíveis) ou ainda por motivos de dificuldades sociais com seus filhos.

Em outro estudo Monteiro e Souza (2007) também discutem a invisibilidade das mulheres em situação de violência e referem que esta decorre de que muitas mulheres, especialmente aqueles que vivem a violência conjugal, não reconhecem a situação vivida como violência ou sentem-se envergonhadas e culpadas pela agressão sofrida, passando a ocultar os fatos. Também, na violência sexual, são mulheres que se mostram submissas, dependentes, que se sentem sozinhas e aprisionadas naquela situação de violência, fazendo com que não encontrem meios de romper com esse ciclo de invisibilidade que a violência representa.

Na mesma linha de raciocínio, Nascimento, Ribeiro e Souza (2014), afirmam que a invisibilidade se deve muito a aspectos culturais, em que predomina a superioridade do homem sob a mulher e também à falta de apoio da família para a realização da denúncia da violência cometida pelo homem, temendo essas ficar sem um lar ou de vir a sofrer outros abusos.

Essa categoria – “invisibilidade” - desnuda toda a complexidade da violência contra a mulher e coloca à prova todas as normas e ritos das políticas públicas, pois mesmo com o grande número de mulheres em situação de violência notificadas, o alto número de denúncias na Delegacia da Mulher, notícias quase que diariamente de agressões, estupros, feminicídios nos meios de comunicação em todo o país - não considerando obviamente que todos esses dados ainda são subnotificados – constata-se que essas mulheres não chegam nas instituições de atendimento. Desse modo, surgem as seguintes perguntas: onde estão essas mulheres vítimas de violência e porque não acessam os serviços? Será que falta informação ou divulgação? Será que nossos locais de atendimento não são acolhedores e resolutivos? Será que ela não quer se expor, sente medo de ser julgada, mal atendida? Ou a cidade de Santa Maria vive uma situação particular na questão da violência contra a mulher e não possui muitas mulheres nessa condição, necessitando serem acolhidas e atendidas em suas demandas?

A resposta para a última pergunta pode-se constatar numericamente que não seria esse caso, pois a Delegacia da Mulher de Santa Maria atendeu mais de 3000 denúncias de violências domésticas e/ou sexuais contra mulheres somente no ano de 2018 e infere-se que pelo menos boa parte desse público

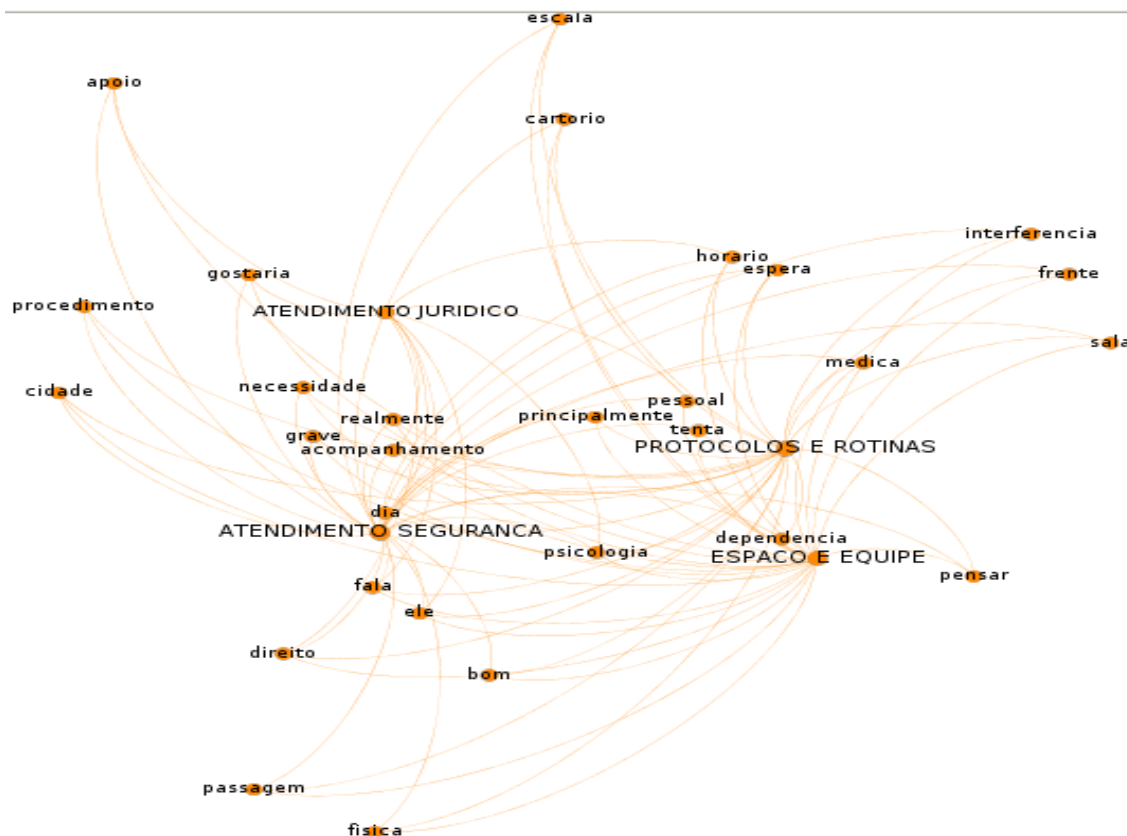
necessária, além do acesso à segurança, de atendimento de saúde e da assistência social.

