

Trilhando caminhos no enfrentamento à violência contra as mulheres

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ
PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ
PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

Lígia Lucena Gonçalves Medina
Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo
Maria de Lourdes Góes Araújo
Grayce Alencar Albuquerque

(Organizadoras)

**Trilhando caminhos no enfrentamento à
violência contra as mulheres**

FORTALEZA
ESP/CE
2019

Governo do Estado do Ceará - Secretaria Estadual de Saúde
Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues
- ESP/CE

Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde CEVIG/ESPCE
Universidade Regional do Cariri - URCA - Observatório da Violência e dos
Direitos Humanos da Região do Cariri
Cooperativa Interdisciplinar de Capacitação e Assessoria LTDA - Casa Lilás

TRILHANDO CAMINHOS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES - Novembro / 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Governador:

CAMILO SOBREIRA DE SANTANA

Vice-governadora:

MARIA IZOLDA CELA DE ARRUDA
COELHO

Secretário Estadual de Saúde:

CARLOS ROBERTO MARTINS RODRIGUES

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

Superintendente:

MARCELO ALCANTARA HOLANDA

Diretora de Pós Graduação em Saúde - DIPSA:

OLIVIA ANDREA ALENCAR COSTA BESSA

Supervisora do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG:

LIGIA LUCENA GONÇALVES MEDINA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

Reitor:

FRANCISCO DO O' DE LIMA JÚNIOR

Vice-reitor:

CARLOS KLEBER NASCIMENTO DE
OLIVEIRA

Coordenadora do Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri: GRAYCE ALENCAR ALBUQUERQUE

Bolsistas do Observatório da Violência e dos Direitos Humanos do Cariri, ano 2018:

APARECIDO DANIEL LINO DA SILVA
FRANCISCA TAMIRIS PEREIRA DE SOUZA
GABRIEL FERNANDES PEREIRA
LARÍSSIA CÂNDIDO CARDOSO
MARIA DO SOCORRO NETA GERÔNIMO
PEDRO YAN ALEXANDRE B. KENNEDY
RICHARD MAIRON SILVA SOUSA
ROANA BÁRBARA DE ALMEIDA GOUVEIA
SÁSKYA JORGEANNE BARROS BEZERRA

COOPERATIVA INTERDISCIPLINAR DE CAPACITAÇÃO E ASSESSORIA LTDA - CASA LILAS

Presidenta:

MARIA DE LOURDES GÓES ARAÚJO

Vice-presidenta:

MARIA SALETE LOPES FREIRE

Secretária:

TERESINHA LIMA CHAGAS RIBEIRO

Tesoureira:

OLGA MARIA DE ALENCAR

Todos os direitos desta edição
reservados à Escola de Saúde Pública do
Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues

Revisão:

Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação:

Assessoria de Comunicação da ESP/CE

Impressão:

ESP/CE

Ficha Catalográfica Elaborada Por:

João Araújo Santiago Martins e Maria Helena Carvalhedo Farias

E74t Escola de Saúde Pública do Ceará

Trilhando caminhos no enfrentamento à
violência contra as mulheres. / Lígia Lucena Gonçalves
Medina; Geórgia Mendonça Nunes Leonardo; Maria
de Lourdes Góes Araújo; - Organizadoras. - Fortaleza:
Escola de Saúde Pública do Ceará, 2019.

ISBN: 978-85-88124-30-1

093 p.

1. Violência. 2. Violência Doméstica; 3. Violência Contra
a Mulher. 4. Violência de Gênero; Mulheres. I. Título.

CDD: 362.8292

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde
CIR - Comissão Intergestora Regional
CMB-CE - Casa da Mulher Brasileira do Ceará
CRES - Coordenadoria Regional de Saúde
CRM - Centro de Referência da Mulher
CNPM - Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CRAJUBAR - Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha
DDM - Delegacia de Defesa da Mulher
FLACSO - Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HDGMM - Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IST - Infecção sexualmente transmissível
MEAC - Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
MMM - Marcha Mundial de Mulheres
NEV/USP - Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo
ONG - Organização Não Governamental
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PRPGP - Pró-Reitoria de Graduação e Pesquisa
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
UFC - Universidade Federal do Ceará
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático
URCA - Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO _____	06
PREFÁCIO _____	08
SOBRE OS AUTORES _____	12
CAPÍTULO 1	
PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DO CEARÁ _____	20
CAPÍTULO 2	
RESULTADOS DO MONITORAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PELO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA E DOS DIREITOS HUMANOS DA REGIÃO DO CARIRI NO ANO DE 2018 _____	30
CAPÍTULO 3	
REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA _____	58
CAPÍTULO 4	
“Programa Superando Barreiras” - A EXPERIÊNCIA DA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND _____	74
CAPÍTULO 5	
CASA DA MULHER BRASILEIRA DO CEARÁ: EQUIPAMENTO DE REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA _____	80
CAPÍTULO 6	
CAMINHOS E DESAFIOS DO MOVIMENTO FEMINISTA NA LUTA CONTRA A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER _____	86

APRESENTAÇÃO

O livro **Trilhando Caminhos no Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres** é uma iniciativa conjunta da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE) - Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde (CEVIG), da Universidade Regional do Cariri (URCA) - Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri e da Cooperativa Interdisciplinar de Capacitação e Assessoria LTDA - Casa Lilás. Esta obra é o terceiro fruto publicado através da parceria entre as instituições supracitadas; as obras que antecederam este livro foram duas edições do Caderno Diálogos sobre as Experiências no Enfrentamento à Violência, publicados nos anos 2017 e 2018.

A exemplo dos anos anteriores, essas parcerias se dão no contexto da Campanha dos 16 dias de Ativismo pelo Fim da Violência Contra a Mulher, Ano 2019, sendo que nessa edição se agrega uma iniciativa da ESP/CE que muito veio a fortalecer as estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher, o curso de “Especialização em Estratégias de Enfrentamento à Violência contra a Mulher”. Iniciativa com singular importância, pois tem caráter interdisciplinar incorporando representações de diversas instituições das redes de atenção às mulheres em situação de violência, assim como voltada às ações nos diversos níveis da atenção: prevenção, acolhimento e atenção.

Esta edição consta de seis capítulos os quais são: i) Perfil da violência no Ceará; ii) Resultados do monitoramento da violência contra a mulher pelo Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri no ano de 2018; iii) Rede Estadual de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência; iv) Experiência do projeto Superando Barreiras; v) Casa da mulher brasileira do Ceará: equipamento de referência no atendimento à mulher vítima de violência e vi) Caminhos e desafios do movimento feminista na luta contra a violência contra a mulher.

Iniciamos com o capítulo sobre o Perfil da violência no Ceará, trazendo um panorama da violência no estado a partir de dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No capítulo relacionado aos dados coletados pelo Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri (URCA), são abordados aspectos relacionados ao perfil das mulheres vítimas da violência, ao perfil dos agressores e ao perfil das violências no ano de 2018, a partir dos coletados dados nas instituições públicas das redes de atenção às mulheres em situação de violência (delegacias, serviços de saúde, serviços da rede da assistência social, entre outras).

O capítulo relativo à rede de atenção integral às mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência foi elaborado tendo como referência a prática da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) na organização, qualificação, elaboração de fluxos e acompanhamento dos serviços de referência nas regiões de saúde do Estado, onde implica em ações intersetoriais, gestão compartilhada e pactuada, capazes de articular um conjunto de ações nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Em seguida, temos a experiência do “programa Superando Barreiras” que surgiu a partir da necessidade de estabelecer um fluxo de acolhimento às mulheres (adolescentes e adultas) vítimas de violência sexual aguda ou crônica no serviço do Hospital e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), acolhidas de forma multiprofissional com foco na atenção integral nestes casos. No capítulo sobre a Casa da Mulher Brasileira do Ceará, equipamento que hoje traduz a materialização de um sonho como referência no atendimento à mulher vítima de violência, o qual dispõe de serviços especializados para os mais diversos tipos de violências contra as mulheres cearenses, observamos um panorama do seu funcionamento e dados desde ciclo do primeiro ano de funcionamento.

Por último, temos o papel do movimento feminista, elaborado a partir de reflexões dos movimentos de mulheres e feministas ao longo dos anos, que atuaram em diversos cenários do Brasil e do mundo, destacando ações relevantes como a Marcha Mundial de Mulheres, elencando as estratégias utilizadas no âmbito dos direitos das mulheres a uma vida sem violência em todo o Brasil.

Esperamos que este livro possa ser amplamente utilizado pelos agentes públicos das instituições envolvidas e pelas pessoas interessadas na prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, bem como na implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, a exemplo do que já vem acontecendo na região do Cariri, com o (re) conhecimento do problema e elaboração de estratégias de intervenção a partir dos dados coletados e analisados pelo Observatório.

Na Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues e Universidade Regional do Cariri, espera-se que o livro venha a contribuir como fonte de pesquisa para discentes e docentes interessados na temática, assim como subsidiar outras instituições de ensino e pesquisa.

PREFÁCIO

Acredito que a edição desse livro nos mobiliza a pensar que o momento é oportuno para lembrar e defender todas as mulheres que foram e são vítimas de violência física ou psicológica por um fato simples: aprenderam, ao longo da vida familiar, escolar e social a serem mulheres, e, aqui lembramos Simone de Beauvoir com sua célebre frase “não nascemos mulheres, mas nos tornamos mulheres” ao aprendermos comportamentos, formas de pensar e de agir em função de nosso gênero. Quando Simone de Beauvoir nos diz que nos tornamos mulheres, ela fala de um processo que é moldado por uma violência oculta, que se apresenta sob a forma mitificada do “universo feminino”, da “feminilidade” e do “maternal”. Uma violência que se esconde sob palavras bonitas como “altruísmo”, “generosidade”, “sinceridade”, “dedicação”, “docilidade”, “passividade” e tantas outras que, ao mesmo tempo em que escondem, naturalizam a violência contra a mulher. Uma violência que aprisiona a mulher na condição de “carinhosa”, “amorosa”... Os discursos repetitivos para homens e mulheres todas nós conhecemos, mesmo que em nossas casas não tenham sido reproduzidos, são lugares comuns de uma cultura machista que, de forma oculta e perversa, faz da mulher o alvo naturalizado da violência. Assim, qualquer iniciativa que leve a reflexão contra essa afronta, que se traduz na tentativa de reduzir a mulher a objeto, imputando aos homens atitudes violentas contra as mulheres, deve ser valorizada e reproduzida. Entendemos que é com esse marco que se dá a edição desse livro.

Editar um livro sobre violência contra a mulher é uma tarefa não muito simples, mobiliza-nos também sob o ponto de vista subjetivo, uma vez que estamos inseridos na mesma trama cotidiana das mulheres vítimas. Muito embora nos últimos tempos o tema tenha tido bastante visibilidade nos vários espaços, inclusive com uma grande cobertura da mídia. Enfrentaram-se alguns desafios, iniciando pela produção e ordenação dos dados das diversas instituições das redes de enfrentamento à violência contra a mulher, seguida pelo desafio de analisar e refletir esses dados à luz de conceitos e visões de mundo que coloquem a mulher como sujeito político das transformações que precisam ser efetivas na interpretação dos dados coletados e explicitados. Como feminista e militante pela defesa dos direitos das mulheres e como uma das organizadoras do livro, sinto-me com a responsabilidade de tentar trazer para o cenário a necessidade de fazer essas conexões, reforçando a importância de que os dados apresentados possam realmente contribuir para o fortalecimento das instituições responsáveis pelo atendimento às mulheres afetadas pela violência nas diversas modalidades, indo da prevenção à atenção nas várias instituições da rede. Entendo que o reforço às instituições

é fundamental para que o Estado possa cumprir com o seu papel diante da triste realidade que assola cotidianamente as mulheres no nosso país. Entendo também que, para enfrentar a violência, é preciso considerar as premissas colocadas pelo Movimento feminista como “ponto de virada” com relação à violência: a violência é produto, elemento estruturador da subordinação das mulheres e, portanto, é primordial a recuperação da autonomia das mulheres ou o seu “empoderamento”. Cabe ao Estado ações para deslegitimar a violência e considerá-la problema público de justiça e cidadania, e de proteção para as mulheres vítimas de violência, dando apoio direto e suportes institucionais.

Este livro foi escrito a muitas mãos! Ao todo foram vinte e duas autoras e um autor de diversas áreas de formação (psicologia, enfermagem, serviço social, nutrição, psicopedagogia, medicina, fisioterapia, farmácia e militantes feministas), profissionais inseridos nas diversas instituições das redes de enfrentamento à violência. Esse olhar interprofissional sobre a violência contra a mulher com certeza representa uma rica experiência e possibilita o debate sobre a temática considerando o caráter polissêmico e complexo do fenômeno da violência, o que, a meu ver, contribui para a relevância da obra. Os dados apresentados no livro são fruto de pesquisas em instituições que têm responsabilidades e competências para fomentar e desenvolver ações de enfrentamento à violência. Destaco a experiência do observatório da violência do Cariri da Universidade Regional do Cariri, que vem produzindo pesquisa primária há três anos e na qual já apresenta resultados importantes que têm subsidiado ações no enfrentamento à violência na região. Também é importante ressaltar os registros das experiências da Rede estadual de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência; do projeto Superando Barreiras; da Casa da Mulher Brasileira do Ceará, equipamento de referência no atendimento à mulher vítima de violência; e, por fim, do movimento feminista, por meio da atuação da organização feminista SOFSEMPREVIVA na construção de caminhos e desafios do movimento feminista na luta contra a violência contra a mulher.

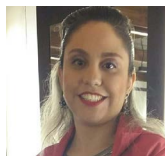
Esperamos que este livro possa contribuir para minimizar os impactos perversos da violência cometida contra as mulheres e, principalmente, possa servir como veículo fomentador de políticas públicas para o enfrentamento a violência contra as mulheres.

Lourdes Góes: *Enfermeira, mestra em Saúde Pública, Professora aposentada da Universidade Regional do Cariri, militante feminista presidenta da Casa Lilás.*

Basta de feminicídio

(...) A mulher é protegida
quando não fica calada
pq qualquer violência
tem que ser denunciada
O que não for consentido
ou for forçada a fazer
o que for desrespeitoso
é preciso se dizer
Falar de Feminicídio
não é pantim, é verdade
tem muita mulher morrendo
pelo machismo covarde
Morrendo por ser mulher
numa total crueldade
são números alarmantes
é triste a realidade (...)
(Nena e Ylana Queiroga)

SOBRE OS AUTORES



Ana Kristia da Silva Martins

Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atua como psicóloga na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC).



Débora Fernandes Britto

Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí (FACIME/UESPI), com residência em Ginecologia e Obstetrícia pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordena o Serviço de Sexologia e é preceptora na Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia na MEAC/UFC e do Internato em Medicina da UFC. Responsável pelo Programa Superando Barreiras - de atenção à mulher vítima de violência sexual - da MEAC/UFC. Membro do Grupo Gestor da Rede Estadual de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.



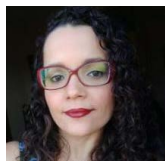
Eclésia Fragoso Nogueira

Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente é Enfermeira da Universidade Federal do Ceará e Enfermeira responsável técnico da Prontoclínica de Fortaleza.



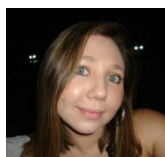
Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Fisioterapeuta graduado pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), especialista em Osteopatia Clínica pela Académie de Thérapie Manuelle et Sportive Belgique (ATMS) e doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atua como bolsista de apoio tecnológico da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) com vigilância em saúde de causas externas de morbimortalidade.



Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo

Nutricionista e Filóloga formada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), com residência multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Mestre em Nutrição e Saúde pela UECE. Pós-graduanda em Gestão para Resultados pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Atua na ESP/CE como Gerente de Projetos no Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde, docente no Curso de Especialização em Saúde Pública, faz parte do colegiado de coordenação do Curso de Especialização em Estratégias de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde e membro do Comitê de Ética em Pesquisa da ESPCE.



Grayce Alencar Albuquerque

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pelo programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina do ABC Docente do quadro efetivo da Universidade Regional do Cariri (URCA). Líder do grupo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade, Diversidade Sexual e Inclusão (GPESGDI). Coordenadora do Observatório de Violência e Direitos Humanos na região do Cariri pela URCA. Tutora do PET Enfermagem URCA. Docente permanente do Mestrado Acadêmico de Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família pela RENASF e Docente Colaboradora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (URCA/UECE). Vice-coordenadora do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da URCA.



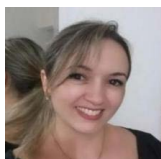
Ilana Leila Barbosa de Lima

Psicóloga pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Educação Especial pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialista em Psicopedagogia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Atua como psicóloga na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, docente da Faculdade Vale do Jaguaribe, docente da Universidade Estadual do Ceará e docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú.



Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt

Enfermeira formada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Saúde em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela FIOCRUZ/RJ, em Saúde da Família pela UVA/CE e em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto/SP. Referência técnica em Saúde da Mulher. Membro da Comissão e do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Assessora Técnica do Núcleo de Atenção Especializada (NUESP). Atualmente, é enfermeira plantonista concursada do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.



Ligia Lucena Gonçalves Medina

Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Pós-graduanda em Gestão para Resultados pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Atualmente é Supervisora do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde - CEVIG da (ESP/CE). Coordenadora do curso de Especialização em Saúde Pública; Membro da Comissão de Educação Permanente em Saúde da ESP/CE; Membro do Grupo Gestor da Rede Estadual de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência (SESA/CE); Integrante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

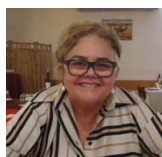


Lorena Rodrigues Ferreira Guimarães Santos

Psicóloga formada pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Psicologia e Práticas em Saúde pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Atualmente é psicóloga hospitalar da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), realizando atendimentos de âmbito clínico/ambulatorial e de internação.

Luciene Alice da Silva

Farmacêutica. Mestre em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Tem experiência prática nas áreas de Saúde Pública, Políticas Públicas, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde, Saúde do Trabalhador, Assistência Farmacêutica, Coordenação de Projetos, Organização de eventos técnicos-científicos, Produção de material técnico, didático e informativo. Produção de livros e material técnico para o Ministério da Saúde e OPAS.



Maria de Lourdes Góes Araujo

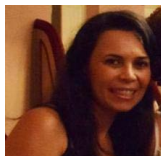
Enfermeira formada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Pública (UECE). Militante feminista há mais de 30 anos. Co-Fundadora do Observatório da Violência na região do Cariri por meio do projeto Flor de Jitirana (URCA-2013); Coordenou o Projeto Hospital da Mulher pela Prefeitura Municipal de Fortaleza (2007-2013); Implantou e coordenou o primeiro Centro de Referência de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência do Estado e Coordenou a Área Técnica de Saúde da Mulher da PMF (2005 - 2006). Em ONGS destaque para: Agencia de Cooperação Internacional – OXFAM; coordenação (1985 - 1987) da ONG Feminista SOFSEMPREVIVA (SP); e Casa Lilás (1999-2019) fundadora, dirigente, sócia e presidenta da sede em Paracuru-Ce.



Maria Daciane Licaryão Barreto

Feminista, anistiada política, primeira Presidenta do Centro Popular da Mulher de Fortaleza, fundado em março de 1981. Protagonizou junto com outras companheiras em 1986, a criação do Conselho Cearense dos Direitos da Mulher – CCDM e a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM). No ano de 2015 ingressou na equipe da Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres do Estado do Ceará, sendo responsável direta pela rearticulação do Conselho Cearense dos Direitos da

Mulher (CCDM), assumindo a vice-presidência do mesmo. Participou da organização da IV Conferência Estadual de Mulheres. Atualmente é Coordenadora da Casa da Mulher Brasileira do Ceará (CMB/CE).



Maria Janaina Alves de Azevedo

Assistente Social formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Educação Biocêntrica pelo Centro de Desenvolvimento Humano/ Universidade Estadual Vale do Acaraú. Especialização com Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú/CE. Experiência profissional na área de Vigilância em Saúde, Hospitalar, Pronto Atendimento (UPA), Assistência Social, e na Saúde da Família, atuando principalmente no seguinte tema: Apoio Matricial. Atua desde 2018 na Vigilância em Saúde, como técnica do projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, através da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP em parceria com a Secretária da Saúde do Estado do Ceará - SESA.



Marley Carvalho Feitosa Martins

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Formação em Psicologia Perinatal (Instituto Gerar/SP). Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar (PUC/SP), Saúde Pública com Ênfase em Gestão (ESP/MT) e Gestão da Clínica (Hospital Sírio Libanês/SP). Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Responsável pela Rede Materno-Infantil e pela Rede Estadual de Atenção às mulheres em situação de violência do Estado do Ceará.