Já a resposta para muitas das outras perguntas talvez seja “sim” e a explicação esteja na nossa sociedade ainda fortemente machista e opressora, que tem as marcas da violência de gênero presentes em todos os seus âmbitos e que faz com que essa violência não seja vista como um crime relevante por uma parcela significativa da população, levando à naturalização do comportamento agressivo contra as mulheres e à habitual culpabilização das vítimas.

Nesse sentido, o que fica claro é que políticas públicas não podem ser vistas e implementadas de forma isolada, mesmo que os *burocratas de nível de rua* estejam preparados para receberem essas mulheres e que sua discricionariedade seja usada para melhorar sua agência, essas não serão efetivas se não trabalharmos em prol da modificação da cultura vigente.

5.6 Segurança e Rotinas Administrativas

Grafo 7: Segurança e Rotinas Administrativas



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados

A comunidade “Segurança e Rotinas Administrativas” tem como vértices centrais as categorias “atendimento segurança”, “protocolos e rotinas”, “espaço e equipe” e “atendimento jurídico”. Nos seus vértices secundários estão dispostas as palavras “ele”, “psicologia” (grau 13); “fala” (grau 12); “pessoal”, “acompanhamento” (grau 11) e “principal” (grau 10) com maiores interseções na rede.

A categoria “atendimento segurança” refere-se a como se desenvolve o trabalho de atendimento na área de segurança- DEAM de Santa Maria- a mulheres em situação de violência. A categoria “protocolos e rotinas” refere-se ao cumprimento ou não de protocolos gerais de atendimento (determinado em leis e políticas públicas) ou protocolos internos (de cada instituição) no trabalho desenvolvido pelos setores pesquisados e a categoria “espaço e equipe” refere-se a adequação da equipe e espaço físico para atendimento de mulheres em situação de violência. Já a categoria “atendimento jurídico” faz referência a como se desenvolve e à necessidade do trabalho de apoio jurídico em decorrência da violência contra a mulher.

Desse modo, temos nessa comunidade representada a forma como se dá o atendimento de mulheres em situação de violência no setor da segurança majoritariamente. Essas, são atendidas na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, a qual é referência no município de Santa Maria para atendimento de violência doméstica e crimes sexuais contra mulheres.

Assim, as mulheres são recebidas na DEAM de segunda à sexta, durante o horário de expediente que é 8:30h às 12h e 13:30h às 18h. Nos demais dias e horários devem se dirigir a Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA). São acolhidas em uma sala separada, fechada, na entrada da Delegacia e os registros são feitos somente por policiais mulheres. Após, são feitos os encaminhamentos necessários a cada caso, como por exemplo: uma lesão corporal, é encaminhada para fazer exame no PML; se há necessidade de sair da sua residência, encaminham para a Casa Abrigo. Já na necessidade de atendimento psicológico a DEAM possui convênios com duas faculdades de psicologia do município de Santa Maria, as quais fazem o acolhimento e acompanhamento das mulheres que necessitam, por dois a três encontros na

sede da delegacia e se entenderem que é preciso, continuará o acompanhamento no local da faculdade.

Outro convênio existente na DEAM, representado pela categoria “atendimento jurídico”, é com uma faculdade de direito da cidade de Santa Maria e com a OAB/SM, as quais realizam a assistência jurídica, gratuitamente, necessária a cada caso. O convênio surgiu pela grande demanda existente para esse atendimento e pela Defensoria Pública do Estado não conseguir dar conta de todos os processos judiciais.

Ressalta-se que essa categoria não representa somente a questão da Delegacia da Mulher, mas sim de todos setores pesquisados, os quais devem orientar e encaminhar as mulheres para resolução das várias questões judiciais que a violência contra a mulher requer. Nesse sentido, adverte-se novamente que esse serviço de atendimento jurídico não é ofertado pela rede pública de Santa Maria, a qual dentre os setores pesquisados têm-se o CREAS com o profissional advogado regulamentado como equipe básica de referência. A presença do advogado(a) nesse setor pode contribuir com o fortalecimento do exercício da cidadania a essas mulheres, principalmente as mais vulneráveis, através da viabilização do acesso aos direitos sociais, direitos sócio assistenciais e outros encaminhamentos necessários e que necessitam ser garantidos.

Portanto, na Delegacia, essas mulheres são atendidas, encaminhadas, é instaurado inquérito e durante o atendimento é oferecido (se ela tem interesse) a medida protetiva. As medidas protetivas podem obrigar, entre outras coisas, conforme o que determina a LMP (2006): o afastamento do agressor do lar ou local de convivência com a vítima, a fixação de limite mínimo de distância de que o agressor fica proibido de ultrapassar em relação à vítima e a suspensão da posse ou restrição do porte de armas, se for o caso. O agressor também pode ser proibido de entrar em contato com a vítima, seus familiares e testemunhas por qualquer meio ou, ainda, deverá obedecer à restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores.

Demais atividades propostas na DEAM, conforme depoimento dos trabalhadores pesquisados, são: o programa da Polícia Civil - “Mediar”, destinado a mediação de conflitos na esfera policial, em que esta é feita por um policial civil que passou por curso de capacitação e está habilitado como mediador. O intuito do programa é a busca de uma solução mais adequada para

os delitos de menor potencial ofensivo, evitando-se assim que muitos casos acabem reincidindo e que os conflitos se agravem a cada nova ocorrência.

Também, possui a “Patrulha Maria da Penha”, em parceria com a Polícia Militar (PM), em que dois patrulheiros da PM vão semanalmente até a DEAM e fazem uma triagem das ocorrências mais graves. Assim, eles realizam visitas com caráter preventivo e ostensivo, direcionadas ao acompanhamento das mulheres vítimas de violência doméstica e à fiscalização do cumprimento das Medidas Protetivas por parte do agressor.

No que diz respeito à implementação das diretrizes das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência a DEAM/SM segue o que preconiza a LMP quando determina: Art. 10-A “É direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar o atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado por servidores - preferencialmente do sexo feminino - previamente capacitados”. Do mesmo modo, refere no §20, I, que a inquirição de mulher em situação de violência deve obedecer as seguintes determinações: “será feita em recinto especialmente projetado para esse fim, o qual conterà os equipamentos próprios e adequados à idade da mulher em situação de violência [...] e ao tipo e à gravidade da violência sofrida”. Também, a autoridade policial garante todas as providências determinadas no art. 11, como por exemplo, “encaminhar a ofendida ao hospital ou posto de saúde e ao Instituto Médico Legal”; fornecer transporte para a ofendida e seus dependentes para abrigo ou local seguro, quando houver risco de vida, entre outros.

Ilustra-se que a DEAM de Santa Maria segue as determinações citadas acima e preconizadas pela LPM, conforme os depoimentos a seguir:

[...] sempre tem os treinamentos que eles dão, dão cursos também...sempre tão dando cursos para atendimento né e orientando também como deve ser feito. [...] mas agora já ficou determinado que só mulheres que vão atender todos os casos. Então, não vai haver interferência de homem, para fazer com que a vítima se sinta mais à vontade (Profissional 7).

Então ela é atendida aqui, tem uma sala separada, fechada ali na entrada. Nós temos os registros aqui só por policiais mulheres, femininas né. [...] Então, ela é atendida ali e nós fizemos os encaminhamentos, por exemplo, dependendo do tipo de crime... que seja uma lesão corporal... Daí ela é atendida e encaminhada para fazer exame, que é no PMR, no Posto Médico Legal, aí também pode ser encaminhada para a Casa Abrigo, se for o caso (Profissional 5).

Nesse mesmo sentido, observou-se no estudo que o setor segurança - DEAM cumpre também o que define a NT de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMS (2010) quando menciona: “[...] essas desempenham um papel decisivo na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, porque são uma importante porta de entrada das mulheres na rede de serviços”. Esta indicação foi constatada nesse estudo, quando o número de mulheres em situação de violência atendidas no setor de segurança é muito maior que nos outros setores responsáveis, sendo o local da Rede que as mulheres tem um acesso mais numeroso e que não permanecem invisíveis ao sistema público.

Apesar da DEAM de Santa Maria não seguir o horário de funcionamento determinado pela Norma Técnica, a qual refere: “O horário de expediente deve ser 24h/dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados”, acredita-se que as mulheres utilizam a Delegacia por ela estar localizada no centro da cidade, com seu acesso como determina a NT: “que sejam bem providas pelos meios de transporte urbano, com instalações amplas, com fachadas bem iluminadas e sinalizadas de forma a facilitar o acesso da população.”

Pensando-se em localização, têm-se outra categoria atrelada a essa rede, a qual denomina-se “espaço e equipe”, essa definiu como os setores pesquisados estão preparados para receber estas vítimas, em questões de pessoal e estrutura para adequada operacionalização das políticas públicas.

Assim, visualizou-se durante os relatos dos diferentes profissionais que estes consideram tanto seu espaço e quantitativo de equipe em determinados aspectos adequados, no entanto, entendem que para melhor atendimento das demandas das mulheres em situação de violência requer algumas adequações. As falas a seguir representam essa afirmação:

Pra mim ideal seria ter uma sala pro serviço social, para a gente poder atender, no máximo com a psicologia junto no serviço. [...]mas enfim eu acho que isso não interfere diretamente no atendimento, porque quando a gente precisa fazer um atendimento de violência a gente tem o espaço para atender (Profissional 1).

[...] e assim “óh”, não é adequado o número de profissionais, mas levando em conta a portaria- de 2013-do funcionamento de todos os hospitais, a gente tem essa lei, que leva em conta o papel do hospital... não sei se precisaria mais profissionais... a gente precisaria mais na rede (Profissional 2).

[...] na verdade é deficiente né, mas não é um problema da Delegacia da Mulher, é um problema estrutural da polícia de modo geral né. Nós temos poucos policiais, [...] mas nós conseguimos mesmo assim dar conta de não deixar nada que for grave para trás (Profissional 5).

Não... não... o que precisaria era equipe mínima para cada perfil: uma equipe para Pop. rua, uma para mulher, uma para criança, uma para adolescente[...] (Profissional 9).

Desse modo, pode-se verificar que os diferentes setores trabalham e resolvem as questões que a violência contra as mulheres demandam, conforme cada local disponibiliza espaço e pessoal. No entanto, apontam que seria necessário, por exemplo, uma equipe mais direcionada para atendimento somente da violência contra a mulher porque, exceto a Delegacia da Mulher, os outros dois locais pesquisados possuem outros eixos e demandas de trabalho, os quais podem necessitar serem atendidos concomitantemente.

Assim sendo, as NTs de padronização dos locais/setores de atendimento definem que estes devem seguir algumas especificações em questão de espaço/equipe. Para as DEAMs: preconiza-se, entre outras coisas, a existência de até duas Delegacias da Mulher para até 300 mil pessoas no município; devem estar localizadas, preferencialmente, em áreas próximas a outros serviços que compõem a rede de atendimento, e que sejam bem providas pelos meios de transporte urbano. Suas instalações devem ser amplas, com fachadas bem iluminadas e sinalizadas de forma a facilitar o acesso da população e observar as especificações constantes na legislação vigente, em especial, no que se refere à acessibilidade. O efetivo ideal deve conter: delegada(o), agentes, apoios e serviços gerais (BRASIL, 2010).