Mayara Pessoa Viana da Silva

Psicóloga, Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido (FIOCRUZ/CE), Vice-Presidenta da União

Brasileira de Mulheres do Ceará (UBM/CE), atuou como Assessora técnica na Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres do Governo do Estado do Ceará e atualmente é Técnica da Casa da Mulher Brasileira do Ceará (CMB/CE).



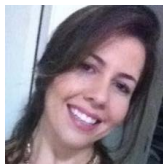
Nalu Faria

Psicóloga, especialista em Psicodrama Pedagógico (GETEP) e Psicologia Institucional (Sedes Sapienties). Atua na SOF desde 1986. Coordenou várias publicações da SOF, como o boletim Mulher e Saúde (1993 a 2002), a Coleção Cadernos Sempreviva (quinze livros desde 1997) e o boletim Folha Feminista (de 1999 a 2010). Autora de vários artigos sobre o movimento de mulheres, entre eles “O feminismo latino-americano e caribenho: perspectivas diante do neoliberalismo”. Integrante do Conselho Diretor da Fundação Perseu Abramo e do Comitê Internacional da Marcha Mundial das Mulheres (MMM) desde 2016. Coordenou a Rede Latino-Americana Mulheres Transformando a Economia (REMTE) de 2005 a 2009.



Patrícia Amanda Pereira Vieira

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), especialista em Saúde Pública e em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e mestre em Ciências Médicas pela (UNIFOR). Atuou como preceptora de estágio supervisionado em enfermagem clínica e cirúrgica no Centro Universitário Estácio do Ceará, enfermeira assistencial no Hospital Geral de Fortaleza, e como supervisora do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Atualmente está como docente da Especialização em Saúde Pública da (ESP/CE), faz parte do colegiado de coordenação do curso de Especialização em Estratégias de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e está como gerente de projetos da (ESP/CE).



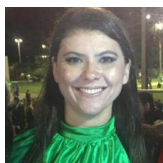
Raquel do Amaral Meireles Freitas

Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Atua como enfermeira na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente.



Regis Lenny Oliveira da Silva

Turismóloga e graduanda em produção cultural, militante feminista, atuou como articuladora regional na Coordenadoria Especial de Políticas para as Mulheres de Fortaleza e Assessora Técnica da Coordenadoria Estadual de Políticas para as mulheres, atuou como Agente de Economia Solidária e Feminista do MDA no Projeto Mulheres Rurais em Rede por agroecologia, economia solidaria e Feminista, atualmente é Técnica da Casa da Mulher Brasileira do Ceará.



Rose Lídice Holanda

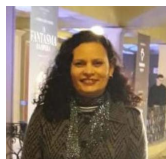
Fisioterapeuta pela Faculdade Católica Rainha do Sertão. Especialista em Processos Educacionais na Saúde, Mestranda em Saúde Coletiva pela Unifor. Formação complementar em Auriculoterapia, Bandagem Neuromuscular, Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva - Método de Kabat, Reeducação postural, Equoterapia, Consultora em Ginástica Laboral, Formação em Processos Educacionais na Saúde com Ênfase na Facilitação de Metodologias Ativas, Facilitadora do Curso de Especialização Gestão da Clínica do SUS - Regulação na Saúde, promovido pelo Hospital Sírio Libanês. Atualmente é bolsista de extensão tecnológica na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).



Tatiana Amâncio Campos Crispim

Farmacêutica, Mestre em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC), possui MBA em Gestão Hospitalar e Especialização em Gestão da

Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina. Desenvolveu atividades como Assessora Técnica da Diretoria de Serviços Técnicos Compartilhados dos Hospitais Universitários da UFC e Coordenadora do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em saúde dos HUs. Foi chefe do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC, de 2008 a 2010 e Gerente da Divisão 'de Farmácia Hospitalar dos Hospitais Universitários da UFC de 2010 a 2012. Atualmente, é chefe da Unidade de Farmácia Hospitalar da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica.



Verbena Paula Sandy Guedes

Assistente Social pela Universidade Estadual do Ceará, Especialização em Família: Abordagem Sistêmica pela Universidade de Fortaleza. Formação em Psicodrama Sócio Educacional , pelo Instituto de Psicodrama e Máscaras. Atua em acompanhamento de adolescentes, jovens, adultos e seus familiares(grupo e atendimento individual. Ministra cursos, oficinas e palestras na área de Dependência Química. Atualmente atua como assistente social na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC).

CAPÍTULO 1

PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DO CEARÁ

INTRODUÇÃO

Rose Lídice Holanda
Patrícia Amanda Pereira Vieira
Geórgia de Mendonça Nunes do Ceará
Lígia Lucena Gonçalves Medina

A violência tem sido reconhecida como um problema para os setores de defesa e justiça criminal e tem sido foco de várias resoluções das Nações Unidas desde 1986. Foi inserida na agenda internacional da saúde quando a Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Geneve, em 1996, adotou uma resolução declarando a violência como um problema de saúde pública mundial (WHO, 2014).

A violência contra a mulher é um problema presente em nossa sociedade há muito tempo, entretanto, apenas nas últimas décadas essa questão tem ganhado cada vez mais destaque devido às graves consequências das situações de violência sofridas pelas mulheres (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

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

Configura-se como violência doméstica e familiar contra a mulher, segundo Art. 5º da Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. Ainda segundo o mesmo artigo, esse tipo de violência pode ocorrer no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida (BRASIL, 2006).

Violência sexual, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como “qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção” (KRUG et al., 2002).

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil da violência contra as mulheres no estado do Ceará.

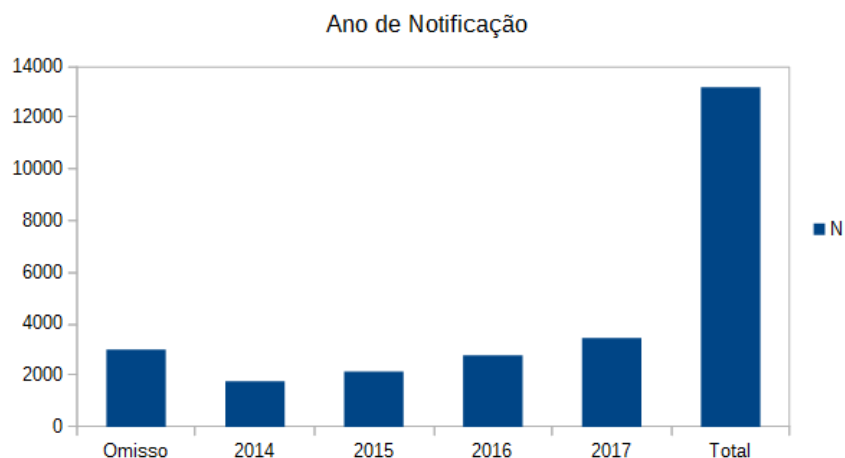
METODOLOGIA

Assinala-se um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado por meio da coleta de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tendo como amostra os casos de violência contra a mulher, no período de 2014 a 2017, no estado do Ceará, Brasil, notificados no programa de dados nacionais sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências, disponíveis no banco do DATASUS, do Ministério da Saúde. A variável independente refere-se ao número de casos positivos para violência contra a mulher. As variáveis dependentes incluem: idade, raça autorreferida, escolaridade, violência de repetição, dados do agressor, local da ocorrência e notificação. Os dados foram tabulados a partir do SPSS versão 23, onde foram tratados e analisados, utilizando-se estatística descritiva. Não houve a necessidade de submissão ao comitê de ética, por se tratar de dados de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2014 a 2017, foram identificadas 13.180 notificações de violência contra a mulher no estado do Ceará, em todas as fases da vida (Gráfico 1). Entretanto, observa-se inconsistência no banco relacionada à data de ocorrência da violência, em alguns casos ocorrida anos antes da notificação.

Gráfico 1 – Número de notificações de violência contra a mulher, por ano, no Estado do Ceará, 2014/2017.



FONTE: DATASUS, 2019.

Na tabela 1, segue o número e percentual de cada tipo de violência. Ressalta-se que, em cada caso notificado, pode ter mais de um tipo de violência, conforme apresentado abaixo.

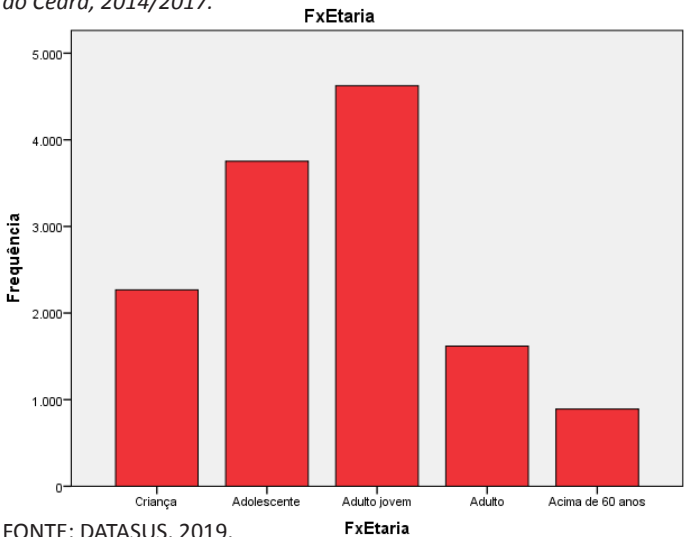
Tabela 1 – Tipo de Violência contra a Mulher no Estado do Ceará, 2014/2017.

TIPO DE VIOLÊNCIA	N	%
Violência Física	7.455	33,5
Violência Psicológica	4.298	19,3
Negligência	2.960	13,3
Lesão Autoprovocada	2.247	10,1
Violência Sexual	2.545	11,5
Estupro	1.738	7,8
Tortura	563	2,5
Financeira	372	1,7
Intervenção Legal	28	0,1
Trabalho Infantil	26	0,1
Tráfico de Seres Humanos	17	0,1
TOTAL	22.249	100

FONTE: DATASUS, 2019.

Destas, a maior parte eram consideradas adultas jovens (35,1%) e adolescentes (28,5%), pardas (73,1%), heterossexuais (33,5%), com ensino fundamental incompleto (30,4%) e residentes na macrorregião de saúde Fortaleza (47,3%). Nota-se casos de violência em mulheres gestantes (8,1%).

Gráfico 2 – Distribuição de notificações de violência contra a mulher, por ciclo de vida, no Estado do Ceará, 2014/2017.

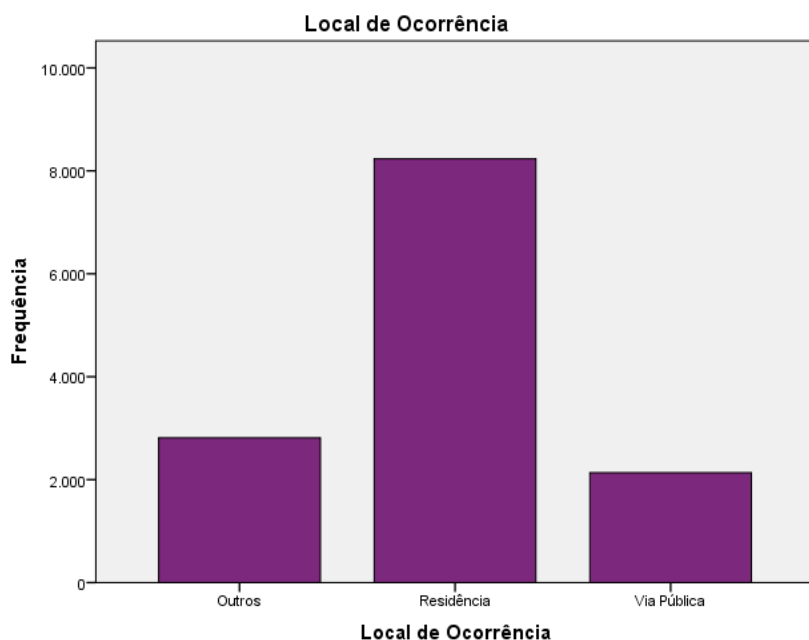


FONTE: DATASUS, 2019.

Quanto à caracterização da ocorrência das violências, a maioria (26,2%) foi notificada em 2017, em único episódio (64,5%), no período da noite/madrugada (45,9%), em residências (62,5%) enquanto na rua foi de (16,2%), com perpetrador único (64,1%), do sexo masculino (53,7%), adulto (33,1%), desconhecido da vítima (52%), com suspeita de uso de álcool (26,3%), através do uso de força (36,1%) e ameaça (14,3%), não sendo apresentado a motivação na maioria dos casos. Os casos ocorreram na macrorregião de Fortaleza (44,8%).

Os limites das práticas de violência íntima, definidos pela OMS, ainda são controversos, principalmente quando se observa a evolução histórica sobre a temática. Quando se verifica os registros antepassados sobre a desigualdade de poder e o uso da força, percebemos que estes são causadores diretos da ocorrência de violência, seja ela de tipificação variada caracterizada por práticas de abuso físico, psicológico e sexual (KRUG et al., 2002).

Gráfico 3 – Distribuição de notificações de violência contra a mulher, por local de ocorrência, no Estado do Ceará, 2014/2017.



FONTE: DATASUS, 2019.

No que concerne aos achados desse estudo, observa-se que o mesmo corrobora com alguns dados encontrados por Lawrenz et al. (2018) que, em sua pesquisa, apresentaram algumas características de mulheres vítimas de violência que foram notificadas pelos profissionais de saúde no Rio Grande do Sul.

As notificações do estudo supracitado foram predominantes em vítimas jovens (38,6%), com ensino fundamental incompleto (33,5%), que moravam na zona urbana (88%), que sofreram o ato violento em suas residências (76,4%) e que tiveram a execução do ato praticada por único perpetrador (82,1%) do sexo masculino (67,5%) (LAWRENZ et al., 2018).

Observa-se que, como consequência desse apanhado histórico-cultural, a forma mais comum de violência contra a mulher é a praticada por parceiro íntimo e as agressões partem da violação, maltrato físico, psicológico e econômico, culminando, em algumas vezes, no óbito da mulher que foi maltratada (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Nosso estudo demonstrou, ainda, que a maioria dos casos de violência foi aplicada por desconhecidos da vítima, em idade adulta, que tiveram como meios o uso da força e a ameaça. Por se tratar de dados secundários de notificação, acredita-se que, de forma subjetiva, conforme estudo de Nóbrega et al. (2019), a mulher pode levar a ter uma aceitação do comportamento masculino frente as situações vividas, presumindo ser algo comum que faz parte do convívio entre o casal. Dessa forma, as mulheres por não conseguirem distinguir o limite entre o amor e a violência, e entre o companheiro e o agressor, embarcam em um ciclo vicioso. Sendo assim, elas acabam optando, muitas vezes, em não denunciar os fatos como realmente aconteceram.

Em sua pesquisa, Bernardino et al. (2016) citam que as violências contra as mulheres são vivenciadas na própria residência da vítima, em 70% dos casos, corroborando também com os dados encontrados nesse estudo.

A violência física ainda é o principal tipo de violência praticado, porém, em determinados momentos, ela pode confluir com os demais tipos, culminando em uma mesma prática. Por estar intimamente ligada a dominação e poder, na maioria das vezes, esse tipo de violência é realizado pelo sexo oposto.

Nesse sentido, o comportamento agressivo do homem ainda é predominante em situações de violência intrafamiliar, levando em consideração que ainda existe uma forte repercussão do papel social atribuído ao sexo masculino. A este é dado o poder na relação, com a personificação da figura do provedor e da força por meio de sua virilidade, deixando para a mulher o papel submisso que reflete fortemente nos modelos familiares organizados com base na desigualdade de gênero (SCOTT, 1995).

Os resultados apresentados quanto à violência física sugerem um contexto de violência de gênero no contexto domiciliar. Ancorado em estruturas patriarcais, as quais legitimam que “os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio” (SAFFIOTI, 2001).

As relações de gênero, na região do Nordeste brasileiro, são interiorizadas na identidade cultural da mulher, marcada por um cenário violento, relacionada às relações de poder do sexo masculino, o que reforça a hegemonia masculina nas relações (BRILHANTE et al., 2015).

Além da violência física, a mulher vivencia o insulto, a difamação, a humilhação, a manipulação e o xingamento. Trata-se da violência psicológica que traz consigo danos emocionais, diminuindo sua autoestima, minando seu pleno desenvolvimento junto a sociedade e causando prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação do ser humano (MENEGHEL et al., 2013).

Apesar da invisibilidade que ainda permeia a violência contra a mulher, avanços significativos ocorreram nas últimas décadas, a exemplo pode ser citado a lei n. 11.340/2006, conhecida comumente como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

Além disso, menores anos de estudo são atribuídos como um dos definidores de alta prevalência de violência (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005). O que reflete, além das diferenças socioeconômicas ligadas intimamente a situações de dependência por meio do poder financeiro, a vulnerabilidade que essas mulheres sofrem, principalmente devido à desinformação de sua condição, o que torna a situação de violência algo natural no relacionamento.

Entretanto, mulheres com maior nível de escolaridade e poder aquisitivo podem buscar mais os serviços de saúde privados e solicitar que a situação de violência não seja notificada (OLIVEIRA et al., 2014).

Já em relação ao local em que sofreram o ato violento, a residência denota uma singularidade que pode torná-la o local mais prevalente, haja vista que a privacidade do lar consegue esconder os abusos cometidos (DESLANDES et al., 2000). Ao remontar fatos ocorridos e divulgados na mídia, observa-se que a vida particular do casal em sua casa “só diz respeito a eles”, facilitando os atos violentos e abordando os mesmos com naturalidade, por se tratar de assuntos íntimos.

CONCLUSÃO

Observamos, com isso, que os abusos ocorrem em diferentes níveis relacionais e sociais, sendo a violência contra a mulher um fenômeno que já ocorre há muito tempo, mas que se tornou questão de saúde pública somente recentemente, com a preocupação do enfrentamento e da criminalização de atos permissivos que culminavam sempre em danos psicológicos, morais e físicos da vítima.

Compreender as características das agressões e sua dinâmica possibilita o atendimento adequado da vítima, com o planejamento adequado para as estratégias no seu enfrentamento e a devida compreensão para encaminhamento de cada caso, sendo possível avaliar o momento em que nos encontramos e para onde queremos chegar.

Por fim, é necessário compreender a importância da notificação e avaliar as potencialidades e fragilidades do sistema para que assim possamos contribuir efetivamente com a qualificação da política de vigilância epidemiológica e dos atendimentos de mulheres vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F; GOMES, V. L de O.; BARLEM, E.L.D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26,n. 6, p. 547-553, Dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600007>. Acesso em: 14 out. 2019.

BERNARDINO, Ítalo de Macedo et al . Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 740-752, dez. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400740&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972016000400005>.

BRASIL. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, D.O.U. de 08.08.2006 - “**Lei Maria da Penha**”. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>.Acesso em: 11 out. 2019.

BRILHANTE, A.V.M. et al. The “Northeastern Male” in formative years: sexuality and gender relations among teenagers. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, p.471-78, 2015.

DESLANDES, S.F.; GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16,n. 1,p. 129-137, Jan. 2000. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100013>. Acesso em: 14 out. 2019.

GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L.S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, 27(2), 256-266, 2015.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39,n. 5,p. 695-701, Out. 2005. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500001>. Acesso em: 14 out. 2019.

KRUG, E.G. et al. **World Report on Violence and Health**. World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/>. Acesso em: 11 out. 2019.

LAWRENZ, P. et al. Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul.Psic.: **Teor. e Pesq.**, Brasília ,v. 34, e34428, 2018 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34428>. Acesso em: 14 out. 2019.

MENEGHEL, S.N. et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18,n. 3,p. 691-700, Mar. 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300015>. Acesso em: 14 out. 2019.

NOBREGA, V.K de M. et al . Renúncia, violência e denúncia: representações sociais do homem agressor sob a ótica da mulher agredida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24,n. 7,p. 2659-2666, Jul 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.16342017>. Acesso em: 14 out. 2019.

OLIVEIRA, F. et al. Violence against women: Profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v.23, p.49-54. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.01.011>>. Acesso em: 14 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, **Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher** (“Convenção de Belém do Pará”), 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>>. Acesso em: 11 out. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Contribuições femininas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educ Real**, v.20, n.2, p 71-99, 1995.

WHO - World Health Organization. **Global status report on violence prevention 2014**. World Health Organization, 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>>. Acesso em: 11 out. 2019.

CAPÍTULO 2

RESULTADOS DO MONITORAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PELO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA E DOS DIREITOS HUMANOS DA REGIÃO DO CARIRI NO ANO DE 2018

Grayce Alencar Albuquerque
Maria de Lourdes Góes Araújo

O Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri, da Universidade Regional do Cariri - URCA, em seu terceiro ano de funcionamento (2018), desenvolveu o monitoramento da violência contra a mulher nos três maiores municípios a região do Cariri, no estado do Ceará: Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, denominados de Crajubar.