Nessas especificações, ressalta-se que o município de Santa Maria, com aproximadamente 261.031 habitantes (IBGE, 2010) possui somente uma unidade da Delegacia da Mulher, a qual encontra-se em local privilegiado no centro da cidade, com fluxo de transporte urbano próximos a sua sede e possui placa de sinalização, bem como indicação de horário de funcionamento visíveis. No entanto, no quesito acessibilidade possui dificuldades, pois encontra-se em um prédio alugado pelo estado do Rio Grande do Sul, o qual não foi projetado para ser uma delegacia de polícia e possui acesso para a porta de entrada central somente com escadas.

A lei de acessibilidade - Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000- estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e determina que se deve suprimir barreiras e obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. Entre estas barreiras, destaca-se as arquitetônicas, as quais tem-se escadas, degraus, portas estreitas, rampas com inclinação exagerada, dentre tantos outros exemplos.

De forma semelhante, a NT para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual, executada nesse estudo pelo HUSM, define que: o atendimento precisa ser ofertado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, essencialmente: médico(a); enfermeiro(a); técnico(a) em enfermagem; assistente social e psicólogo(a). Também, destaca-se a orientação: locais específicos para acolhida e atendimento, preferencialmente fora do espaço físico do pronto socorro ou da triagem, para garantir privacidade durante os atendimentos.

Nesse sentido, identificou-se que na questão de pessoal o HUSM encontra-se de acordo com o que a NT preconiza, pois possui todos os profissionais listados como essenciais, os quais realizam de forma conjunta o atendimento das mulheres em situação de violência. Porém, na questão de local específico para acolhimento dessas mulheres, o hospital não possui um local exclusivo para esse fim, atendendo as pacientes em uma sala reservada, mas que também é utilizada para a triagem de outros casos que o setor atende.

Por fim, ressaltamos que o CREAS não possui uma Norma Técnica que defina como deve ser seus espaços, mas a NOB-RH/SUAS determina, entre outras coisas, que o CREAS terá como equipe de referência os seguintes profissionais: coordenador, assistente social, psicólogo, advogado, auxiliar administrativo e profissionais de nível superior ou médio que façam as abordagens aos usuários, o que (como já citado anteriormente) o CREAS do município de Santa Maria consegue adequar-se parcialmente, pois entre os profissionais elencados como referência, não possui o advogado na equipe.

Entrelaçando na discussão acima e refletindo sobre a operacionalização das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência, apresenta-se a categoria “protocolos e rotinas”, representando a questão do uso

de protocolos ou rotina de atendimento das mulheres nos locais pesquisados. Assim, verificou-se que excetuando-se o Hospital Universitário, que possui protocolo de atendimento interno das mulheres vítimas de violência sexual, os demais locais negaram seguir alguma rotina de trabalho ou alguma norma pré-definida.

Conforme discutido na categoria “leis e políticas públicas”, ressalta-se o atendimento (nos locais pesquisados) está fortemente baseado nas indicações e ensinamentos que cada profissional possui, utilizando-se da discricionariedade para efetuar o atendimento às mulheres em situação de violência.

Portanto, durante a apresentação de todas as comunidades, foi sendo sinalizado e destacou-se em cada local pesquisado os pontos em que eles seguem o que é preconizado pelas leis e políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência e do mesmo modo, determinados aspectos em que não seguem essas determinações, suscitando a necessidade de ajustes e adequações. As adequações apontadas são necessárias para uma efetiva implementação de políticas públicas, para que os profissionais possam trabalhar de forma mais adequada e para que possam modificar a realidade da violência contra as mulheres no município, utilizando-se das políticas públicas como ponto de partida para mudanças na qualidade de vida dessa população.

6 CONCLUSÃO

Este estudo buscou identificar a implementação das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência, através do olhar para a atuação dos *burocratas de nível de rua* de três instituições responsáveis pelo atendimento dessas mulheres no município de Santa Maria.

Desse modo, a análise qualitativa das falas dos participantes do estudo, através do método das análise de redes semânticas e da análise de conteúdo, resultou em uma rede geral denominada “Rede Semântica das Entrevistas”, a qual desmembrou-se em seis subredes ou comunidades temáticas de sentido: “Leis e Políticas Públicas”, “Violência e Atendimento na Saúde”, “Aborto”, “Crianças e Adolescentes”, “Intersetorialidade e Rede de Atendimento”, “Segurança e Rotinas Administrativas”.

Nestas comunidades discutiu-se o entrelaçamento de várias categoriais, entre elas - “Leis e Políticas Públicas” e “Capacitação” - nas quais percebeu-se, de modo geral, que os profissionais pesquisados não conhecem especificamente o conteúdo das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência. No entanto possuem um trabalho comprometido e pautado na ética profissional e nas orientações de conduta que cada uma das profissões define. Identificou-se também, que os mesmos têm dificuldade na participação de capacitações sobre políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher.

Entende-se, nesse sentido, que a capacitação esteve intimamente ligada ao conhecimento deles sobre as políticas públicas de atenção as mulheres em situação de violência e conseqüentemente na forma como implementam essas políticas públicas, por vezes conseguindo colocar em prática o que as diretrizes dessas políticas apontam e em alguns pontos não conseguindo implementá-las. Dessa forma, encontrou-se o que Lipsky (1980; 2010) prevê em seus estudos, que esses trabalhadores utilizam sua discricionariedade e acabam por moldar a implementação das políticas públicas adaptando-se ao contexto.