A seguir, apresentamos os dados colhidos pelo Observatório da Violência, relativos ao período de Janeiro a Dezembro de 2018.

POPULAÇÃO

Observa-se, na estimativa para o ano de 2019, um aumento populacional nos três municípios, em Juazeiro do Norte da ordem de 10%, no Crato 9% e em Barbalha 8%, conforme IBGE (2019).

Tabela 01. Dados populacionais dos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha, Ceará, Brasil, IBGE, 2010.

Município	População geral	População estimada para 2019 *	População feminina	% de mulheres em relação à população geral
Juazeiro do Norte	249.939	274.207	131.586	52,7%
Crato	121.428	132.123	63.812	52,55%
Barbalha	55.323	59.732	28.419	51,36%

FONTES: IBGE, Censo Demográfico 2010. NOTA: *Estimativa da população residente nos municípios, com data de referência em 1º de julho de 2019, disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.

LOCAIS DE COLETA DOS DADOS

Setores da Segurança Pública:

- Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), em Juazeiro do Norte e Crato;
- Delegacia Civil, em Barbalha.

Setores da Saúde e Assistência Social:

- Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde, em Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha;

- Centro de Referência da Mulher (CRM), em Juazeiro do Norte e Crato.

RESULTADOS DO MONITORAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O número de ocorrências coletadas de violência contra a mulher, registradas pelos órgãos integrantes da rede de enfrentamento no Complexo Crajubar, são apresentadas na tabela a seguir:

Tabela 02. Número de ocorrências de violência contra a mulher coletadas por município. Crajubar, 2016 a 2018.

Município	Segurança			Saúde/ Assistência Social			Total		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Juazeiro do Norte	1.008	1.132	1.285	178	328	328	1.186	1.460	1.613
Crato	482	388	416	134	111	116	616	499	532
Barbalha	22	26	177	32	35	68	54	61	245
Total	1.512	1.546	1.878	344	474	512	1.856	2.020	2.390

FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

No ano de 2017, quando foram registradas somente as ocorrências nas DDM, contabiliza-se uma média de 6 ocorrências de violência contra a mulher por dia, levando-se em consideração 360 dias/ano. Já em 2018, verifica-se uma média de 7,2 registros, contabilizando-se um aumento de 20% em relação ao ano anterior. Considerando-se todos os campos de coleta, foram coletadas informações de 2.390 vítimas em 2018, entre boletins de ocorrência, flagrantes e atendimento em serviços de saúde/assistência social.

Do total de dados coletados pelo Observatório da Violência no ano de 2018, verifica-se que 1.878 atendimentos foram em delegacias (78,5%) e 512 atendimentos em serviços de saúde (21,5%). O perfil foi semelhante ao do ano de 2017, em que houve 1.546 atendimentos em delegacias (76%) e 474 atendimentos em serviços de saúde (24%).

Observa-se um aumento do número de notificações pelos serviços de saúde (8%) entre 2017 e 2018. No entanto, esse incremento foi inferior aos 37% observados ao se comparar o total de atendimentos pelo setor saúde nos anos de 2016 e 2017.

Os registros das DDM, nos anos de 2017 e 2018, apontam para um aumento na ordem de 12% e 23% nos municípios de Crato e Juazeiro do Norte, respectivamente (Tabela 03). Em relação ao quantitativo de dados coletados

em 2018, observa-se uma redução percentual em relação ao ano de 2017, tanto na DDM de Juazeiro do Norte, quanto na DDM de Crato. Tal fato se explica devido à dificuldade de acesso a alguns documentos e/ou ausência destes nos momentos das coletas (Tabela 03).

Tabela 03. Número de ocorrências registradas nas DDM por meio de boletins de ocorrências. Crajubar, 2016 a 2018.

DDM	Registros 2016	Coleta de dados 2016	Registros 2017	Coleta de dados 2017	Registros 2018	Coleta de dados 2018
Juazeiro do Norte	1.162	1.008 (86,7%)	1.479	1.132 (76,5%)	1.821	1.285 (70,5%)
Crato	771	479 (62,1%)	711	388 (54,5%)	797	416 (52,1%)
Total	1.933	1.487 (76,9%)	2.190	1.520 (69,4%)	2.618	1.701 (64,9%)

FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Em acordo com o Mapa da Violência contra a mulher 2018, o volume de casos noticiados de violência doméstica está distribuído em todas as regiões do país. No entanto, o estado do Ceará amarga a vice-liderança nas estatísticas de mulheres assassinadas em 2018, com 447 homicídios dolosos contra elas, sendo 26 registros considerados feminicídios, casos em que os assassinatos contra mulheres ocorrem por questão de gênero. Isso revela a importância das estatísticas dos municípios que compõem o Estado, como o complexo Crajubar, para (re)conhecimento do problema e elaboração de estratégias de intervenção (COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018).

Tabela 04. Taxa de notificação da violência contra a mulher. Crajubar, 2016 a 2018.

Municípios	Taxa de notificação* calculada pelo número de BO registrado nas DDM e Delegacia Civil a cada mil mulheres			Taxa de notificação* calculada pelo somatório dos registros de BO nas DDM, Delegacia Civil e fichas de notificação coletadas nos serviços de saúde e assistência social a cada mil mulheres		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Juazeiro do Norte	8,8	11,2	13,83	10,18	13,7	16,33
Crato	12,08	11,1	12,48	14,18	12,9	14,30
Barbalha	0,9	0,9	6,22	0,9	2,1	8,6

FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018. NOTA: *Cálculo da taxa de notificação com base no Censo IBGE, 2010.

Foram coletados dados nas DDM por meio de boletins de ocorrência nos últimos três anos com uma significativa amostra, variando entre 64,9% a 76,9% do total de registros. O ano de 2018 foi o que apresentou menor percentual de coleta de dados, devido a dificuldades no acesso aos dados conforme explicitado anteriormente.

Observa-se que ocorreu um aumento das taxas de notificação durante os anos de 2016 a 2018 nos três municípios. Esse aumento foi mais expressivo no município de Barbalha, o qual apresentou, de 2017 para 2018, aumento da taxa de notificação relativa ao número de BO de 0,9 para 6,22 e da taxa de notificação calculada pelo somatório de BO e atendimentos coletados em serviços de saúde e assistência social de 2,1 para 8,6. Supõe-se que esse aumento deve-se a uma maior sensibilização da população feminina frente ao reconhecimento desse agravo e maiores reivindicações para fortalecimento da rede de enfrentamento local. De fato, a violência que antes estava presente nas grandes cidades, espalha-se para cidades menores, como é o caso do município de Barbalha, Ceará.

PERFIL DAS MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

A seguir, explicitaremos os dados referentes aos diversos aspectos da violência cometida contra as mulheres na região do Crajubar, no ano de 2018.

Iniciaremos com a caracterização das vítimas numa série histórica dos anos 2016, 2017 e 2018.

PERFIL GERACIONAL, LGBTQI+ E MULHERES COM DEFICIÊNCIA

Foram coletadas informações referentes ao perfil geracional e de mulheres LGBTQI+ e com deficiência. Observou-se que a categoria mulher (jovem e adulta) foi a mais atingida pela violência nos três municípios, nos três anos analisados. Em segundo lugar, aparece a categoria de idosas em Juazeiro do Norte e Crato, e a categoria de adolescentes em Barbalha.

De forma geral, verifica-se um aumento entre vítimas mulheres (jovem e adulta) nos anos 2016 a 2018 nos municípios de Juazeiro do Norte e Barbalha. Para o período de 2016 a 2017, o aumento observado foi na ordem de 32% em Juazeiro do Norte e de 33% em Barbalha. No Crato, verifica-se um declínio da ordem de 18% no mesmo período. Já de 2017 para 2018, verifica-se um aumento de 5% para Juazeiro do Norte, 2% para Crato e 347% em Barbalha.

Tabela 05. Caracterização das mulheres atingidas pela violência quanto ao perfil geracional, LGBTQI+ e com deficiência. Crajubar, 2016 a 2018.

Vítima	Juazeiro do Norte			Crato			Barbalha		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Mulher	1.035	1.367	1436	571	472	482	36	48	215
(jovem e adulta)	(87%)	(94%)	(89%)	(90%)	(95%)	(91%)	(66%)	(79%)	(88%)
Criança	20	17	29	03	06	07	9	07	10
	(2%)	(1%)	(1,8%)	(1%)	(1%)	(1,3%)	(17%)	(11%)	(4,0%)
Adolescente	57	32	69	21	02	19	9	05	16
	(5%)	(2%)	(4,2%)	(3%)	(0,4%)	(3,5%)	(17%)	(8%)	(6,5%)
Idosa	53	42	75	36	19	24	-	01	04
	(4%)	(3%)	(4,6)	(6%)	(4%)	(4,5%)	-	(1,6%)	(1,6%)
Deficiente	-	01	01	-	-	-	-	-	-
		(0,06%)	(0,06%)						
LGBTQI+ e outras	22	01	03	01	-	-	-	-	-
	(2%)	(0,06%)	(0,09%)	(0,1%)					
Total	1.187	1.460	1613	632	499	532	54	61	245

FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Observa-se uma variação em relação à categoria geracional quanto à prática de violência contra a mulher entre os municípios. Assim, chama atenção a prevalência de violações entre crianças e adolescentes do sexo feminino nos três municípios estudados. Este é um fenômeno que requer especial atenção, visto que indivíduos que sofreram experiências de violência na infância podem vir a ter experiências semelhantes na vida adulta. Fatores como abandono materno, abuso de substâncias por parte dos pais e/ou repetição de comportamentos violentos são fatores de risco que podem favorecer a perpetuação da violência no futuro (SANT'ANNA; PENSO, 2016).

É preciso destacar que a faixa etária mais atingida (jovens e adultas) é considerada como o período de consolidação das atividades profissionais. Portanto, é muito provável que, para essas mulheres, a situação de violência interfira nessa etapa, contribuindo para o aumento da dependência financeira em relação ao parceiro, o qual é o seu agressor, na maioria das vezes. No Brasil, um em cada cinco dias de falta ao trabalho decorre da violência de gênero sofrida por mulheres (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). Assim, é possível afirmar que a violência de gênero atinge principalmente mulheres na faixa etária produtiva, comprometendo seu desempenho profissional.

Segundo o Mapa da Violência contra a mulher 2018, a maioria das vítimas mulheres (83,7%) possui entre 18 e 59 anos de idade, sendo que a faixa que mais concentra a idade das vítimas é entre 24 e 36 anos. Ou seja, são mulheres jovens adultas que vivem relacionamentos afetivos que evoluem

para o abuso físico. Cerca de 1,4% das vítimas tinham menos de 18 anos na época da agressão. Já aquelas com mais de 60 anos de idade correspondem a 15% das vítimas de violência doméstica (COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018).

Com relação às categorias LGBTQI+, no município de Juazeiro do Norte, ocorreu 01 caso em 2017 e 03 casos em 2018 (coletadas isoladamente para esse público); em 2016, essa categoria foi computada junto com a categoria outros, tendo sido identificados 22 casos. Dessa forma, não é possível precisar quantos casos foram relativos somente à categoria LGBTQI+ naquele ano. No município de Crato, encontrou-se o registro de apenas 01 caso de violência na categoria LGBTQI+ em 2016.

A escassez de dados relativos à população LGBTQI+ é comum também em outras regiões do País, conforme se verifica no Anuário Brasileiro da Segurança Pública (FBSP, 2019), em que apenas 10 dos 26 estados e Distrito Federal (cerca de 38% deles) apresentaram dados referentes a registros de homicídios dolosos contra a população LGBTQI+, por exemplo. Ressalta-se que, com o reconhecimento do Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO-26), em junho de 2019:

A LGBTIfobia constitui motivo torpe capaz de qualificar o crime de homicídio doloso, é dever de todas as delegacias no país – especializadas ou não – de registrar, se for o caso, a motivação LGBTIfóbica do homicídio doloso em seus boletins de ocorrência. Igualmente louvável é o entendimento crescente de que homicídio transfóbico contra mulheres travestis e transexuais pode ser qualificado como feminicídio se praticado contra a mulher trans por razões da condição do sexo feminino (FBSP, 2019).

Já em relação às mulheres com deficiências, a CPMI evidenciou que a invisibilidade da violência contra este público é uma realidade que transparece na ausência de políticas públicas específicas. Depoimentos da professora Miriam Grossi, durante a audiência pública que discutiu o relatório da CPMI, revelaram que o índice de violências contra mulheres com deficiências é muito maior do que contra homens com deficiências, mostrando que, no tocante a essa transversalidade de gênero, quando há outra situação de subalternidade, de estigma, como no caso da deficiência, as mulheres são duplamente violentadas (CPMI, 2013).

RAÇA/COR DAS MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

Quanto à raça/cor, ressalta-se a quase totalidade de ausência de informação nos três municípios do Crajubar. Tal fato reflete um dado de extrema relevância para a análise do perfil da violência, pois sabe-se que as mulheres negras são as mais afetadas pelos vários tipos de violência.

ALVES et al. (2013) relatam que o Brasil, com a segunda maior população negra fora da África, é marcado pelo agravamento da desigualdade e oposição entre brancos e pretos, e que a cor da pele tem uma forte influência nas violências cometidas contra as mulheres. Assim, as diferentes violências (físicas, emocionais simbólicas, de classe e de raça) a que as mulheres estão sujeitas, acentuam a situação de opressão e vulnerabilidade, em especial, a das mulheres negras.

Segundo o Instituto Patrícia Galvão (2018), no Brasil, raça e etnia são elementos fundamentais para a compreensão e enfrentamento ao processo de violação de direitos das mulheres, dentro e fora de casa. As mulheres negras são maioria também entre as visitantes submetidas a revistas “vexatórias” em instituições prisionais.

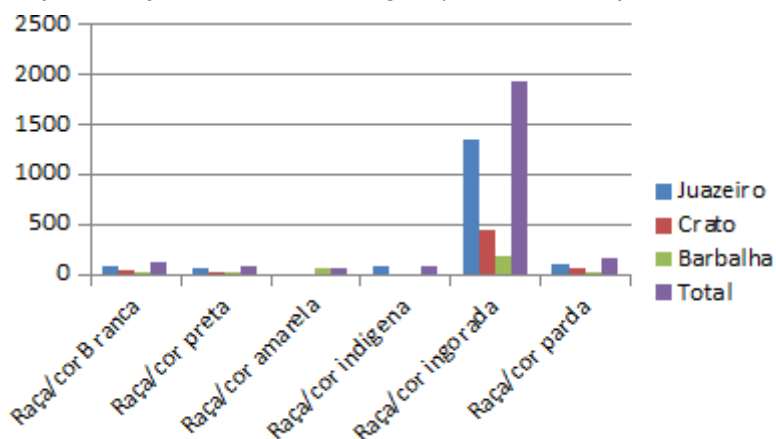
O procedimento, que obriga absolutamente todas as visitas de detentos a ficarem completamente nus e terem seus órgãos genitais inspecionados, desrespeita a inviolabilidade da intimidade e o princípio da dignidade. Essa prática, que está bastante associada a discriminação de gênero e racial, segue acontecendo no País, mesmo sendo ilegal perante a Constituição Federal e apesar de já existirem diversas leis estaduais proibindo-a, conforme enumera a campanha da Rede de Justiça Criminal (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2018).

O Atlas da violência 2018 demonstra que a taxa de homicídios de mulheres possui diferencial por raça/cor; ela é maior entre as mulheres negras (5,3) que entre as não negras (3,1). O Atlas ainda traz referência aos estupros notificados no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2016, quando foram registrados 22.918 casos, o que representa aproximadamente a metade dos casos notificados à polícia (49.497 casos de estupro), ficando evidente o padrão sociodemográfico destes casos, majoritariamente da raça/cor negra (parda ou preta) (CERQUEIRA et al., 2018).

Assim, entre os três municípios do Crajubar, Barbalha apresentou o maior percentual de registros de raça/cor (30%), em segundo lugar apareceu Crato (19%) e em terceiro lugar, Juazeiro do Norte (17%).

Em Juazeiro do Norte, dos registros que declararam a informação (n=281), observa-se uma predominância de raça/cor parda (30%), seguida da indígena e branca (27% cada) e preta (16%). No município de Crato (n=103), observa-se em primeiro lugar a cor/raça parda (51%), seguida da branca (31%), preta (16%) e amarela (1%). E em Barbalha (n=74), observa-se em primeiro lugar a cor/raça amarela (59%), seguida da parda e preta (14% cada) e branca (10%).

Gráfico 01. Raça/cor das mulheres atingidas pela violência. Crajubar, 2018.



FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

RENDA DAS MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

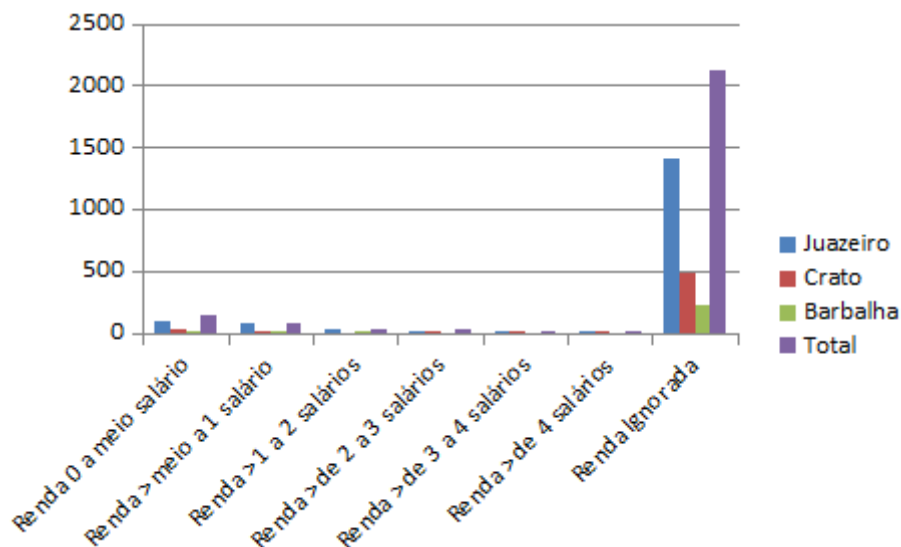
Como parte do perfil das mulheres vítimas da violência, foram levantados pelo Observatório dados relativos à renda das mulheres, que variou de zero a mais de quatro salários. Observa-se que essa informação ainda é subnotificada na sua quase totalidade, o que dificulta a análise aprofundada quanto ao perfil da renda. O somatório dos três municípios apresentou um percentual de 88% de dados ignorados quanto ao quesito renda, sendo que Barbalha apresentou o maior percentual de ignorado (91%), seguido de Crato (90%) e Juazeiro do Norte (87%).

Entre os registros conhecidos (Juazeiro do Norte n= 202, Crato n=51 e Barbalha n= 22), observa-se uma prevalência em Juazeiro do Norte e Crato da faixa de zero a meio salário, com 48% e 55%, respectivamente. Já Barbalha apresenta uma predominância na faixa de meio a um salário.

Em acordo com Cerqueira et al. (2019) vários trabalhos consideram que o emprego da mulher no mercado de trabalho, assim como a possibilidade

de obtenção de outras fontes de recursos financeiros por ela, faz aumentar o seu poder de negociação no casamento. Segundo os autores, essa afirmação reflete sobre a aceitação do homem quanto ao aumento da renda do casal por conta do trabalho da mulher evidenciando, por conseguinte, um menor nível de violência contra a mulher e/ou possibilitando que a mulher escolha a dissolução do casamento.

Gráfico 02. Renda das mulheres atingidas pela violência. Crajubar, 2018.



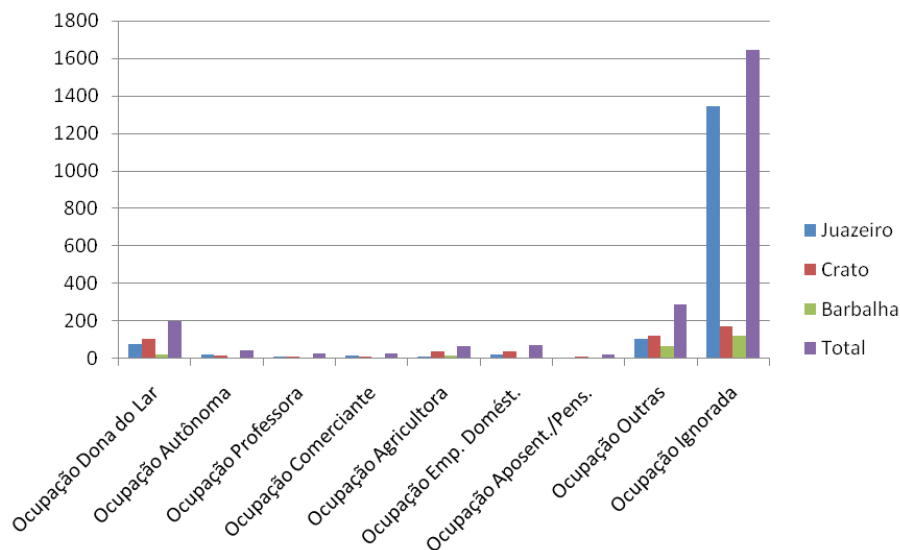
FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

OCUPAÇÃO DAS MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

Como parte do perfil, foram levantados dados sobre a ocupação das mulheres que sofreram violência no Crajubar em 2018. Assim como no quesito renda, observa-se que também uma maioria de dados tidos como ignorados, variando entre 33% a 83%, sendo Juazeiro do Norte o município que apresentou o maior percentual (83%) e Crato o menor (33%), estando Barbalha com 51% de ausência destes dados. Tal realidade dificulta a análise mais aprofundada do perfil sócio demográfico das mulheres.

Entre as informações disponíveis, a maioria das mulheres foi identificada como ocupante da categoria “outras”. Após esta, prevaleceram as mulheres “do lar” com 27% em Juazeiro do Norte, 29% em Crato e 19% em Barbalha.

Gráfico 03. Ocupação das mulheres atingidas pela violência. Crajubar, 2018.

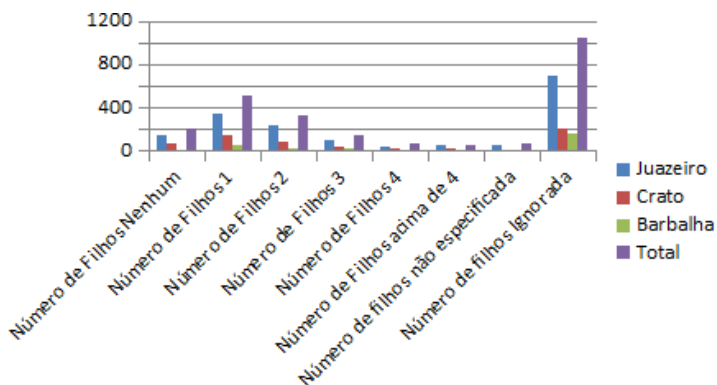


FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

NÚMERO DE FILHOS DAS MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

No quesito número de filhos das mulheres atingidas pela violência na região do Crajubar, observa-se que também um grande número de informação tida como ignorada, na proporção de 38% em Crato, 63% em Barbalha e 43% em Juazeiro do Norte. A grande maioria informou ter entre nenhum e um filho, seguida de apenas um filho e dois filhos.

Gráfico 04. Número de filhos das mulheres atingidas pela violência. Crajubar, 2018.

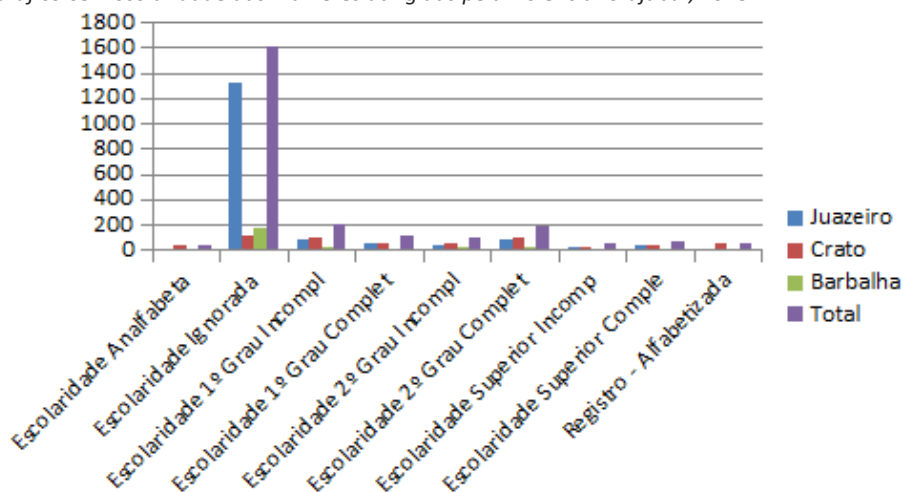


FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

ESCOLARIDADE DAS MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

No quesito relativo à escolaridade das mulheres atingidas pela violência, observa-se que Juazeiro do Norte e Barbalha apresentaram os maiores percentuais de informação ignorada, 82% e 72%, respectivamente. Entretanto, Crato se sobressaiu na coleta dessa informação, apresentando 79% da informação nos registros pesquisados.

Gráfico 05. Escolaridade das mulheres atingidas pela violência. Crajubar, 2018.



FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Observa-se que, em Juazeiro do Norte, o nível de escolaridade das mulheres afetadas pela violência com maior prevalência foi 2º grau (ensino médio) completo e a menor foi de analfabetas. No Crato, observa-se maior representatividade de mulheres 1º grau (ensino fundamental) completo, e o menor foi superior incompleto. Por fim, em Barbalha, observa-se a maior representatividade de mulheres com 1º grau (ensino fundamental) completo e a menor com superior completo. Chama a atenção o grande percentual de mulheres com maior escolaridade (2º grau completo e incompleto e superior completo e incompleto), apresentando 54% Juazeiro do Norte 54%, 47% em Crato e 52% em Barbalha. Já o índice de analfabetas foi mínimo, variando entre 1 e 7% nos três municípios. Crato se destaca no item “alfabetizada”, com 11%, diferente dos demais que não identificaram esse nível de escolaridade.

Diferente do que se observa no senso comum, neste perfil a violência atingiu, de forma significativa, as mulheres com maior escolaridade, no entanto, ressalta-se que esse perfil apresenta em sua maioria a ausência de registros dessa informação.

BRESSER (2014) afirma que os números mostram uma variação muito pequena entre os casos de violência contra a mulher e o nível de escolaridade. Segundo o autor, a violência física atinge 19% das mulheres com curso superior ou mais, contra 25% das mulheres que possuem somente o ensino fundamental. No entanto, as formas de controle ou cerceamento desse público atingem 19% daquelas com menor escolaridade, contra 27% das que possuem diploma superior. Já a violência psíquico-verbal é igual para todas, com 21%, e a sexual aponta uma diferença mínima: 11% para quem tem ensino fundamental e 8% das diplomadas. Assim, infere-se que, quando há momentos de ruptura no relacionamento, o diploma e o conhecimento não interferem na vitimização.

A pesquisa Datafolha (FBSP, 2019) apontou que quando se desagrega os resultados por escolaridade da vítima, percebe-se:

(...) que a vitimização por assédio é muito mais alta entre as mulheres com ensino médio (46,3%) ou superior (45,2%), em comparação com as entrevistadas que estudaram somente até o ensino fundamental (17,3%). (...) Considerando o grau de escolaridade das entrevistadas, observamos que o percentual de violência sofrida em casa cai conforme aumenta a escolaridade, enquanto os percentuais de violência sofrida na rua, na internet e no trabalho crescem (...) (FBSP, 2019).

SITUAÇÃO CONJUGAL DAS MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

Com relação à situação conjugal, observa-se que, diferente dos outros quesitos, a maior parte das informações foram registradas, apresentando um menor percentual de dado ignorado nos três municípios. Nas informações com registro, observa-se em Crato e em Barbalha uma maior representatividade no item de mulheres casadas ou união estável; já em Juazeiro do Norte, o item com maior representatividade foi de mulheres separadas e solteiras.

Importante destacar que muitas mulheres casadas e/ou em união estável não se reconhecem como vítimas de violência. Os condicionamentos dominantes referentes a certas classificações e compreensões de violência, principalmente quando se trata de mulheres casadas ou em uniões estáveis, levam ao não reconhecimento da violência produzida na intimidade e na rotina de uma relação conjugal e à consequente aprovação dos atos abusivos cometidos pelos homens na posição de senhores e donos de suas companheiras (ALMEIDA; BANDEIRA, 2006).

Tabela 06. Situação conjugal das mulheres atingidas pela violência. Crajubar, 2018.

Situação Conjugal	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total
Solteiro/a	199	148	64	411
Casado/a e/ou união estável	373	210	78	661
Viúvo/a	13	10	1	24
Separado/a	525	139	54	718
Não se aplica	104	10	14	128
Ignorado	399	15	34	448

FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

As mulheres solteiras, mas em fase de conhecimento de prováveis companheiros, também são alvos de violência. Esta se constitui de forma multicausal e está intimamente ligada a fatores culturais, familiares e pessoais, sendo um fenômeno frequente e vem aumentando de forma habitual em todas as classes sociais, evidenciando que não surge apenas com a efetivação do casamento, união estável ou coabitação (BESERRA et al., 2015).

INFORMAÇÕES REFERENTES À AGRESSÃO DE MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA - CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SEGUNDO TIPO DE AGRESSÃO

Observa-se 14 tipos de violências cometidas contra as mulheres nas suas várias faixas de idade (Tabela 07). O número total é maior do que os registros pesquisados, pois verifica-se a simultaneidade entre alguns tipos de violência.

Tabela 07. Classificação da violência contra a mulher segundo tipo de agressão.

Tipo de violência	Juazeiro do Norte	Crato	Barbalha	Total
Física	409	252	71	732
Psicológica/moral	649	147	08	804
Tortura	-	02	-	02
Sexual	105	39	07	151
Tráfico de pessoas	-	-	-	-
Patrimonial	66	29	01	96
Financeira	09	07	-	16
Negligência/abuso	02	01	03	06
Ameaças	882	200	92	1174

Virtual	46	01	06	53
Trabalho infantil	-	-	-	-
Intervenção legal	-	-	-	-
Ignorada	01	02	02	05
Outros	25	30	55	110

FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

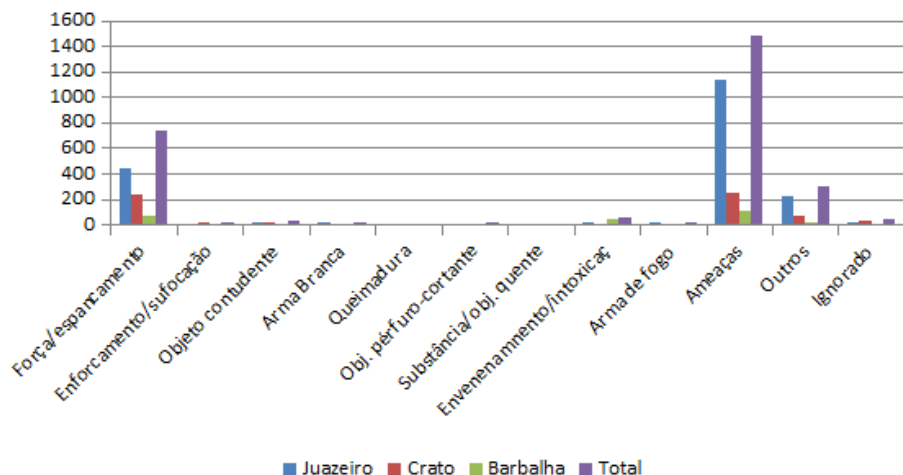
Dentre todos os tipos de violência, as ameaças aparecem em primeiro lugar em Juazeiro do Norte e Barbalha, enquanto no Crato aparece a violência física. Em Juazeiro do Norte, a violência psicológica/moral aparece em segundo lugar e, em terceiro lugar a violência física. Em Barbalha, a violência física aparece em segundo lugar e em terceiro lugar outros tipos, com 23%.

A Agência Patrícia Galvão destaca em seu site que o estudo multipaíses da OMS realizado no Brasil (Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (OMS, 2002), cerca de 30% das mulheres que disseram ter sido agredidas pelo parceiro afirmam que foram vítimas tanto de violência física como de violência sexual; mais de 60% admitem ter sofrido apenas agressões físicas; e menos de 10% contam ter sofrido apenas violência sexual (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2018).

OCORRÊNCIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SEGUNDO OS MEIOS DE AGRESSÃO

No quesito meios de agressão, observa-se que, em primeiro lugar nos três municípios, aparecem as ameaças, com 61% em Juazeiro do Norte, 40% no Crato e 43% em Barbalha. Em segundo lugar, aparece força/espancamento nos três municípios e, em terceiro lugar, aparece outros tipos, em Juazeiro e Crato, e envenenamento/intoxicação (19%) em Barbalha. Ressalta-se que o número total é maior do que os registros pesquisados, pois verifica-se a simultaneidade entre alguns tipos de violência.

Gráfico 07. Classificação das ocorrências de violência contra a mulher segundo os meios de agressão. Crajubar, 2018.



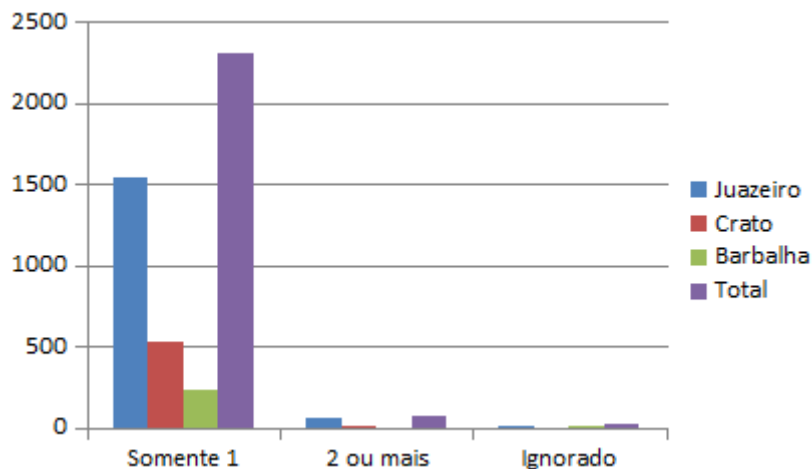
FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Acredita-se que essa classificação se dá devido à existência do ciclo da violência, em que se observa uma evolução crescente dos tipos de violência, indo das ameaças à prática dos outros tipos mais lesivos.

OCORRÊNCIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SEGUNDO O NÚMERO DE PESSOAS ENVOLVIDAS NA AGRESSÃO

As informações colhidas sobre o número de pessoas envolvidas nas agressões contra as mulheres no Crajubar revelam que mais de 90% dos casos foram perpetrados por um agressor. Entretanto, mesmo com números bastante baixos, chama-se a atenção para essa modalidade de agressão com dois ou mais agressores, com destaque para Juazeiro do Norte, provavelmente por ser a maior cidade da região, uma vez que a mídia e as pesquisas revelam um crescimento dessa modalidade em regiões com maior contingente populacional, principalmente nos casos de violência sexual.

Gráfico 08. Classificação das ocorrências de violência contra a mulher segundo o número de pessoas envolvidas na agressão. Crajubar, 2018.



FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Em relação ao maior número de agressores, em publicação do SOS Corpo de Recife em 2017, relacionada ao tema de estupros coletivos, verifica-se que o Ministério da Saúde divulgou dados de pesquisas sobre estupros coletivos no Brasil em 2016. Segundo essas pesquisas, o país registrou 3.526 casos de estupros coletivos, o que em média significa 10 casos desse tipo de abuso por dia. Segundo o SOS Corpo, esses números reacenderam a discussão sobre a temática da cultura do estupro, referindo-se aos valores e ideias produzidos e reproduzidos pela sociedade que banalizam ou naturalizam práticas de violação do corpo das mulheres (SUIANNE; CASTRO, 2017).

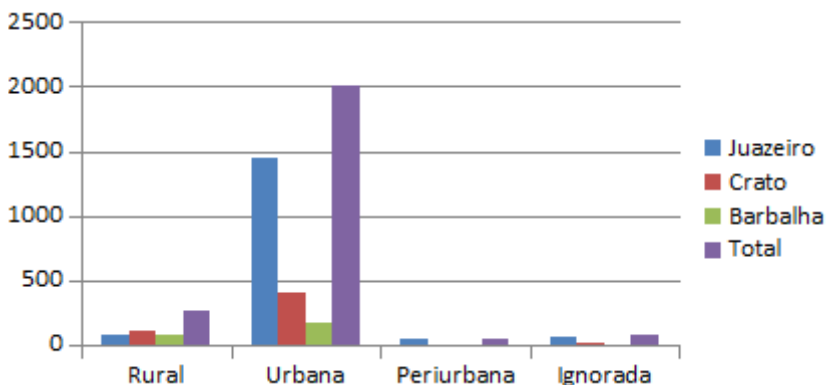
A publicação do SOS Corpo também traz referências da teórica feminista francesa Guillaumi, enfatizando que a coação sexual é uma prática utilizada para oprimir as mulheres, ameaçá-las, demonstrar sua subjugação nas relações privadas e também públicas.

No espaço privado, nos referimos à norma própria da cultura patriarcal, ainda muito sedimentada na sociedade brasileira, de obrigação do sexo no casamento, o que leva a que muitos casos de estupro ocorram no casamento (GUILLAUMI apud SUIANNE; CASTRO, 2017).

ZONA DE OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Observa-se que a maior parte das agressões contra as mulheres ocorreram na zona urbana, com 90% dos casos em Juazeiro do Norte, 75% dos casos no Crato e 69% dos casos em Barbalha. Em relação aos casos ocorridos na zona rural, estes representaram 4% do total em Juazeiro do Norte, 21% em Crato e 31% em Barbalha.

Gráfico 09. Zona de ocorrência da violência contra a mulher. Crajubar, 2018.

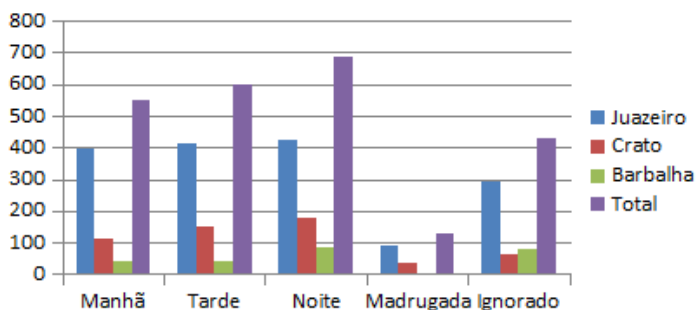


FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

HORÁRIO DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

Quanto ao horário da ocorrência, verifica-se que a noite apresenta o maior risco para a vitimização de mulheres, apresentando um percentual de 26% para Juazeiro do Norte, 33% para Crato e 33% para Barbalha. No entanto, observa-se que em Juazeiro do Norte o risco é quase igual para os períodos da manhã, tarde e noite.

Gráfico 10. Horário da ocorrência da violência contra a mulher. Crajubar, 2018.



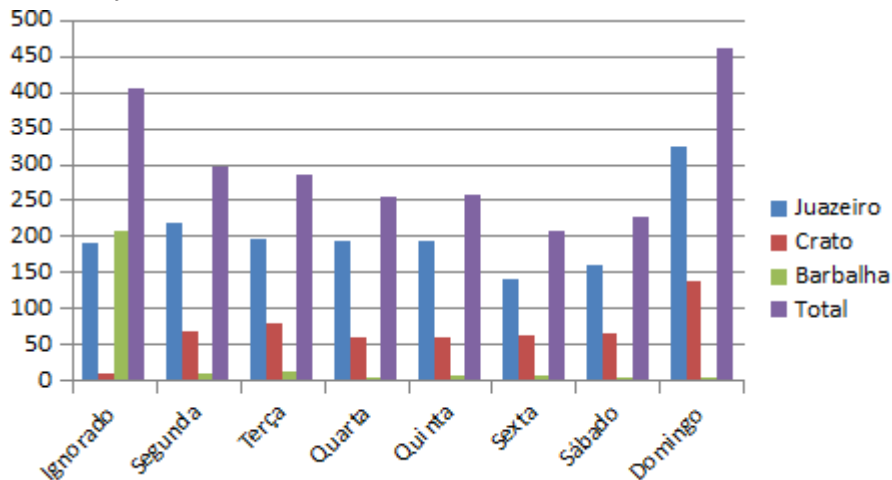
FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Esses achados são particularmente relevantes para subsidiar políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. A ocorrência durante os finais de semana, bem como nos períodos da noite e madrugada estão atreladas à presença do agressor em casa neste período, em sua maioria, parceiros das mulheres.

DISTRIBUIÇÃO DAS VIOLÊNCIAS CONTRA A MULHER SEGUNDO DIAS DA SEMANA

Quanto à distribuição das ocorrências segundo os dias da semana, observa-se que existe uma disparidade de Barbalha no que se refere ao item ignorado, apresentando o percentual de 85%, enquanto que Juazeiro do Norte apresentou 12% e Crato, 2%. Os dias de final de semana (sábado e domingo) despontam como os mais prevalentes nos três municípios. Mais uma vez, o homem, após expediente de semanal de trabalho, encontra-se nos lares nesses dias.

Gráfico 11. Distribuição das violências contra a mulher segundo dias da semana de ocorrência da violência. Crajubar, 2018.