Seguindo as discussões, na comunidade “Violência e Atendimento na Saúde”, debateu-se como se dá o acolhimento na área da saúde - HUSM - das mulheres vítimas de violência. Nesse sentido, apreendeu-se que o atendimento na saúde é realizado de forma multiprofissional e que possuem uma equipe de

matriciamento para violência sexual. A maior parte das mulheres vítimas de violência que acessam o serviço, se dá em virtude de estarem grávidas ou preocupadas com o que as lesões podem causar aos seus bebês, ou seja, as mulheres não gestantes permanecem na total invisibilidade do sistema, revelando-se em um importante dado encontrado no estudo. Esse fato demonstra, talvez, que a violência contra a mulher é tão naturalizada e diária, que não as fazem perceber necessária a busca por auxílio.

Remetendo-se novamente para a discricionariedade apontada por Lipsky (1980; 2010), compreendeu-se também que os profissionais da saúde adotaram um protocolo interno de atendimento, implementando parcialmente as determinações das políticas públicas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual. Um dos pontos que ainda falta implementar e que foi destacado no estudo foi o aborto, procedimento necessário e de direito dessas mulheres que sofrem violência sexual, mas que ainda é permeado de tabus e de dificuldades para sua efetiva oferta e implementação não só no município estudado, mas em todo o país.

Vislumbra-se nesse sentido, que as políticas públicas de enfrentamento não estão tendo efetividade plena principalmente quando se remete à dificuldade com o encaminhamento e acompanhamento psicológico. Esta mostra-se como um importante dado encontrado pelo estudo, pois foi recorrente e unânime os profissionais entrevistados apontarem essa lacuna, de não possuírem um local específico para encaminharem para acompanhamento clínico ou psicoterápico em instituições públicas do município de Santa Maria. Uma atuação comprovadamente indispensável quando se fala em violência contra a mulher.

Voltando-se novamente para a invisibilidade da violência contra a mulher, discutiu-se na comunidade “Crianças e Adolescentes” a questão das áreas de saúde e assistência (a área de segurança atende grande número de ocorrências de mulheres em situação de violência) atenderem, em sua maioria, somente crianças e adolescentes vítimas de violência. Os profissionais entrevistados referem que as mulheres não chegam para atendimento em seus locais de trabalho, apesar de reconhecerem o grande número de mulheres vítimas de violência diariamente noticiados e comprovado pelo número de atendimentos da DEAM. Ou seja, essas mulheres estão invisíveis aos olhos do sistema público de saúde e assistência social, não sabendo onde elas encontram-se e porque

elas não acessam os locais de atendimento. Entende-se que esse fato decorre de falhas na implementação das políticas públicas no que tange ao trabalho em Rede, uma vez que essas mulheres não estão conseguindo avançar para os demais serviços públicos.

Essa invisibilidade é uma das categorias discutidas na rede “Intersectorialidade e Rede de Atendimento”, que além de discutir esse importante dado encontrado pela pesquisa, também mostra como se desenvolve o trabalho na área da assistência social. Desse modo, percebeu-se que o trabalho desenvolvido no CREAS é multiprofissional e voltado sobretudo para a prevenção e empoderamento feminino, através de grupos e visitas domiciliares. Identificou-se, novamente a inexistência do trabalho em rede, modo de trabalho tão importante para trabalhar com a complexidade de demandas que a violência contra a mulher requer.

Novamente, esse fator também foi apontado pela área da segurança, em que foi discutido seu trabalho na comunidade “Segurança e Rotinas Administrativas”. Assim, identificou-se que a DEAM de Santa Maria possui um grande número de atendimentos de ocorrências de mulheres em situação de violência, no entanto, os profissionais ouvidos ainda ressaltam que boa parcela das mulheres vítimas de violência não chegam a denunciar e a procurar atendimento, havendo uma grande subnotificação desses casos. Identificou-se também que o trabalho desenvolvido está voltado não só para repressão e punição, mas para a prevenção e enfrentamento, como bem define as normativas. Não por acaso, as categorias sobre rotinas administrativas se aproximaram do setor de segurança pública.

Portanto, a implementação das políticas públicas de atenção as mulheres está sendo realizada parcialmente no município de Santa Maria, uma vez que ainda há falhas no sistema como no caso da inexistência de uma efetiva Rede de Enfrentamento, de um Centro de Referência, de um local de acompanhamento psicológico e do desconhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas e leis que deveriam balizar suas práticas. Do mesmo modo, a efetividade das políticas públicas ficam comprometidas, uma vez que essas preconizam diversas ações de enfrentamento em uma Rede de instituições e essas mulheres sequer estão conseguindo acessar esses locais e serem atendidas nas suas diferentes necessidades para o enfrentamento da violência.

Reconhece-se que, muitas vezes, os burocratas fazem o que podem com os recursos, equipe, estrutura e conhecimento que dispõem e identificar o porquê dessa invisibilidade das mulheres em situação de violência recai sobre uma questão muito maior, de grande complexidade sociológica, que requeria uma pesquisa de maior fôlego.

Nesse sentido, exemplifica-se o que Sabatier (1998) elenca na abordagem sintética, de que as metas da fase da formulação não são atingidas plenamente, pois há constantes mudanças nos objetivos das políticas públicas que operam em todas as fases do *policy cycle*. Também, quando o autor nos fala que a abordagem *top-down* é irrealista, pois prende-se muito na importância de objetivos claros elaborados pelos formuladores e desconsidera que a implementação é sensível ao contexto, ou seja, os burocratas assumem um papel primordial na escolha das soluções mais viáveis na implementação das políticas públicas, o que a abordagem *bottom-up* defende.

Entende-se o quanto a violência contra a mulher é complexa e apesar do trabalho comprometido das diferentes instituições pesquisadas é urgente que se institua uma rede de atendimento e que o trabalho se desenvolva de fato integrado. São necessários maiores investimentos na educação, em ações destinadas ao empoderamento feminino, na busca da desnaturalização da dominação masculina, do medo da perda e do desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha. Também, que elas possam se desenvolver no âmbito do trabalho, desvinculando-se dessa dependência emocional e econômica, tão presente na violência contra a mulher.

Almeja-se que as mulheres consigam reconhecer-se como sujeito de direitos e que a sociedade reconheça a violência contra a mulher como um grave problema que precisa ser eliminado de nossas relações sociais, em busca de retirar essas mulheres da invisibilidade que a violência as impõe.

Por fim, recomenda-se a instituição de um fórum participativo, aos moldes de um Conselho de Políticas Públicas para as Mulheres, que reúna todas as instituições e os profissionais envolvidos na rede: DEAM, HUSM, CREAS, usuários, entidades da sociedade civil que trabalhem com o tema. Esse Fórum Participativo atuaria no sentido de discutir, pensar e elaborar diretrizes que possam integrar o trabalho, que pelo resultado desta pesquisa parece estar desarticulado pela falta de comunicação e debate entre as partes envolvidas.

Para um melhor funcionamento, sugere-se criar Grupos de Trabalho (GTs) de forma a aprofundar a análise de matérias pertinentes à Rede de Atendimento, com intuito de elaborar propostas para corrigir as falhas na implementação das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência no município de Santa Maria.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE SANTA. Escritório da Cidade de Santa Maria. **Santa Maria em dados**. Disponível em: <http://santamariaemdados.com.br/1-aspectos-gerais/>. Acesso em: 30 jun.2018.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Portugal: Edições 70, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner-11º ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. 160p.

BORELLI, Andrea. Da privação dos sentidos a legítima defesa da honra: considerações sobre o direito e a violência contra as mulheres. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**: RBCCrim, v.13, n.54, p. 9-42, maio/jun. 2005. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/89539>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brazil**. Carta da Lei de 25 de março de 1824. Manda observar a Constituição Política do Império, oferecida e jurada por Sua Majestade o Imperador. Disponível em: <http://www.monarquia.org.br/PDFs/CONSTITUICAODOIMPERIO.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei de 16 de dezembro 1830**. Manda executar o Código Criminal. Código Criminal do Império do Brazil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 18 jul. 2017.

_____. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. **Código Penal dos Estados Unidos do Brazil**. Coleção de Leis do Brasil de 1890. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htm. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. 1940. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L10098.htm. Acesso em: 28 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340** de 07 de agosto de 2006 – Coíbe a violência Doméstica e familiar contra a Mulher. Brasília: 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htmr. Acesso em: 23/09/2018.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica de Uniformização - Centros de Referência de à Mulher em Situação de Violência**. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos NOB/RH**. Brasília, 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulher, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Sistema Único de Assistência Social-SUAS**. Brasília – DF, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Consolidacao_Suas.pdf. Acesso em: 01 mar. 2019.

_____. Portal Brasil. Cidadania e Justiça. Governo e Política. **Saiba mais sobre Brasil Império, 2009. Colônia, 2010**. Disponível em:

<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/03/iniciativa-reforcara-acoes-de-combate-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acessado em: 15 jul. 2017.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Presidência da República. Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Norma Técnica de Padronização das delegacias de Atendimento às Mulheres – DEAMs**. Edição Atualizada – 2010. Brasília, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 16 jan.2018.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**, Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 02 ago.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº104, de 25 de janeiro de 2011**. Diário Oficial da União: 26 jan. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 07 ago.2018.

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

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República - SDH; Ministério da Justiça - MJ; Ministério da Saúde - MS; Secretaria Especial de Políticas para as mulheres da Presidência da República- SPM. **Lei Nº 12.845**, de 1º de Agosto de 2013. Brasília:2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013**. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>. Acesso em: 25 jul.2017.

_____. **Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Brasília, 30 de agosto de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015** –Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm. Acesso em: 09 ago.2018.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretara de Política para as Mulheres. **Norma Técnica - Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 1ª Edição. Brasília – DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. **DATASUS**. Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências. Faixa Etária: <1 Ano, 1-4, 5-9, 10-14. Período: 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violeRS.def>. Acesso em: 27 fev. 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil. Rio Grande do Sul. Santa Maria. **Panorama/ População(2010), Educação(2015), Trabalho e Rendimento(2016)**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>. Acesso em: 07 ago.2018.

CARGNIN, Antônio Paulo. Política Nacional de Desenvolvimento regional e repercussões no Rio Grande do Sul. **Mercator**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 19-35, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mercator/v13n1/1676-8329-mercator-13-01-0019.pdf>. Acesso em: 31 jul.2018.

CONVENÇÃO DE BELÉM PARÁ. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**, 1994. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 19 jul.2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: **resolução CFM nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 20 fev.2019

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO (CPMI). Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. **Relatório Final**. Brasília: Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito, 2013. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/06/relatoriofinalcpmi.pdf>>. Acessado em: 05 ago.2018.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, Ago. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2018.