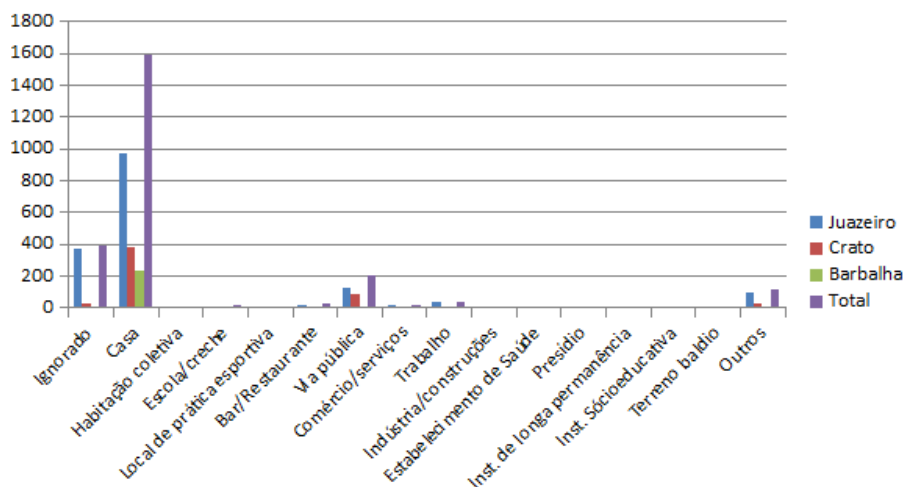
FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

LOCAL DE OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Quando analisados os dados referentes ao local da ocorrência da violência, observa-se que a grande maioria das ocorrências se deu no ambiente da casa, apresentando 61% para Juazeiro do Norte, 72% para Crato e 94% para Barbalha. Em seguida, apareceu a via pública para Juazeiro do Norte e Crato. Barbalha pontuou apenas 1% em via pública. As demais ocorrências foram

diluídas entre os diversos locais, aparecendo mesmo sem percentual expressivo ocorrências em vários espaços. Ressalta-se que ocorreram, para uma mesma vítima, mais de um tipo de violência em vários locais.

Gráfico 12. Local de ocorrência da violência contra a mulher. Crajubar, 2018.

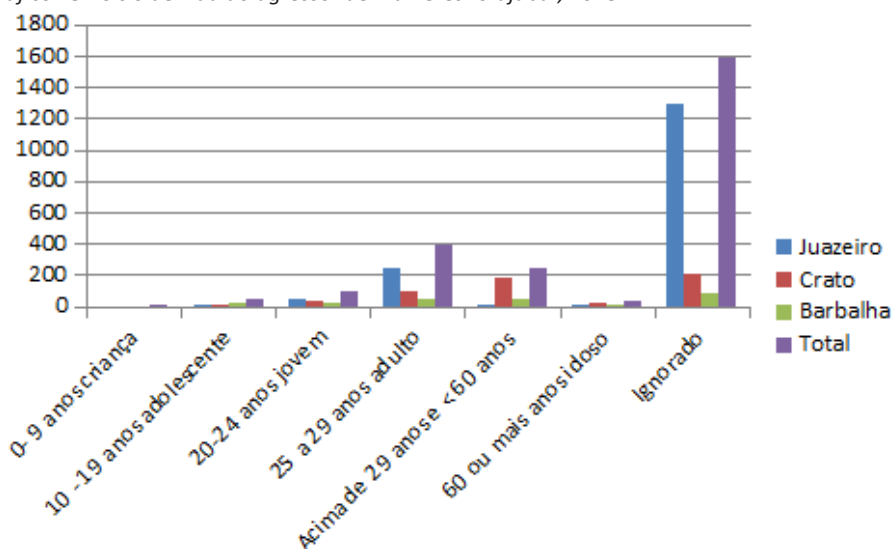


FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

INFORMAÇÕES REFERENTES AO AGRESSOR - CICLO DE VIDA DO AGRESSOR DE MULHERES ATINGIDAS PELA VIOLÊNCIA

Com relação ao ciclo de vida do agressor, assim como em outros itens, apareceu uma maioria de informação ignorada, com 80% em Juazeiro do Norte, 39% no Crato e 36% em Barbalha. Das informações colhidas nos registros, em Juazeiro do Norte e Barbalha, apareceu em primeiro lugar a faixa etária de 25 a 29 anos. Já no Crato, o primeiro lugar foi da faixa etária acima de 29 anos e < 60 anos. Isso revela que tanto as vítimas mulheres como seus agressores são jovens.

Gráfico 13. Ciclo de vida do agressor de mulheres. Crajubar, 2018.

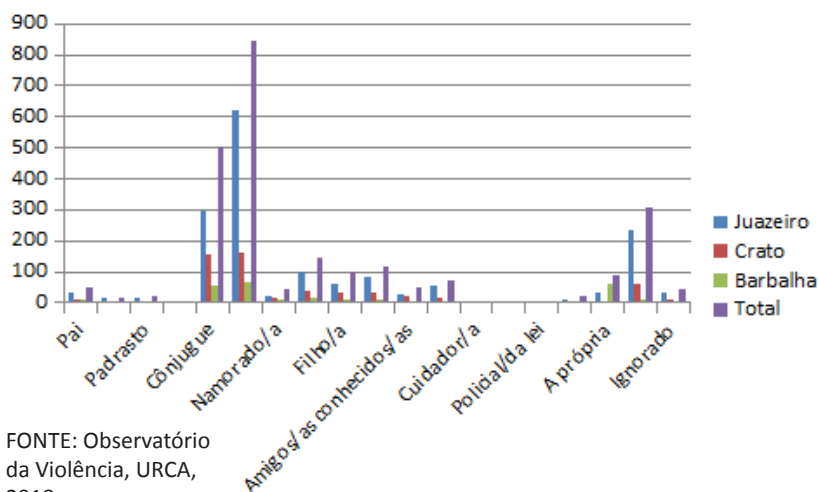


FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

VÍNCULO DO AGRESSOR COM A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Com relação ao vínculo do agressor com a vítima, foram levantadas 18 categorias, tendo sido identificado inclusive categorias relacionadas ao sexo feminino. A grande maioria foi relativa a cônjuges e ex-cônjuges, tendo se apresentado nos três municípios em primeiro lugar os ex-cônjuges e em segundo lugar os cônjuges.

Gráfico 14. Vínculo do agressor com a mulher vítima de violência. Crajubar, 2018.



FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Essa tendência também é observada em nível nacional, conforme verifica-se no Mapa da Violência contra a mulher 2018. No período entre os meses de janeiro a novembro de 2018, a imprensa brasileira noticiou 14.796 casos de violência doméstica em todas as unidades federativas, sendo os maiores agressores das mulheres os companheiros (namorados, ex, esposos, dentre outros) correspondendo a 58% dos casos de agressão. Os outros 42% ficam na conta dos pais, avôs, tios e padrastos (COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018).

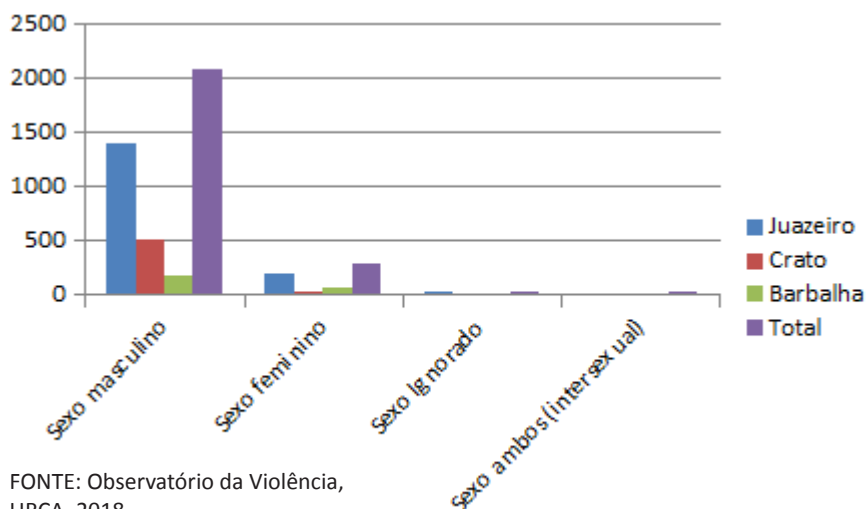
Os dados ainda apontam que a maior parte dos agressores compartilha ou já compartilhou laços de intimidade com a vítima, quer seja como companheiro, ex-companheiro, ou ainda como parente, principalmente quando falamos em crimes contra a honra, relacionados à intimidade sexual. Em contrapartida, os desconhecidos despontam com 31,2% dos registros de agressão, mas seus crimes contra a honra estão mais relacionados a xingamentos em redes sociais.

SEXO DA PESSOA AGRESSORA DE MULHERES

Verifica-se que maioria das pessoas que agrediu as mulheres é do sexo masculino. Tal realidade vem expressar as relações sociais entre os sexos - relações de gênero, que são construídas com base na opressão e discriminação das mulheres, advindas de um sistema patriarcal, onde a figura masculina é detentora de um poder maior do que a figura feminina. Assim a subjugação, ancorado em um sistema sócio cultural de organização dos relacionamentos de gênero, nos espaços privados e públicos.

A figura masculina, desfrutando de um modelo de virilidade incorporado na construção de sua identidade e sob a égide de modelos de relacionamentos ancorados em perfis controladores, passa a oprimir mulheres e, em consequência, a exercer um poder sobre o corpo das mulheres, dispondo deles para satisfação própria inclusive para a prática de violência.

Gráfico 15. Sexo da pessoa agressora de mulheres. Crajubar, 2018.



FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

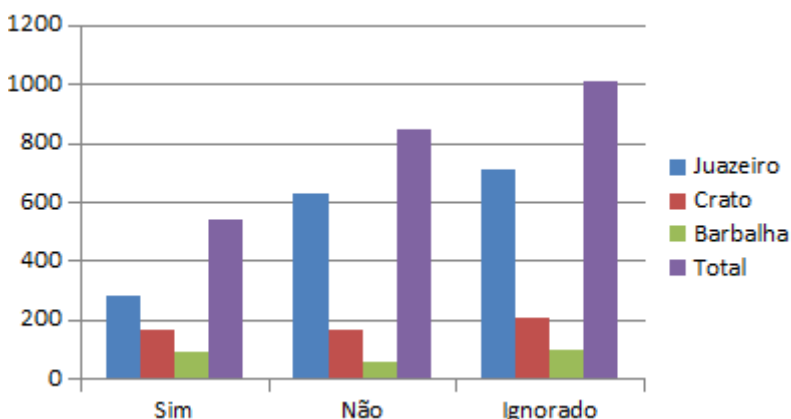
A violência, nas suas diversas modalidades (familiar e doméstica), não ocorre aleatoriamente. Ela deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino, influenciando na nova maneira de conceber: espaço-tempo em doméstico, da produção e da cidadania. Considera-se que as violências cometidas pelos homens contra as mulheres são legitimadas por um sistema que incorpora, ao universo masculino, a virilidade como requisito da identidade masculina. Essa incorporação constitui uma das formas extremas de relações entre os sexos, entendida como violência de gênero, que, embora possa ser perpetrada entre pessoas do mesmo sexo (por um homem contra outro, por uma mulher contra outra), termina sendo mais predominante entre homens contra mulheres. Essa forma de violência fere diretamente muitas mulheres, privando-as da sua liberdade de ir e vir, do seu sentimento de segurança, da sua autoconfiança, de sua capacidade de construir relacionamentos, de seu gosto pela vida, essas violências se referem e afetam todas as mulheres que são vítimas potenciais (HIRATA et al., 2009).

Assim, observa-se a existência de pessoas do sexo feminino e ambos os sexos que violentam as mulheres. Tem sido foco dos estudos feministas procurar uma explicação para as práticas violentas entre mulheres, desmitificando as ideias de que somente os homens são violentos.

CONSUMO DE ÁLCOOL PELO AGRESSOR DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Em relação ao consumo de álcool pelo agressor durante episódios de violência cometida, tem-se que a maioria dos registros foram ignorados nos três municípios. Observa-se que o consumo de álcool ora esteve presente, ora não, nos registros quando questionados. Isso revela que a associação com o álcool não deve ser utilizado para justificar as violências cometidas.

Gráfico 16. Distribuição da pessoa agressora segundo consumo de álcool. Crajubar, 2018.



FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

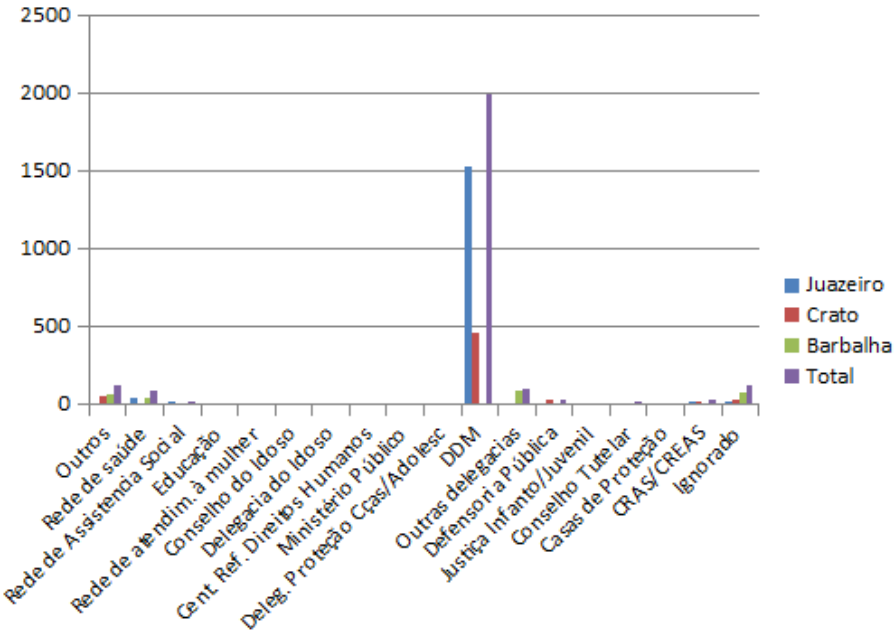
No entanto, sabe-se que o álcool tem efeito no psicológico e no racional de uma pessoa. À medida que uma pessoa se torna mais intoxicada pelo consumo desta droga, os efeitos fisiológicos do álcool causam queda na capacidade de processamento das informações e de fazer julgamentos, além de levar à perda do controle motor, discurso confuso, deterioração do tempo de reação e, por último, perda da consciência (PAIVA et al., 2016). Assim, os indivíduos intoxicados se tornam mais focados em sinais proeminentes do ambiente, que, geralmente, são situações sociais nas quais se destaca a diversão e ou a exacerbação de comportamentos violentos.

INFORMAÇÕES REFERENTES AO SETORES DE ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA - DISTRIBUIÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS/ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NAS INSTITUIÇÕES DA REDE DE ATENDIMENTO

Nas informações colhidas sobre a distribuição dos encaminhamentos após as ocorrências de violência contra a mulher nas instituições da rede

de atendimento, observa-se que a grande maioria dos atendimentos e sua continuidade (acompanhamento) ocorreram nas DDM, nos municípios de Juazeiro do Norte e Crato, e na delegacia do município de Barbalha. Outras instituições foram contactadas para continuidade do atendimento às mulheres vitimizadas, como instituições de saúde, defensoria pública, rede de assistência social, conselho tutelar, dentre outros.

Gráfico 17. Distribuição dos encaminhamentos/acompanhamentos dos casos de violência contra a mulher nas instituições da rede de atendimento. Crajubar, 2018.



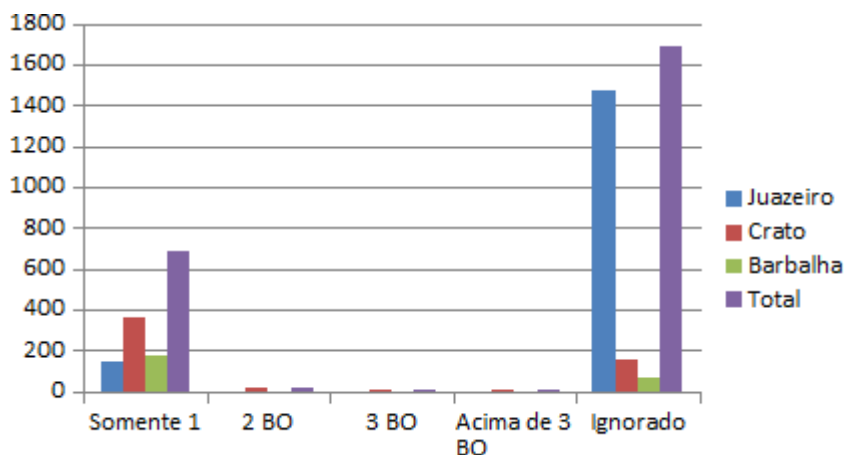
FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

Os dados referidos acima chamam atenção sobre o nível de organização das redes de atendimento as mulheres na região, transparecendo a necessidade de um maior investimento dos municípios na reorganização dessas redes. Vale destacar a incipiente atuação do setor saúde enquanto instituição pós encaminhamento da violência, haja vista que é do conhecimento de todos que os serviços de saúde representam uma das principais portas de entrada das mulheres acometidas pela violência, o que nos leva a refletir sobre a ainda incipiente notificação nos serviços de saúde da região em estudo, notificação esta ameaçada diante da não obrigatoriedade dos profissionais de saúde de registrar no prontuário médico da paciente o agravo e comunicar à polícia indícios de violência contra a mulher, conforme veto presidencial em 2019.

NÚMERO DE BOLETINS DE OCORRÊNCIA REGISTRADOS ANTERIORMENTE

Em relação ao número de BO registrado anteriormente, verifica-se que essa informação, em sua maioria, foi ignorada. Em segundo lugar, nos três municípios, a informação colhida aponta que somente foi registrado 1 BO (o atual). Essa informação é muito importante, pois revela a resolutividade do sistema de segurança pública no cumprimento da Lei Maria da Penha, garantindo a proteção da mulher e devida punição do agressor.

Gráfico 18. Classificação das mulheres vítimas da violência segundo número de boletins de ocorrências nas delegacias da região. Crajubar, 2018.



FONTE: Observatório da Violência, URCA, 2018.

É importante destacar que a obtenção de informações acuradas sobre dados de violência contra a mulher é primordial para subsidiar e avaliar políticas públicas, e não há dúvidas de que informações mais detalhadas são necessárias.

Desta forma, a realização de análises exploratórias, com a finalidade de se obter estimativas mais acuradas sobre esses eventos e sobre o perfil destas mulheres, faz-se imprescindível, visto que proporcionará o levantamento de informações que apontem para o perfil de mulheres mais suscetíveis a esse fenômeno, quais suas relações com os agressores, papel da rede atual de enfrentamento, dentre outras informações necessárias. A obtenção de dados referentes ao agravo proporciona a identificação de prováveis dificuldades para resolução da problemática e propõe estratégias de intervenção. Ainda, ao intervir sob o grupo diretamente envolvido com a problemática, poderá contribuir para redução dos índices de violência.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.C. et al. **Violência**: questões ligadas a gênero e raça. EFDeportes. com. Ano 18, nº 183. 2013. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd183/violencia-questoes-ligadas-a-genero-e-raca.htm>>

ALMEIDA, T.M.C.; BANDEIRA, L. **A violência contra as mulheres: um problema coletivo e persistente**. In: E. LEOCÁDIO., M. LIBARDONI (Orgs.). O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência. Brasília: Agende, 2006. p. 19-43

BESERRA, M.A. et al. Prevalência de violência no namoro entre adolescentes de escolas públicas de Recife/Pe - Brasil. **Revista de Enfermagem**. v. 7, p. 91-99. 2015. Disponível em: < <https://dx.doi.org/10.12707/RIV15006>>

BRESSER, D. **Alto nível educacional e econômico não impede mulheres de apanhar caladas**. Cidades. R7. 2014. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/cidades/alto-nivel-educacional-e-economico-nao-impede-mulheres-de-apanhar-caladas-04032014>>

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2018**. São Paulo: Ipea, FBSP, 2018.

CERQUEIRA, D. et al. **Texto para discussão e participação no mercado de trabalho e violência doméstica contra as mulheres no brasil**. IPEA, 2019.

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. CÂMARA DOS DEPUTADOS. 55ª Legislatura – 4ª Sessão Legislativa. **Mapa da violência contra a mulher 2018. Brasília/DF, 2018**.

CPMI. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. **Relatório final**. Brasília, Junho 2013.

FONSECA, D.H., RIBEIRO, C.G., LEAL, N.S.B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade** [Internet]. v.24, n.2, p. 307-14. 2012.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário brasileiro de segurança pública 2018**. São Paulo: FBSP, 2018. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2018/>>

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública/Instituto Datafolha. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 2ª edição. Infográfico de divulgação, Pesquisa de opinião. 2019.