DUMARESQ, Mila Landin. **Os Dez Anos da Lei Maria da Penha: uma visão prospectiva**. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, agosto/2016 (Texto para Discussão nº 203). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/TD203>. Acesso em 25 de fev. 2016.

ENGEL, Magali Gouveia. Paixão, crime e relações de gênero (Rio de Janeiro, 1890-1930). Topoi 1 - **Revista de História da UFRJ** , pp. 153-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/topoi/v1n1/2237-101X-topoi-1-01-00153.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

FADIGAS, Inácio de Sousa. *et al.* (2009) Análise de Redes Semânticas Baseada em Títulos de Artigos de Periódicos Científicos: o Caso dos Periódicos de Investigação em Educação Matemática. **Educação Matemática Pesquisa, EMP**. v.11, n.1, 167-193, set.

FONSECA, Paula Martinez da; LUCAS, Taiane Nascimento de Souza. **Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas**. TCC. Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências. Escola

bahiana de Medicina e Saúde Pública. Curso de psicologia. Salvador- Ba, 2006.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>. Acesso em: 20 jul.2018.

HILL, Michael. **The Policy Process: A Reader**. Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf, 1997.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)**. Atendimento e Acompanhamento de Violência Sexual- pacientes do sexo feminino acima de 14 anos 5 meses e 29 dias. Versão 01, 10 jun. 2016.

HOWLETT, M.; RAMESH, M; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas**: uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO BARSILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBM). **Democracia e gênero [livro eletrônico]: implantação de políticas públicas para mulheres**. Coordenação de Márcia Costa Alves da Silva; conteudistas: Leonardo José A. de Mello, Luciana Campello, Maria Clara Arruda, Paula Carvalho Neves. Rio de Janeiro: IBAM, SPM, 2015.

IPEA; FBSP. **Atlas da Violência 2018-** Políticas Públicas e retratos dos municípios brasileiros. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em:15 jun.2018.

KIND, Luciana et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 mar. 2019.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: UFMG,1999.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado** / Pedro Lenza. – 16. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 2012.

LINDBLOM, Charles. E. **The Science of “Mudding Though**. Public Administration Review. 1959. Vol. 19, No. 2 (Spring, 1959), pp. 79-88.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services**. New York: Russel Sage Foundation, 1980.

_____. **Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in Public Service**. 30th anniversary expanded edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionados e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família**. 2010. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo.

_____. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FÁRIA, C. A (org). **Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática**. Editora **PUCMINAS**, Belo Horizonte, 2012.

LIMA, L.L.; D’ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Fev. 2019.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: **Atlas**, 2006.

MAYNART, W.H. C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, Ago. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D.; MATOS, M. V. M. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil. Nota Técnica.** Ipea. Brasília, mar. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: **Fiocruz**; 2006.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; SOUZA, Ivis Emilia de Oliveira. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26-31, Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 Mar. 2019.

NASCIMENTO, E. de Fátima Gonçalves Alves do; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1229-1238, Jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601229&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 mar. 2019.

NEWMAN, M. E. J. **Networks: an Introduction.** Oxford; 2010. New York: Oxford University Press.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Brasília: OMS/OPAS, 2002.

_____. **Estimativas globais e regionais de violência contra as mulheres: efeitos de prevalência e de saúde de violência por parceiro íntimo e não-parceiro de violência sexual.** Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2013.

PARANYUSHKIN, Dmitry. **Identifying the Pathways for Meaning Circulation using Text Network Analysis.** Nodus Labs. Berlin, dez. 2011.

PIRES, Roberto Rocha C. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. **Dados [online].** 2009, vol.52, n.3, pp.734-769. ISSN 0011-5258. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582009000300006>>. Acesso em: 27 jul.2018.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JUNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, Set. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300787&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev.2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria de Saúde. **A construção da rede de atendimento às pessoas em situação de violência**. Disponível em: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/noticias/6062-municipio-elabora-cartilha-sobre-a-prevencao-e-o-encaminhamento-de-pessoas-em-situacao-de-violencia>> Acesso em: 01 jul.2018.

PRIORE, Mary del. Histórias e Conversas de Mulher. 1ª, ed, São Paulo: **Planeta**, 2013. Disponível em: <http://lelivros.black/book/download-historias-e-conversas-de-mulher-mary-del-priore-em-epub-mobi-e-pdf/>. Acesso em: 15 jul.2017.

REIS, José Carlos. As identidades do Brasil: de Varnhagen a FHC. In: 1930: Gilberto Freyre. 9ª ed. Rio de Janeiro: **Editora FGV**, 2007. (51-82) (02).

RIO GRANDE DO SUL. Observatório Estadual da Segurança Pública do Rio Grande do Sul. Monitoramento dos Indicadores de Violência contra as Mulheres no RS. **Número de mulheres vítimas e participação no estado, por municípios, jan-dez 2018**. Disponível em: <http://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contr-a-a-mulher>. Acesso em: 21 jan.2018.

_____. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Ministério Público Federal. Secretarias da Saúde do Estado e Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre. **Violência sexual e o direito à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei**. Protocolo Orientativo aos Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em situação de Violência Sexual e o Direito à Interrupção da Gravidez, 28 mar.2018.

SABATIER, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**,6, 1986, pp.21-48.

_____. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. **Policy Sciences**, [S. l.], v. 21, p.129-168, 1988.

_____. The Advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. **Journal of Europe Public Policy**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 98-130, 1998.

SABATIER, Paul A.; MAZMANIAN, Daniel A. The conditions of effective implementation. 1979. **Polícy Analysis**.

SABATIER, Paul A.; WEIBLE, Christopher. M. The advocacy coalition: innovations and clarifications. In: SABATIER, P. (ed.). *Theories of the policy process*. 2. ed. Boulder: **Westview Press**, 2007.

SANTOS, Maria Emília Vasconcelos dos. “**Moças honestas**” ou “**meninas perdidas**”: um estudo sobre a honra e os usos da justiça pelas mulheres pobres em Pernambuco imperial (1860-1888). Recife, 2007. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/7379/arquivo3358_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Orgs.). **Políticas públicas**, Brasília: ENAP, v. 1, p. 21-42, 2006.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersectorial. **Athenea Digital**, 12(3), 237- 254, 2012. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Blima>. Acesso em: 27 nov.2018.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. de. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes de avaliação de programas e políticas. Cadernos de Pesquisa, nº 48, **NEPP UNICAMP**, 2000.

SILVA, Elisabete Pereira *et al.* Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-1053, Dez. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 mar. 2019.

SILVA, E. A.; SILVA, J. M. Ofício, Engenho e Arte: Inspiração e Técnica na Análise de Dados Qualitativos. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v.7, n.1, p. 132 – 154, jan./jul., 2016.

SOUSA, Tania Teixeira Laky de. Feminicídio: uma leitura a partir da perspectiva feminista. **Ex aequo**, Lisboa, n. 34, p. 13-29, dez. 2016 . Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2018.

SOUZA, Celina. *et al.* Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 21 jul.2018.

SOUZA, J. L. C. de; BRITO, D.C. de; BARP, W. J. Violência doméstica: reflexos das Ordenações Filipinas na cultura das relações conjugais no Brasil. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, Vol. 18, Nº 1 (2009).

SOUZA, Jansen Cruz de. **Utilizando Artigos Científicos na Construção de Redes Semânticas para Caracterizar Áreas de Pesquisa**. Dissertação (mestrado) em Informática. João Pessoa-PB: UFPB, 2015.

WINTER, Soren C. Implementation Perspectives: Status and Reconsideration. In PETERS, Guy; PIERRE, Jon. Handbook of Public Administration. **Sage Publications**, 2002.

YOUNG, Iris Marion. O ideal da imparcialidade e o público cívico. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 9, p. 169-203, Dec. 2012 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2019.

APÊNDICE A

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Conte-me um pouco sobre sua rotina de trabalho/ atendimento mulheres vítimas de violência e qual seu cargo/função neste órgão.
2. Existem casos de violência contra mulheres? Se sim, de quais tipos?
3. Como se dá o atendimento/acolhimento nestes casos?
4. Possui alguma formação/ capacitação para trabalhar com mulheres em situação de violência?
5. Seguem um protocolo de atendimento/acolhimento?
6. É feito algum encaminhamento caso precise de atendimento de um outro setor da rede e como este é feito?
7. Considera o setor preparado para receber essas mulheres (pessoal, estrutura física)? Sabe dizer quantas pessoas trabalham diretamente no atendimento a essas mulheres? Se não: como considera ideal ou gostaria que fosse?
8. Conhece as políticas públicas ou leis de combate a violência contra as mulheres? Qual sua opinião sobre essas políticas?
9. Se você quiser falar mais alguma coisa sobre este tema, sinta-se à vontade.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADORA: Carla Mario Brites

ORIENTADOR: Prof. Dr. Augusto Junior Clemente

TÍTULO DA PESQUISA: Políticas Públicas e Violência contra as mulheres: um estudo sobre as políticas de atendimento às vítimas em Santa Maria /RS.

Eu, _____, informo que fui esclarecido (a), de forma clara, bem como livre de constrangimento e/ou imposição que a pesquisa: Políticas Públicas e Violência contra as mulheres: um estudo sobre as políticas de atendimento às vítimas em Santa Maria /RS tem como principal objetivo analisar o percurso da rede de atenção às mulheres em situação de violência. Ainda, detectar como as políticas de atenção às mulheres em situação de violência estão sendo implementadas no município de Santa Maria. Fui também esclarecido (a) de que as informações por mim fornecidas serão gravadas, mas assim que transcritas (escritas pela pesquisadora) serão apagadas. Fui orientado (a) de que as informações coletadas serão analisadas de forma anônima, ou seja, as informações, por mim fornecidas, serão confidenciais (secretas), de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Desta forma, sei que meu nome não será divulgado e nem identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Estou ciente de que posso desistir de continuar sendo entrevistado (a) a qualquer momento caso ela gere qualquer tipo de desconforto emocional ou físico. Também fui informado (a) de que:

- 1- tenho o direito de perguntar e receber respostas a todas as dúvidas que tiver ao longo da entrevista e do desenvolvimento da pesquisa.
- 2- não receberei pagamento e nem pagarei para participar desta pesquisa.
- 3- poderei retirar este meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem sofrer nenhum tipo de represália ou punição.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a), concordo em participar desta pesquisa.

Santa Maria/RS ____ de _____ 2018.

Nome do participante _____

Assinatura _____

Nome da pesquisadora responsável: Carla Mario Brites

Assinatura: _____

Em caso de dúvida, posso entrar em contato com as pesquisadora Carla Mario Brites, pelo fone (55) 999437585 e pelo e-mail camabri@gmail.com ou, ainda, com o orientador Augusto Clemente Júnior pelo e-mail augustoclemente@ufpr.br.