HIRATA, H. et al. (Orgs.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP. França/ Brasil. 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características Gerais da População. 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23>>

IBGE. Cidades 2019. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>

Instituto Patrícia Galvão. **Dossiê Violência contra as mulheres**. Violência e racismo. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/violencia-e-racismo>>.

PAIVA, S.P.C., et al. Álcool e violência contra a mulher: retrato da vulnerabilidade da mulher brasileira. **Rev Med Minas Gerais**. v.26: e-1812, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160112>

SANT'ANNA, T.C., PENSO, M.A. A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal. **Psic.: Teor. e Pesq.** Vol. 33 pp. 1-11, Brasília, 2016.

SUIANNE, B.; CASTRO, C. **A cultura do estupro em questão**. SOS Corpo. 2017. Disponível em: <<http://soscorpo.org/a-cultura-do-estupro-em-questao>>

CAPÍTULO 3

REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira
Maria Janaína Alves de Azevedo
Marley Carvalho Feitosa Martins
Luciene Alice da Silva
Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno multidimensional que afeta pessoas de todas as idades, classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais. Constitui-se como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo mulheres, crianças e adolescentes no seu direito à vida e à saúde em sua integridade. Um dos grandes desafios para enfrentar a violência é a articulação e a integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização e, acima de tudo, oferecer atendimento humanizado e integral.

A violência, entendida como uma questão de saúde pública que pode causar traumas, ferimentos visíveis e invisíveis e, em algumas situações, levar à morte, exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esta demanda. Por outro lado, a atenção às pessoas em situação de violência não é uma ação isolada, tendo em vista que seu enfrentamento depende de iniciativas que possibilitem ações de atendimento, proteção, prevenção a novas situações e medidas para possibilitar a responsabilização dos autores de agressão.

A estruturação da atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência em rede é um passo importante para assegurar o cuidado, a promoção e a prevenção a esse público. Não se trata de um novo serviço, mas de uma concepção de trabalho que requer a articulação intra e intersetorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (BRASIL, 2010a).

Essa rede pode apresentar-se de formas diferentes nos territórios, com conhecimento e reconhecimento dos serviços, entre si e na comunidade, para a garantia do acolhimento, da assistência e dos encaminhamentos necessários, visando a qualidade do atendimento e o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção de violência. Uma política eficiente de combate e prevenção à violência deve buscar a ampliação das portas de entrada e a articulação destas, em rede, de forma a garantir a atenção integral e evitar a revitimização das pessoas em situação de violência (OLIVEIRA et al., 2014).

O setor saúde, um dos espaços privilegiados para identificação das pessoas em

situação de violência, tem papel fundamental na definição e articulação dos serviços e instituições que, direta ou indiretamente, atendem essas pessoas. Essa abordagem envolve dois campos de atuação: um próprio da saúde, chamado Intrassetorial, e outro fora do setor saúde, denominado Intersetorial. A Rede Intrassetorial é constituída pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A efetivação deste cuidado implica ações intersetoriais, gestão compartilhada e pactuada, que seja capaz de articular um conjunto de ações, tanto individuais como coletivas, nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. A Rede Intersetorial engloba todos os demais órgãos e instituições envolvidos com a temática: Assistência Social, Sistemas de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos e entidades da sociedade civil existentes no território (BRASIL, 2010a).

VIOLÊNCIA COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: MARCO LÓGICO

A Convenção de Belém do Pará (1994) apresenta o conceito de violência contra a mulher como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

O atendimento às pessoas em situação de violência sexual foi normatizado pelo Ministério da Saúde desde os anos de 1980 e, através de um esforço coletivo, vem atualizando suas diretrizes ao longo das últimas décadas, desenvolvendo normas técnicas e protocolos clínicos sobre acolhimento, atendimento e notificação de violências.

Nas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), as pessoas em situação de violência têm o direito de serem acolhidas, orientadas, atendidas e encaminhadas, quando necessário, para serviços especializados da rede de saúde, de outras áreas de políticas públicas e do sistema de justiça.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) estabelece, em suas prioridades, a atenção para mulheres em situação de violência sexual e doméstica como uma das ações intersetoriais representativas dos direitos humanos. Os desdobramentos dessa política estão dispostos nas normas técnicas afetas ao tema da violência sexual e na legislação em vigor que potencializa as especificidades da atenção à saúde.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres

foi lançado em 2007 e o planejamento de ações que consolidam a Política está estruturado em cinco eixos: I. Garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; II. Ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; III. Garantia da segurança cidadã e acesso à Justiça; IV. Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; V. Garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos.

É Importante destacar a Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, a partir da qual a violência doméstica contra as mulheres é tipificada e passa a ser tratada como crime.

O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, orienta uma ação que promove a atenção integral para pessoas em situação de violência sexual, com a implementação do registro de informações e coleta de vestígios no SUS.

A Lei nº 12.845/2013 é resultado da atuação conjunta da sociedade civil, poder executivo e o legislativo para uniformizar o trabalho desenvolvido na área de saúde pública. A Lei dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência em todos os hospitais integrantes da rede SUS nos seguintes termos:

Art. 1º 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, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Essa Lei prevê também que o atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO). Entretanto, cabe às instituições de saúde, conforme Art. 3º, III, estimular o registro da ocorrência e os demais trâmites legais para encaminhamento aos órgãos de medicina legal, no sentido de diminuir a impunidade dos autores de agressão.

Importante destacar que a responsabilidade para a implementação deste arcabouço legal está a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas para sua construção e operacionalização,

exige-se o compromisso dos gestores e profissionais dos serviços como quesito fundamental para a realização dos acordos e pactuações necessárias para alcance dos objetivos propostos para o fortalecimento da Rede.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

As RAS são arranjos organizativos de um conjunto de pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, permitem ofertar atenção contínua e integral, de forma humanizada. Devem ter base territorial definida, devendo estar disponíveis o mais próximo possível da comunidade que dela necessita (MENDES, 2011).

REDE DE RELAÇÕES

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos e se fazem numa Rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é um imperativo fundamental no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e por intermédio delas que construímos práticas de corresponsabilidade e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de sujeitos (BRASIL, 2009).

A comunicação entre os Pontos de Atenção torna-se um fator fundamental para articulação do cuidado, na medida em que todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, assim como os sistemas de apoio e sistemas logísticos, devem comunicar-se entre si, de modo que as distintas densidades tecnológicas possuam o mesmo grau de importância entre eles (MENDES, 2012).

ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Uma postura capaz de acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde implica em escutar a queixa, identificar risco e vulnerabilidade e dar respostas adequadas aos usuários, ou seja, requer colocar em ação uma rede multidisciplinar para prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade. Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares,

comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos.

A violência, em razão da própria situação e das chantagens e ameaças, que humilham e intimidam quem a sofreu, pode comumente vir acompanhada de sentimento de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito no atendimento e na escuta ofertada nos serviços de saúde e em toda a rede. Isso significa garantir atendimento e atenção humanizada e uma escuta qualificada a todos aqueles que acessarem esses serviços.

Os profissionais envolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) são importantes atores para o processo de identificação, prevenção e intervenção dos casos de violência na atenção primária de assistência à saúde. Pois, além de serem responsáveis pelo cuidado, possuem vínculo com a população das áreas de abrangência, de suma importância na resolutividade dos casos de violência (FONSECA et al., 2009).

Por outro lado, independente da porta de entrada, é importante que algumas ações sejam realizadas para integrar o cuidado e apoio às pessoas em situação de violência. São elas:

- Devido acolhimento em serviços de referência com disponibilização de espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito;
- Informação prévia sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e sobre a importância das condutas profissionais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- Avaliação do histórico de violência, riscos, motivação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, bem como recursos sociais e familiares;
- Encaminhamento ao atendimento clínico na própria unidade ou para serviço de referência, conforme a gravidade e especificidade de danos e lesões;
- Sugestão de encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia Policial e Instituto ou Departamento Médico-Legal;
- Apoio à mulher que deseja fazer o registro policial do fato e informá-la sobre o significado do exame de corpo de delito, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência;
- Realização de visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso;
- Divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento à violência de acordo com o tipo e suas especificidades (BRASIL, 2002).

Um ponto importante na rede de atenção é o processo de informação e

de comunicação que precisa ser estabelecido e facilitado, tanto entre os pontos de atenção quanto com a comunidade. Para tal, o conhecimento dos pontos de atenção e o contato rápido e oportuno, quando necessário, facilita e qualifica a atuação em rede.

A produção de cuidado baseado na humanização da assistência, centrado nas relações de interação e intersubjetividade, possibilita produzir acolhimento, vínculo e responsabilização. Estas ferramentas têm sido identificadas por influenciar na materialização dos princípios do SUS, em particular da universalização, da equidade e da integralidade, contribuindo, assim, para uma atenção mais efetiva e humanizada (MERHY, 2002).

IMPLANTAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA/ CEARÁ

No Ceará, para dar o devido suporte e atendimento às mulheres, o Estado vem fortalecendo sua rede de enfrentamento a esse tipo de violência. Uma das iniciativas foi a implantação da Casa da Mulher Brasileira, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, a qual visa reunir especialmente serviços especializados e garante uma metodologia unificada nas políticas de enfrentamento à violência de gênero de forma a garantir condições de enfrentamento à violência e autonomia da mulher. Seu funcionamento iniciou em Junho de 2018, tendo realizado 8.021 atendimentos de mulheres em situação de violência no período de junho a dezembro de 2018 (CASA DA MULHER BRASILEIRA, 2018).

Neste sentido, o Secretário de Saúde do Estado do Ceará, por meio da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde/Núcleo de Atenção Especializada, com o propósito de contribuir com políticas de saúde para o enfrentamento à violência contra mulheres, crianças e adolescentes e em parceria com todos os atores sociais envolvidos com o tema em questão, visa estabelecer um conjunto de iniciativas articuladas e integradas para atender essa demanda e criar uma Rede Sustentável de assistência para o fortalecimento do atendimento integral ao público alvo de acordo com os dados epidemiológicos.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

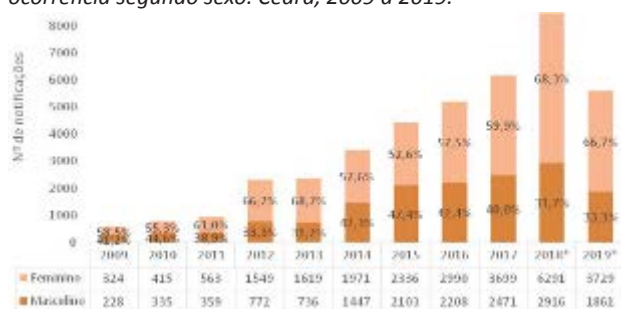
O Ministério da Saúde aborda em sua Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que a violência interpessoal e autoprovocada são um agravo de notificação compulsória, ou seja, todos os profissionais da Rede de Atenção em Saúde que se depararem com um caso suspeito ou confirmado de violência

devem notificar.

De acordo com a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, os casos a serem notificados são de “violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades”. A violência extrafamiliar ou comunitária que deve ser notificada é aquela perpetrada contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

O Gráfico 1 abaixo se refere a uma progressão ao longo de série histórica de 2009 a 2019 do número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada segundo sexo. Foi identificado que as mulheres são as maiores vítimas em toda a série histórica descrita.

Gráfico 1. Número de notificações de violência interpessoal e auto-provocada por ano de ocorrência segundo sexo. Ceará, 2009 a 2019.



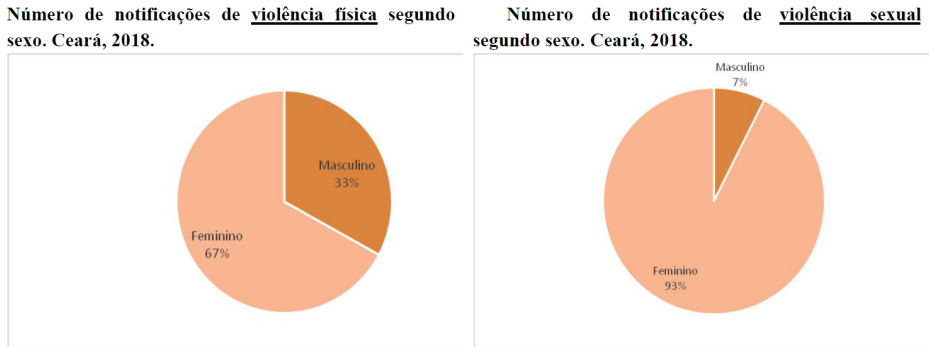
FONTE: SESA/COVIG/NUIAS/SINAN. Nota: *Dados de 2018 e 2019 são parciais e estão sujeitos a revisão. Data da base de dados utilizada: 23/09/2019.

Como se pode observar no Gráfico 1, o ano com maior número até o momento é 2018, com 9.209 casos, apresentando um incremento de 33,0% em relação ao ano anterior (6.173 casos em 2017) e de 91,8% em relação ao início do período avaliado (751 casos em 2010). Esse incremento pode representar tanto o aumento do agravo em si no Estado quanto o resultado dos esforços dos governos estadual e municipais em sensibilizar os profissionais e unidades notificadoras para a redução da subnotificação.

Ainda observando o ano de 2018, tem-se que nesse ano houve 6.291 (68,3%) casos perpetrados contra o sexo feminino, aproximadamente 2,2 vezes mais que os casos no sexo masculino para o mesmo ano (2.916 pessoas, o equivalente a 31,7%). Essa diferença entre os sexos se dá ao longo de toda a série histórica avaliada.

Com relação às tipologias da violência mais recorrentes no ano de 2018, tem-se o destaque para violência física com 4.680 casos notificados (67,1% no sexo feminino); violência psicológica/moral com 2.998 casos (89,1% no sexo feminino) e violência sexual com 934 casos (92,5% no sexo feminino). Vale ressaltar que cada notificação pode apresentar mais de um tipo de violência assinalado (Gráfico 2).

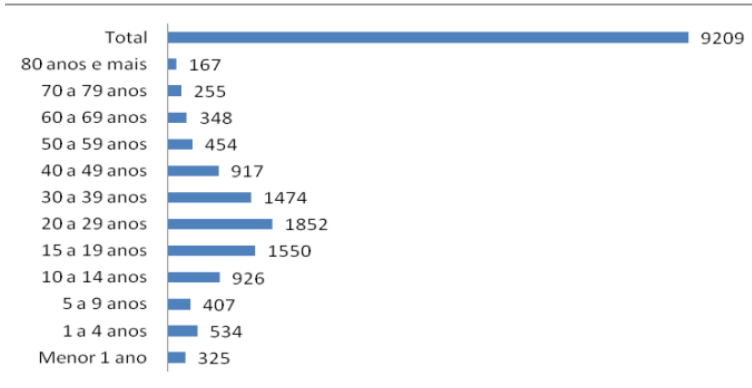
Gráfico 2. Número de notificações de violência física e sexual segundo sexo. Ceará, 2018.



FONTE: SESA/COVIG/NUIAS/SINAN. Nota: *Dados de 2018 parciais, sujeitos a revisão. Data da base de dados utilizada: 23/09/2019.

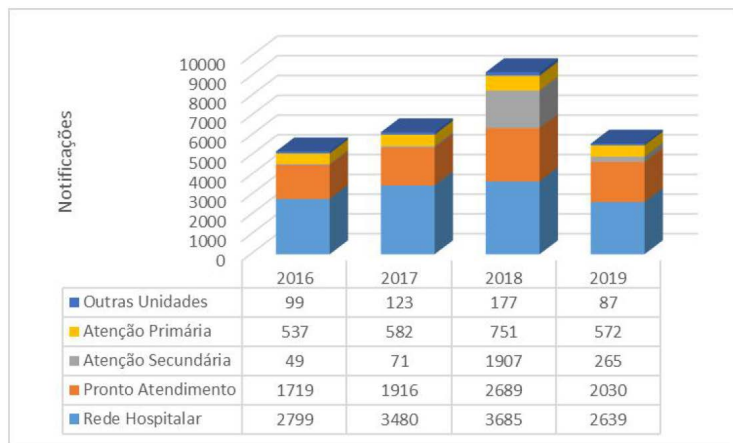
O Gráfico 3 abaixo, referente às faixas etárias, tem-se que o principal público em situação de violência no ano de 2018 está compreendido entre adolescentes de 15 a 19 anos (16,8%) e adultos jovens de 20 a 29 anos (20,1%) dentre o total de casos notificados no período. Outras faixas que merecem destaque são a de 10 a 14 anos, representando 10,1% dos casos, e de 30 a 39 anos com 16,0% no mesmo ano.

Gráfico 3. Número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada segundo faixa etária. Ceará, 2018*.



FONTE: DATASUS/SESA/COVIG/NUVEP/SINAN. Nota: *Dados de 2018 parciais e sujeitos a revisão. Data da base de dados utilizada: 23/09/2019.

*Gráfico 4. Número e percentual de notificações de violência interpessoal e autoprovocada contra a mulher, segundo tipo de unidade notificadora. Ceará, 2016 a 2019**



FONTE: Datasus/SESA/COVIG/NUVEP/SINAN. Nota: *Dados de 2018 e 2019 são parciais e estão sujeitos a revisão. Data da base de dados utilizada: 23/09/2019.

De acordo com o Gráfico 4, verifica-se maior frequência de registros de ocorrências no SINAN na Rede Hospitalar, ocorrendo poucos casos notificados nas Unidades de Atenção Primária e Secundária, próximas à população. Justifica-se esta realidade devido ao Estado dispor, atualmente, de apenas dois (02) serviços em pleno funcionamento credenciados como Serviços de Atenção às pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS: o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM) e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Este cenário reflete a necessidade de ampliar e fortalecer o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS, qualificando a assistência na linha de cuidado. De forma a garantir atendimento integral, propõe-se definição de fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais, os quais devem contemplar as demandas em suas diversidades, baseados em procedimentos técnicos, na humanização e no acolhimento.

ORGANIZAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA/ CEARÁ: PASSO A PASSO

Com a finalidade de organizar e qualificar a Rede de serviços de saúde para realizar atendimento e encaminhamentos necessários de acordo com

a perspectiva da integralidade e humanização da assistência, reduzindo os agravos à saúde de mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência no Estado do Ceará, será necessário operacionalizar as seguintes etapas:

- I. Instituição da Política Estadual da Rede de Atenção Integral às Mulheres, crianças e adolescentes em Situação de Violência;
- II. Estruturação da Rede de atenção às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência nos diferentes serviços intra e intersetorial;
- III. Elaboração de instrumentos para dar suporte à Rede de Serviços;
- IV. Qualificação dos serviços de referência e fortalecimento da vigilância em saúde dos casos de violência por Macrorregião de saúde do Estado do Ceará,
- V. Monitoramento e Avaliação.

ETAPA 1: INSTITUIÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Inicialmente é fundamental destacar que, para uma rede ser instrumento de intervenção, construída e dimensionada a partir da realidade local, é essencial que o atendimento seja realizado de forma articulada. Reconhecer seu território, realizar o diagnóstico de serviços e conhecer como funcionam seus fluxos são passos importantes na definição e construção do que irá constituir a rede.

Nesse sentido, a primeira Etapa da Organização da Rede abrangeu as seguintes ações:

- Diagnóstico situacional – Verificação da situação atual dos serviços de atendimento nos municípios do Estado;
- Formação do Grupo Gestor Estadual – Integração dos diversos atores responsáveis por esta temática na Rede Estadual;
- Pactuação com os entes Federados – Apresentação da proposta na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A construção de redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade. Desta forma, uma rede deve envolver propósitos comuns de equipes com discussões e implementações de processos para o alcance dos resultados. Um grupo de gestão colegiada deve ser instituído com representação dos serviços envolvidos, necessitando de um cronograma de reuniões periódicas para avaliação e monitoramento da atuação da rede de atenção e do alcance dos objetivos propostos.

Neste intuito, uma das primeiras iniciativas foi a formação do Grupo Gestor Estadual, composto pelas seguintes representações:

Quadro 1. Representações que compõem o Grupo Gestor Estadual da Rede de Atenção Integral às Mulheres, crianças e adolescentes em Situação de Violência. Ceará, 2019.

REDE INTRASETORIAL	
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará:	
Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde	Núcleo de Atenção Especializada
	Núcleo de Atenção Primária
	Núcleo de Urgência e Emergência (SAMU)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde	Núcleo de Informação e Análise em Saúde
	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
Conselho Estadual de Saúde	
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH)	
Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE)	
Rede Hospitalar	
Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)	
Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM)	
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	
Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira	
REDE INTERSETORIAL	
Vice Governadoria do Estado do Ceará	
Casa da Mulher Brasileira	
Secretaria de Proteção Social, Justiça, Mulheres e Direitos Humanos	
Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE)	
Secretaria da Educação (SEDUC)	
Conselho Regional de Medicina	

FONTE: Elaborado pelos autores.

ETAPA 2: ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NOS DIFERENTES SERVIÇOS INTRA E INTERSETORIAL

Para a estruturação da Rede de atenção às pessoas em situação de violência é importante reconhecer as relações já existentes entre os serviços, como também promover o reconhecimento dos diversos atores e serviços existentes no território, suas competências, limites e potencialidades, além do papel que podem desempenhar na Rede de Atenção.

Estruturar a rede de atenção às pessoas em situação de violência é um processo contínuo e permanente de articulação e comprometimento entre os

setores envolvidos, mas principalmente de envolvimento dos profissionais das instituições. O compromisso institucional com a efetivação da Rede de Atenção é fundamental para o trabalho, o que respalda a atuação dos profissionais de saúde (OLIVEIRA et al.,2014).

Portanto, a próxima Etapa da organização da Rede foi a apresentação do Projeto aos gestores e profissionais de saúde dos Municípios e, com o apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), solicitou-se a realização do trabalho de mapeamento e identificação dos possíveis serviços de referência da Região de Saúde:

- Apresentação do Projeto nas Comissões Intergestoras Regionais (CIRs), Seminário Estadual, Câmaras Técnicas e WEB Palestras para sensibilizar e buscar apoio na operacionalização do Projeto.
- Mapeamento dos serviços de Referência com apoio técnico das CRES
- Elaboração de instrumento para identificar serviços de referência

Este trabalho de mapeamento foi acompanhado e orientado pela Equipe de Gerenciamento do projeto por meio de visitas técnicas, participação em reuniões nas instâncias colegiadas e Web Palestra. Foram enviados pelos Municípios documento de formalização da Pactuação (Termo de Adesão) com atribuições e compromissos assumidos pelos serviços os quais aderiram à Rede nos seus diferentes níveis de atenção, além da indicação de Equipes de Referência de cada Município, compostas por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais e Psicólogos.

O compromisso interinstitucional formal é quesito fundamental para a realização dos acordos e pactuações necessários para alcance dos objetivos propostos para a rede. Esse compromisso interinstitucional assegura a permanência da Rede independentemente do tempo e da gestão governamental.

ETAPA 3: ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA DAR SUPORTE A REDE DOS SERVIÇOS

Na sequência, é necessário definir o Fluxo, os mecanismos de acesso e o manejo dos casos em cada ponto da rede. Esses elementos devem ser debatidos e planejados periodicamente de modo a implantar uma cultura de monitoramento e avaliação:

- Elaboração de Protocolos e Diretrizes Clínicas;
- Elaboração da Linha de Cuidado Estadual por Região de Saúde,
- Padronização de medicamentos e outros insumos para garantir a profilaxia nas unidades de referência para prevenção e atenção aos agravos.

Ressalta-se que a Rede de Atenção tem configuração diferente nos territórios, de acordo com a existência dos serviços de referência. E, no centro da rede, está a pessoa em situação de violência para a qual deve ser garantido o acesso e a qualidade da atenção (OLIVEIRA et al., 2014).

Os serviços precisam estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos demais serviços disponíveis no município, como parte da rede de cuidados e de proteção social, fazendo-se necessário estabelecer a interlocução entre os pontos de atenção. Assim, o estabelecimento e formalização de um mecanismo de referência e contra referências é parte essencial para um diálogo contínuo (BRASIL, 2010).

ETAPA 4: QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA E FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DOS CASOS DE VIOLÊNCIA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

A qualificação dos profissionais de saúde e serviços de referência por Região de Saúde deve ser realizada de acordo com o Protocolo de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência e com a Norma Técnica do Ministério da Saúde.

Para atuarem em Rede de Atenção à Saúde, a qualificação dos profissionais independente da ação desenvolvida, deve estar relacionada às seguintes competências fundamentais para o êxito e alcance dos objetivos:

- Habilidades humanas: acolhimento, empatia, escuta qualificada, estabelecimento de vínculo e responsabilização;
- Atuação multiprofissional e interdisciplinar;
- Construção e execução de um plano de atenção a pessoas em situação de violência;
- Competência especializada potencializada na busca do cuidado integral (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003, p.29).

Outro ponto importante a ser lembrado é que, depois de instituída, a Rede precisa ser monitorada e avaliada para o acompanhamento das ações e correção de possíveis problemas que dificultem a atenção das pessoas em situação de violência.

A partir da organização da rede estadual de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência, espera-se os seguintes resultados:

- 05 (cinco) Redes de Atenção com a Linha de cuidado com seus respectivos Pontos de Referência para Atenção às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência credenciados nos diferentes níveis de atenção;
- 05 (cinco) serviços de referência para interrupção da gravidez nos Casos Previstos em Lei (um em cada Região de Saúde);
- Protocolo Estadual elaborado, validado com adesão dos Serviços credenciados;
- Aumento dos registros e qualidade das notificações de violência registradas no SINAN.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Experiências Inovadoras do SUS**: relatos de experiências. Desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** /– Brasília : 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1583-6

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 31 dez. 2010b.

_____. Presidência da República. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 jun. 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7

PAIM J.S.; Silva L.M.V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS** BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso) - versão ISSN 1518-1812 BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 n.2 São Paulo ago. 2010

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 3 ed. 2002.

OLIVEIRA, C.S et al. **Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos** – Modalidade a Distância. Redes de atenção a violência [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. 2014. 40 p. www.unasus.ufsc.br

FONSECA, R. M. G. S. et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 974-980, Dez. 2009.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde as mulheres em situação de violência doméstica.** São Paulo, SP: Faculdade de Medicina USP: Departamento de Medicina Preventiva, 2003.

CAPÍTULO 4

"PROGRAMA SUPERANDO BARREIRAS" - A EXPERIÊNCIA DA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

Débora Fernandes Britto
Tatiana Amâncio Campos Crispim
Ana Kristia da Silva Martins
Eclesia Fragoso Nogueira
Ilana Leila Barbosa de Lima
Lorena Rodrigues Ferreira Guimarães Santos
Raquel do Amaral Meireles Freitas
Verbena Paula Sandy Guedes

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual é prevista pelo Ministério da Saúde, devendo ser de acesso universal e exercida com respeito às singularidades, sem qualquer tipo de discriminação. As ações de atenção à saúde devem incluir as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher (BRASIL, 2012).

Ao analisarmos os dados sobre estupro no Anuário da Violência de 2019 (FBSP, 2019), percebemos que, nos anos de 2017 e 2018, 81,8% das vítimas eram do sexo feminino. Outro dado alarmante é que 63,8% dos casos de violência sexual são cometidos contra crianças e adolescentes com menos de 14 anos. A desigualdade de gênero é uma das raízes da violência sexual. De acordo com o relatório, no Ceará foram registrados 3.545 casos de estupro ou tentativa de estupro nos anos de 2017 e 2018.

Nesse contexto, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), hospital de referência na assistência, ensino e pesquisa em Saúde da Mulher, está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilizando uma ampla infraestrutura ambulatorial, cirúrgica, obstétrica, diagnóstica, de emergência, nas áreas de obstetrícia, ginecologia, mastologia e neonatologia.

A partir da iniciativa do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp) e Ministério da Saúde, foi criado o Projeto Superando Barreiras no ano de 2007, com o objetivo de prover serviços de atendimento integral à mulher que sofre violência sexual, garantindo atendimento médico e psicossocial, profilaxia e acompanhamento posterior, incluindo também, a interrupção legal da gravidez, conforme estabelecido pelo Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, previsto no inciso II do art. 128). Em 2014, cinco hospitais do município de Fortaleza receberam ações do projeto, entre eles a MEAC. Em 2015, a instituição implantou o projeto, credenciando-se junto ao

Ministério da Saúde como um serviço de referência nessa atenção. Tal proposta tornou-se conhecida como: “Programa Superando Barreiras”, em homenagem ao projeto inicial.

Para a estruturação dessa atenção em saúde, construiu-se uma linha de cuidado, de forma cuidadosa desde sua concepção, uma vez que o tema da atenção à violência sexual é permeado por desafios que vão desde o desenvolvimento de uma postura acolhedora e de não julgamento, por parte de todos os profissionais, até a construção de mecanismos que possam assegurar a total privacidade e sigilo das pacientes, desde a admissão. Assim, foram realizadas oficinas, treinamentos, reuniões inter e intrasetoriais, além de diversas capacitações que se estendem de forma continuada. A temática da violência contra a mulher é prevista em sessões clínicas de formação profissional desde a graduação, encontros de educação continuada dos profissionais assistentes e colaboradores da MEAC, eventos científicos e outras atividades relacionadas à formação e à capacitação profissional.

O Programa Superando Barreiras é uma estratégia que envolve o corpo assistencial profissional da instituição como um todo, pois várias equipes profissionais podem, em alguma situação, vir a ter contato com pacientes vítimas de violência sexual, seja na identificação de um caso novo ou no seguimento de um caso antigo. Portanto, há uma equipe multiprofissional com foco nessa atenção, contando com médica sexóloga, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais e o apoio de farmacêuticos, obstetras e ginecologistas, que passa por treinamentos e capacitações, de maneira continuada, para garantir o cuidado integral, adequado e humanizado.

ATENDIMENTO APÓS A IDENTIFICAÇÃO DO CASO

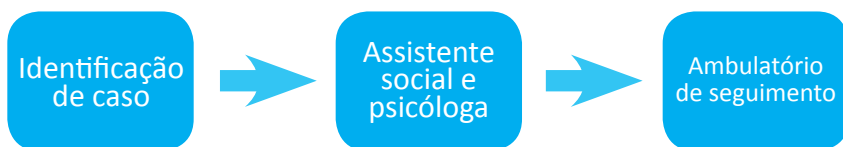
Os casos de violência sexual podem ser identificados na Emergência por busca espontânea da usuária ou durante algum atendimento no serviço, seja ambulatorial ou de paciente em internação.

É importante ressaltar que, quanto mais cedo se procura a ajuda, maiores são as chances de prevenção de danos à saúde, como gravidez indesejada ou infecção por doenças sexualmente transmissíveis. Por isso, são importantes os esforços no sentido de conscientização da população para busca de ajuda, preferencialmente, nas primeiras 72 horas após o evento.

Logo que um caso ou uma suspeita de violência sexual é identificado, são acionadas as equipes de psicologia e serviço social. O acolhimento é

realizado por esses profissionais de acordo com as necessidades da usuária, das características da demanda, da idade, da gravidade, das peculiaridades de cada caso. As pacientes são então agendadas para seguimento pela equipe ambulatorial (Figura 1). Durante o primeiro contato no ambulatório de seguimento, são preenchidos dois instrumentais: a Ficha do Sistema de Informação de Agravos Notificação (SINAN) e a Ficha Hospitalar de Registro de Atendimento das Situações de Violência Sexual, sendo este último um documento institucional desenvolvido por profissionais do serviço, o qual apresenta os registros das principais informações, assim como anotações dos profissionais que prestaram atendimento no primeiro momento.

Figura 1. Processo a Partir da Identificação do Caso.



FONTE: Elaborado pelos autores.

A depender da especificidade do caso, se episódio agudo ou crônico de violência sexual ou gestação decorrente de violência sexual, são previstas em protocolo as ações em saúde do serviço, de maneira a proporcionar o melhor seguimento possível a cada paciente (Quadro 1). Tais fluxos e protocolos padronizados são revistos em reuniões intersetoriais, periodicamente, com o objetivo maior de otimizar essa atenção em saúde.

Quadro 1. Procedimentos realizados pelo Programa Superando Barreiras.

Acolhimento e escuta qualificada por psicóloga e assistente social
Notificação ao SINAN
Profilaxia de ISTs/HIV
Contracepção de emergência
Assistência à interrupção de gestação prevista em lei
Seguimento em equipe transdisciplinar para prevenção de TEPT e demais agravos
Encaminhamentos e orientações para rede de suporte social e jurídico

FONTE: Elaborado pelos autores.

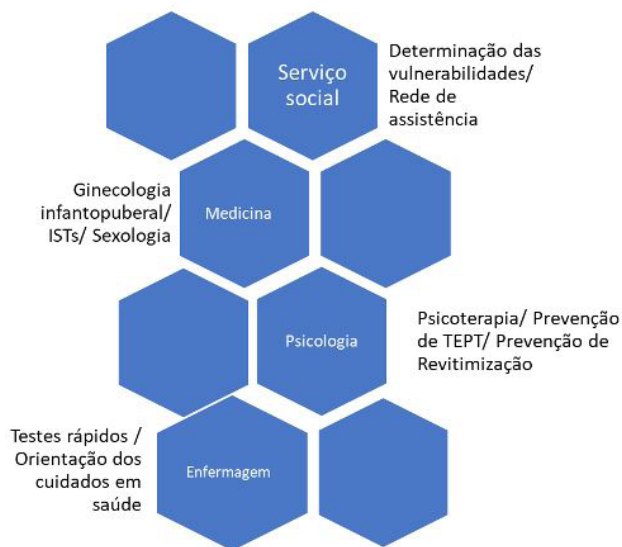
O SEGUIMENTO DOS CASOS

A equipe de seguimento atua de maneira transdisciplinar na continuidade dos atendimentos, sendo composta por médica sexóloga, enfermeiras, psicólogas e assistente social. Quando a paciente chega ao acolhimento pela equipe, seu primeiro atendimento é realizado, preferencialmente, em conjunto. É o momento no qual os profissionais se apresentam, realizam um novo acolhimento e escuta qualificada com foco nas demandas apresentadas ou percebidas pela equipe e explicam um pouco de como se dará o processo de seguimento nos seus diferentes cuidados e enfoques.

Esse segundo momento de acolhida tem o objetivo de favorecer o vínculo de confiança, uma boa aliança terapêutica e a compreensão, por parte das pacientes e familiares e/ou responsáveis, em relação às necessidades de cuidado, às ações em saúde que serão oferecidas, à organização interna do serviço e aos aspectos legais inerentes a cada caso.

A psicoeducação é uma das estratégias de intervenção utilizada no seguimento ambulatorial. Segundo Authier (1977), a psicoeducação é uma intervenção que, envolvendo diferentes teorias psicológicas e educativas, propicia uma maneira de auxiliar o tratamento a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais, cujo trabalho permite a prevenção na saúde. Acreditamos que, ao ensinar os pacientes a se ajudarem, propiciamos a conscientização e a autonomia. Por meio dessa estratégia, ampliamos as informações que a paciente tem sobre violência sexual e ela passa a ter um conhecimento menos fragmentado sobre o tema e seus possíveis desfechos, compreendendo a importância do seu seguimento e de cada braço de atenção oferecido pelo programa, além da multiplicidade de aspectos envolvidos na temática da violência sexual. No seguimento ambulatorial, também são realizadas orientações sobre a importância do cuidado em saúde, prevenindo desfechos negativos decorrentes do evento traumático. A paciente mapeia suas expectativas e percepções, além de compartilhar outros aspectos em relação ao(s) episódio(s) de violência sexual que julgar importante para seu cuidado. É comum a sensação de culpa por parte da vítima ou responsáveis, entretanto, a equipe reforça o trabalho de isenção dessa culpa e a reestruturação cognitiva das crenças de medo e vergonha. Nas situações que envolvam crianças, adolescentes e mulheres com deficiência mental, é importante compartilhar com a família sobre os encaminhamentos previstos no tratamento.

Figura 2. Atuação Transdisciplinar no Programa Superando Barreiras.



FONTE: Elaborado pelos autores.

Espera-se que, a partir do seguimento multiprofissional, torne-se viável a recuperação emocional da mesma, evitando a possível evolução para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a infecção por IST e/ou HIV ou qualquer outro comprometido de saúde de ordem física, mental e/ou social, advindo da situação de violência. Nas visitas e atendimentos subsequentes, realizamos o acompanhamento da adesão da paciente à terapia antirretroviral (quando necessário), avaliamos as estratégias desenvolvidas para lidar com o trauma e para reestruturar a rotina de vida, os vínculos afetivos, a autoestima e autoconfiança e acompanhamos como ela tem experienciado seu acompanhamento multidisciplinar, a partir de suas próprias expectativas. Espera-se que a paciente possa alcançar os objetivos propostos pelo programa, bem como desenvolver estratégias que diminuam o risco de revitimização sexual. Essa evolução é acompanhada por meio das discussões de caso com a equipe multiprofissional e durante os atendimentos, pelos relatos das pacientes e registros dos atendimentos no prontuário.

A ALTA AMBULATORIAL

A alta ambulatorial no Programa Superando Barreiras é decidida em discussão do caso pela equipe, levando-se em consideração a recuperação psicoemocional da paciente com relação ao evento traumático, bem como a

aquisição de estratégias preventivas de revitimização. Além disso, verifica-se o alcance do que inicialmente havia sido proposto como objetivo na atenção ao caso pelos integrantes da equipe transdisciplinar.

REFERÊNCIAS

AUTHIER, J. The Psychoeducation Model: Definition, contemporary roots and content. **Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy**, 1977;12(1):15-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** 3. ed. atual. e ampl. Brasília, DF, 2012. Norma Técnica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública** – Edição 2019. ISSN 1983-7364 ano 13 2019. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>.

CAPÍTULO 5

CASA DA MULHER BRASILEIRA DO CEARÁ: EQUIPAMENTO DE REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Maria Daciane Licaryão Barreto
Regis Lenny Oliveira da Silva
Mayara Pessoa Viana da Silva

Sabemos o quanto é importante o combate sem tréguas à violência que se abate contra as mulheres. O machismo, a misoginia, o racismo e a sociedade patriarcal são ingredientes letais que fulminam qualquer possibilidade de fiar as teias de uma convivência tranquila e respeitosa entre os gêneros.

A violência contra a mulher tornou-se uma expressão de questão social que necessita de visibilidade e políticas públicas efetivas para a construção de estratégias de enfrentamento. Contudo, trata-se de uma questão complexa, que exige um aprofundamento da compreensão das relações sociais e do sistema de crenças social e historicamente construído, que, entre outras coisas, valida a negligência pública estatal e a naturalização dos crimes em diversos espectros da vida social. Exige-se, portanto, uma análise que busque a compreensão da totalidade da vida e que articule as dimensões de Classe, Gênero e Etnia (MADEIRA, 2014).

À luz de Saffioti (2004), a desigualdade é “longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais. Nas relações entre homens e mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída, e o é, com frequência”.

A violência de gênero é estritamente cruel, ocorre de forma multidimensional, ocasionando danos e afetando biopsicossocialmente as vítimas, sendo considerada caso de saúde pública. Conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), a violência caracteriza-se pelo uso da força física, da ameaça contra outra pessoa ou para si, que tenha como resultado lesões ou danos, vinculados ao físico/psicológico, ceifamento da vida, bem como privação de liberdade.

Os números dessas violências colocam o Brasil entre os países com as maiores taxas de homicídios de mulheres do mundo. Segundo o Atlas da Violência 2019 (IPEA; FBSP, 2019), o Ceará é o terceiro estado com maior índice de assassinatos de mulheres entre os anos de 2007-2017, dados que evidenciam a gravidade desse tema. No entanto, percebe-se um movimento de indignação e de reação a esses números na sociedade, que passa por mobilização dos movimentos feministas e de mulheres, articulação dos serviços em rede e

elaboração/execução de políticas públicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres.

Em muitos estados brasileiros, as mulheres que se sentem encorajadas a denunciar seus agressores, conforme a Lei Nº 11.340/2006, a Lei Maria da Penha, enfrentam um desgastante percurso chamado popularmente de via crucis pelos movimentos de mulheres. Na maior parte do território brasileiro, os órgãos especializados no atendimento às mulheres em situação de violência estão distantes fisicamente, o que faz com que essas mulheres tenham que dispor de tempo e dinheiro para o transporte e a alimentação, além de ainda passar várias vezes pelo processo de revitimização em decorrência da narrativa da violência em cada porta a que chegam. O percurso da via crucis tende a ser mais doloroso quando essas mulheres precisam submeter suas crianças a acompanhá-las.

Diante das inúmeras lutas do movimento feminista e de mulheres, do movimento de mulheres feministas e dos movimentos sociais como um todo, nasceu um importante equipamento para o enfrentamento à violência de gênero do Brasil.

A Casa da Mulher Brasileira, uma das principais ações do Programa “Mulher: Viver sem Violência”, lançado pela então Presidenta Dilma Rousseff, via Decreto Nº 8.086, de 30 de agosto de 2013 – Presidência da República, representa um conjunto articulado de intervenções da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, pretendendo a integração de todos os órgãos de enfrentamento à violência contra as mulheres, objetivando prevenir, coibir e eliminar a violência de gênero no país (BRASIL, 2013).

Art. 1º Fica instituído o Programa Mulher: Viver sem Violência, que objetiva integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira.

Além de compreender a violência de gênero como uma violência multidimensional, é preciso compreender que a violência contra a mulher acontece envolta em um ciclo e que esta compreensão teórico-prática vem desmistificar as falas estigmatizantes da sociedade que coloca a mulher como um ser que gosta de apanhar.

Lenore Walker (1979), psicóloga americana, referência nos estudos sobre violência contra a mulher, caracteriza o ciclo da violência em três

fases, sendo elas: Aumento da Tensão, Ato de Violência e Arrependimento e Comportamento Carinhoso. O Aumento da Tensão pode se configurar como porta de entrada no ciclo da violência, por meio da violência psicológica, tida como uma violência invisibilizada, na qual a vítima é humilhada, com os vários ditos “palavrões”. A fase do Ato de Violência se configura com agressões físicas propriamente ditas e, por vezes, as mulheres não o reconhecem como tal, porque acontecem em forma de beliscões, tapas e puxões de cabelo. A terceira e última fase, correspondente ao Arrependimento e Comportamento Carinhoso, é quando o agressor utiliza-se de pedidos de desculpas e instaura-se uma “lua-de-mel”, um período de estabilidade das agressões.

O Programa “Mulher: Viver Sem Violência”, como citado anteriormente, baliza-se, desenvolve-se e edifica-se em alguns eixos centrais (BRASIL, 2013), a saber:

Art. 3º O Programa Mulher: Viver sem Violência será desenvolvido, principalmente, por meio das seguintes ações:

I – implementação das Casas da Mulher Brasileira, que consistem em espaços públicos onde se concentrarão os principais serviços especializados e multidisciplinares de atendimento às mulheres em situação de violência;

II – ampliação da Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180;

III – organização, integração e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual;

IV – ampliação dos Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteiras Secas, que consistem em serviços especializados de atendimento às mulheres nos casos de violência de gênero, incluídos o tráfico de mulheres e as situações de vulnerabilidades provenientes do fenômeno migratório; e

V – promoção de campanhas continuadas de conscientização do enfrentamento à violência contra a mulher.

Diante da edificação desse programa, a Casa da Mulher Brasileira passa a ser um grande complexo que reúne os órgãos de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher, no âmbito da Lei Maria da Penha, podendo contar com os seguintes equipamentos:

I. Serviços de atendimento psicossocial;

II. Alojamento de passagem;

III. Orientação e direcionamento para programas de auxílio e promoção da autonomia econômica, de geração de trabalho, emprego e renda;

IV. Integração com os serviços da rede de saúde e socioassistencial, e;

V. Presença de órgãos públicos voltados para as mulheres, como as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, os Juizados e Varas Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, as Promotorias Públicas Especializadas da Mulher e as Defensorias Públicas Especializadas da Mulher.

A Casa da Mulher Brasileira do Ceará (CMB - CE), implementada em 23 de junho de 2018 e inaugurada em 14 de dezembro do mesmo ano, é a realização de um sonho acalentado e construído pela sociedade civil, movimentos de mulheres rurais, urbanas, feministas e organismos estaduais e municipais de políticas para as mulheres, como também o apoio e atuação efetiva do Governo do Estado do Ceará, representados pelo Governador Camilo Santana e pela Vice-Governadora Izolda Cela.

A CMB - CE é um equipamento de extrema importância, pois, no mesmo espaço, dispõe-se de serviços especializados para os mais diversos tipos de violências contra as mulheres cearenses: recepção, acolhimento e triagem, apoio psicossocial, delegacia especializada, juizado, ministério público, defensoria pública, promoção da autonomia econômica, brinquedoteca, alojamento de passagem e central de transportes.

Reforça-se a necessidade de enfrentar o fenômeno da violência com ações intersetoriais ou transversais, para preveni-la e proporcionar às vítimas o acesso ao conhecimento de seus direitos, bem como o atendimento humanizado e encaminhamentos céleres aos demais parceiros da rede de atendimento à mulher em situação de violência, quando necessário.

Por meio da atuação da CMB - CE, tem-se a certeza de se estar na trilha correta. Efetiva-se concretamente a transversalidade nas políticas de gênero intersecretarias e o trabalho incansável desenvolvido por toda a equipe que compõe a CMB - CE colhe seus frutos, tendo em vista que, em apenas quinze meses de funcionamento deste equipamento, foram atendidas e encaminhadas 29.830 mulheres, sendo 22.000 em primeiro acolhimento e 7.830 retornos, o que significa uma média de 66,28 atendimentos de usuárias por dia (SISTEMA ATHENA, 2019).

Nós, mulheres, de todas as raças, etnias, identidades de gênero e orientações sexuais, credos e não credos. Nós, mulheres, mais de 52% da população brasileira, protagonistas e sujeitos das próprias trajetórias de vida, seguiremos em frente, rompendo as amarras, quebrando as correntes, para juntas, garantirmos que a CMB - CE continue sendo um instrumento valioso na luta pela erradicação de toda e qualquer violência que recaia contra nós, mulheres do Ceará.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Nº 8.086**, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm>. Acesso em: 07 out. 2019.

_____. **Lei Nº 11.340**, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11340.htm>. Acesso em: 07 out. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência 2019**. Retratos dos municípios brasileiros. Brasília: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

MADEIRA, M.Z.A. **Desigualdades raciais como expressão da questão social no Ceará**. In: CUNHA, Aurineida; SILVEIRA, Irma Martins Moroni da. Expressões da questão social no Ceará. Fortaleza: Ed. UECE, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 2002.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SISTEMA ATHENA. **Casa da Mulher Brasileira do Ceará**. Fortaleza, 2019.

WALKER, L. **The battered woman**. New York: Harper and How, 1979.

CAPÍTULO 6

CAMINHOS E DESAFIOS DO MOVIMENTO FEMINISTA NA LUTA CONTRA A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

INTRODUÇÃO

Nalu Faria
Maria de Lourdes Góes Araujo

O feminismo foi o movimento social que denunciou a violência contra as mulheres como consequência da opressão às mesmas, como parte do sistema patriarcal. A violência contra as mulheres, pelo fato de ser perpetrada contra mulheres, era visto como algo naturalizado, parte do destino de ser mulher e do âmbito privado. A expressão “em briga de mulher e homem não se mete a colher” é bastante exemplar dessa questão. As denúncias feministas desnaturalizaram a violência e a colocaram como um tema que deve ser tratado publicamente no âmbito dos direitos das mulheres a uma vida sem violência. Nesse processo, foi construído um amplo e vigoroso movimento de mulheres e o tema da violência, que antes era pouco assumido por elas, foi se tornando um tema público, no qual cada vez mais as mulheres reconhecem suas diversas manifestações. Assim, construiu-se a compreensão de que a violência não é um fenômeno isolado e individual de um homem contra uma mulher, mas sim um instrumento de controle e disciplina do corpo, da vida e do trabalho das mulheres na sociedade capitalista (CEREGATTI et al., 2015).

COMPREENDENDO A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Muito embora a violência contra a mulher ocorra, predominantemente, na residência, também acontece fora dela, tornando a questão mais complexa, pois, ainda que não importe, a relação biológica dos perpetradores com as vítimas em quase todo domicílio tem um pater famílias, cujo poder se estende sobre os demais moradores.

Obviamente, não se está falando de inquilinos de cômodos da casa, mas do grupo domiciliar quase família (SAFFIOTI, 2009). Segundo a autora:

Efetivamente, violência contra a mulher envolve não apenas aquela cujos perpetradores são parentes ou conhecidos vivendo sem nenhuma relação estabelecida com a vítima. Assim, a violência contra a mulher constitui fenômeno, de certo ângulo, mais amplo que o da violência doméstica. (...) Trata-se de afilhadas(os), empregadas(os) domésticas(os), agregadas(os), etc. O estabelecimento e a consolidação do domínio do pater famílias, embora estejam, via de regra, vinculados à consanguinidade, rigorosamente independem dela (SAFFIOTI, 2009. p. 2-3).

Em contrapartida a essa definição de pater poder, a mulher, para gozar do estatuto social de mãe, precisa ter filho(s), biológico(s) ou adotivo(s), enquanto que o patriarca institui, ele próprio, sua paternidade. A instituição de paternidade conta com a autorização e até mesmo com o incentivo da sociedade em seu conjunto, aí incluídos os próprios membros do grupo domiciliar. Assim, pode-se dizer que todo e qualquer fenômeno social não é processo de mão única, mas fruto da interação social. Tal fato se faz entender na medida em que o patriarca não somente domina/explora, como também protege sua “cria” de agressores alheios àquele território do domicílio parentela. Nesse sentido, o domicílio parentela é entendido também como território simbólico onde predomina o caráter simbólico dos laços que permitem a exploração/dominação exercida pelo patriarca, extrapolando o território da família/grupo domiciliar e se ancorando em todos os domínios da sociedade. No espaço doméstico com o domínio das tarefas domésticas, toda construção identitária que acentua a polaridade masculino/feminino tem, mais cedo ou mais tarde, consequências desigualitárias (SAFFIOTI, 2009).

O MOVIMENTO DE MULHERES E A LUTA CONTRA A VIOLÊNCIA

Somam-se mais de 40 anos de luta e estudos pelo fim da violência contra as mulheres no Brasil e, mesmo assim, esse continua sendo um problema social complexo e desafiador. A luta do movimento feminista pelo fim da violência contra as mulheres retrata uma história que não é linear. Foram conquistas com base em estratégias de resistência, trazendo percalços no caminho e sendo constantemente ameaçadas de retroceder, quando deveriam prosseguir e transformar o que está impregnado na vida social (TEIXEIRA, 2017).

A constituição do Movimento de Mulheres e Movimento Feminista incorporou a violência contra as mulheres como uma bandeira de luta permanente, em várias partes do mundo, inclusive no Brasil. Esse período coincidiu com a luta dos movimentos sociais nos países da América Latina, que lutavam contra as ditaduras militares e usavam da violência para cercar liberdades e destituir direitos, oprimindo mulheres e homens. Na década de 1960, período de abertura desse debate, o movimento feminista evidenciou questões importantes no debate político, tais como a violência nas relações afetivo conjugais e o entendimento de que essas questões íntimas, do espaço privado e que oprimem as mulheres, também fazem parte do debate político. Assim, ideias como “nosso corpo nos pertence” e “o privado é político” são parte das questões colocadas pelo movimento feminista, que ampliam e radicalizam o horizonte da política, a partir do questionamento das diversas formas de opressão sofridas pelas mulheres, trazendo esses aspectos para o

centro do debate dos movimentos. Outra questão relevante diz respeito ao debate sobre corpo, sexualidade e reprodução, também trazidos à tona pelo feminismo. Com o advento da pílula anticoncepcional nos anos 1960, ocorreu uma reviravolta nos debates sobre a liberdade sexual, a não obrigatoriedade da virgindade antes do casamento e o entendimento do sexo como “fonte do prazer e não [apenas] destinado à reprodução da espécie humana” (TEIXEIRA 2017).

No Brasil, desde o final dos anos 1970, o movimento feminista trouxe para o cenário público e político os problemas que até então eram considerados particulares. A violência que as mulheres sofrem dentro de casa, o trabalho doméstico que realizam sozinhas, a falta de creche para poderem sair para trabalhar, entre outros. Ao questionar a opressão e a violência que as mulheres sofrem, vários elementos foram surgindo e denunciados como mecanismos para manter a violência: desde a impunidade e as legislações discriminatórias até a falta de autonomia e autodeterminação das mulheres. A violência sexista, até esse momento, era vista como um problema de cada mulher ou de cada família. Tal fato pode ser identificado por meio de alguns dizeres muito usados naquela época como: “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher” ou “tapa de amor não dói”. Assim, era muito fácil justificar a violência. Do ponto de vista do debate público, uma das primeiras campanhas das feministas foi pela punição dos assassinos das mulheres pelos atuais e ex-namorados, maridos, amantes. Naquele período, era muito utilizado o argumento “matou em defesa da honra” e, com isso, todos saíam impunes. “Quem ama não mata” foi a palavra utilizada por centenas de mulheres que se dirigiram às portas dos tribunais para exigir a punição do milionário Doca Street, que assassinou sua namorada, Ângela Diniz, em 1976, e Lindomar Castilho, que matou sua ex-esposa, Eliane de Grammount, em 1981, após sua separação. Esses casos são apenas dois exemplos, mas o movimento de mulheres atuou na mobilização pela condenação de centenas de assassinos em todo o país. As feministas foram para a rua e denunciaram essa violência como um problema político e social, cobrando de toda a sociedade medidas para acabar com a violência. Esses casos tiveram grande repercussão na sociedade, o que despertou muitas mulheres para a situação de violência em que viviam (CEREGATTI et al., 2015). Outro campo de ação e de constituição dessa agenda foi a criação de grupos de apoio às mulheres, com o nome de SOS. A partir desses grupos, buscava-se ouvir denúncias e acolher mulheres. Nesse período, ainda no contexto da ditadura militar no Brasil, os eixos da luta contra a violência contra a mulher enfatizavam a necessidade de romper com o silêncio, de punir os agressores e de reconhecer a violência como crime contra a pessoa. Em 1983, a partir do Conselho da Condição Feminina, houve o início de propostas de serviços

vinculados ao atendimento de mulheres vítimas de violência, iniciando com a criação de delegacias de mulheres e Casa Abrigo, locais destinados a acolher temporariamente as mulheres e as crianças ameaçadas pela violência doméstica (CEREGATTI et al., 2015).

Assim, nasceram as primeiras delegacias especiais da mulher, para que as mulheres tivessem mais coragem e não fossem maltratadas, como em geral acontecia em outras delegacias. O chamado, naquele momento e que ainda é um desafio, era: vamos romper o silêncio para acabar com a impunidade. Com isso, o movimento de mulheres inaugura uma nova forma de ação: levar suas demandas para serem incorporadas em forma de políticas públicas pelos governos.

AMPLIAÇÃO DAS PROPOSTAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES

Outro marco do início dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência teve seguimento com os governos municipais, de prefeitos do PT, com a criação de Centros de Referência com o objetivo de prestar atendimento psicológico, jurídico e social às mulheres vítimas da violência e, principalmente, de contribuir para a reconstrução do amor próprio e da autonomia econômica e pessoal. O primeiro deles, a casa Eliane de Grammont, em São Paulo, foi inaugurado em 1990, durante a gestão da primeira mulher na prefeitura da cidade, Luiza Erundina. Concomitante a essas iniciativas no executivo, também houve várias leis em níveis municipais, estadual e mesmo federal, como por exemplo, em relação a assédio e outras (VITÓRIA et al., 2018).

ANOS 90: NEOLIBERALISMO E IMPASSES NA LUTA CONTRA A VIOLÊNCIA

Durante os anos 90, auge do neoliberalismo, a capacidade do Movimento de Mulheres para responder com radicalidade a esses retrocessos diminuiu consideravelmente. Reduziu-se o debate e a luta por mudanças ideológicas e foi rebaixando o conteúdo crítico das propostas. E assim, cada vez mais a violência doméstica e sexual foi chamada como violência. Em vários documentos, as propostas de atenção às mulheres vítimas de violência transitaram de uma visão de garantir a autonomia e a autodeterminação das mesmas, para a necessidade atender a violência em função dos custos econômicos que acarreta. Ou seja, o argumento de que quando as mulheres apanham, elas faltam ao trabalho e há aumento dos gastos em saúde pública.

O tema da violência passou cada vez mais a ser tratado também pelos organismos multilaterais vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU),

influenciando a ampliação do tema nos vários setores do Estado, mas também da sociedade. Um ponto forte nessa trajetória foi a Conferência de Direitos Humanos da ONU, em 1993, em que setores de movimentos de mulheres de todo o mundo reivindicaram que os direitos das mulheres fossem reconhecidos como direitos humanos e isso teve um impacto grande no debate em relação à violência de gênero. Evidentemente, esse é um aspecto muito positivo, mas também há que se mencionar aspectos problemáticos no que se refere a abordagem política manejada nesses espaços. Em geral, foi-se destituindo o conteúdo político feminista de crítica patriarcal e, durante os anos 90, o tema passou a ser tratado como violência intra-familiar. Tal fato possibilitou um deslocamento dos argumentos utilizados para a institucionalização de políticas relacionadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, privilegiando os aspectos econômicos em detrimento dos temas relacionados a autonomia e autodeterminação das mulheres (VITÓRIA et al., 2018).

2.000 RAZÕES PARA LUTA CONTRA VIOLÊNCIA: A AÇÃO DA MARCHA MUNDIAL DAS MULHERES (MMM)

Lançada no ano 2.000 como uma campanha contra a pobreza e a violência sexista, a Marcha Mundial de Mulheres (MMM) procurou fazer uma inflexão em como o debate estava se desenvolvendo. A MMM colocou ênfase na dimensão sistêmica da violência como um mecanismo de controle e poder sobre as mulheres. Reforçou a imbricação entre capitalismo, patriarcado, racismo, heteronormatividade e colonialismo como causas da violência contra as mulheres. Reforçou que a luta contra a violência tem que ser antissistêmica e problematizou como as políticas dos últimos anos e a ação do movimento estavam muito centradas nos aspectos normativos e de regulação. Uma das metas desta luta foi propiciar um debate sobre a violência de uma forma mais ampla, com o objetivo de fazer um debate e uma ação política ampla que se antecipe a ocorrência da violência, sendo verdadeiramente preventiva. Para isso, acredita-se que o movimento de mulheres deve construir uma forte e extensa auto-organização das mulheres lutando por autonomia e autodeterminação. A MMM expressou uma visão que coloca a importância do processo de auto-organização das mulheres em um movimento enraizado nos setores populares. E que essa organização das mulheres deve, em conjunto com outros movimentos sociais, construir uma forte mobilização por transformações gerais na sociedade e que inclua o componente feminista nesse projeto (SOF, 2019).

A LUTA POR POLÍTICAS PÚBLICAS NOS ANOS 2000

Em 2003, a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM),

vinculada à Presidência da República, estabeleceu um marco histórico nas ações de combate à violência contra as mulheres, que passam a ser articuladas nacionalmente e numa perspectiva de rede, além de garantir recursos para a criação de serviços e para a implementação de políticas públicas integradas de enfrentamento à violência contra as mulheres (SOF, 2019).

No governo do Presidente Lula, houve uma intensa mobilização do movimento de mulheres para apresentar propostas, daí o surgimento da Lei Maria da Penha, a partir de uma proposta apresentada por algumas ONG feministas, amplamente debatida no Conselho Nacional de Direitos da Mulher e enviada à Câmara de Deputados pelo Presidente da República. Durante a tramitação na Câmara Federal, foi debatida em várias audiências públicas nos vários estados, a partir das quais houve incorporação de várias sugestões. Assim, quando a lei foi sancionada, era o resultado desse amplo processo de debate e, com isso, teve uma base importante de legitimação desde a sua origem (SOF, 2019).

Após a promulgação da Lei Maria da Penha, definiu-se uma agenda em todo o Brasil com a proposta de uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Em 2007, criou-se o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, como uma nova estratégia de gestão e execução de políticas articuladas e multissetoriais. Neste período, o movimento de mulheres apoiou e lutou para que os estados e municípios pudessem aderir ao pacto, já que a proposta respondia à preocupação dos movimentos de que as políticas chegassem e se materializassem na vida concreta das mulheres nos municípios (SOF, 2019).

Em todo esse período, o movimento de mulheres seguiu tratando o tema da violência como uma prioridade, com a organização de mobilizações, campanhas, práticas educativas e uma vasta produção de materiais de informação e formação impressos, audiovisuais etc. (SOF, 2019).

Essa prática, ao mesmo tempo em que é importante porque responsabiliza o Estado por ter políticas para alterar as desigualdades, não pode estar desvinculada de uma ação coletiva e global que aponte para mudanças profundas nas formas de pensar e agir da sociedade. As ações dos movimentos de mulheres se dirigiram aos vários níveis do Estado - executivo, legislativo e judiciário - bem como ao conjunto da sociedade: universidades, meios de comunicação de massa e organizações da sociedade civil. Da mesma maneira, continuou ao longo dessas décadas reforçando a necessidade de fortalecimento de um movimento autônomo de mulheres e de construção de

alianças com o conjunto de movimentos sociais (SOF, 2019).

DESAFIOS ATUAIS

Após o Impeachment da presidenta Dilma Rousseff, os primeiros ministérios fechados foram nas áreas sociais: Políticas para Mulheres, Promoção da Igualdade Racial, Desenvolvimento Agrário. O esfacelamento das políticas contribui para a perpetuação da violência contra as mulheres. Falar de políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, não basta o atendimento desta mulher em uma delegacia. Ela precisa reconstruir a vida e isto só é possível tendo trabalho, renda, acesso a políticas públicas de saúde, creche, educação para os filhos, moradia e/ou aluguel social, dentre outros programas sociais que dão suporte para a reconstrução de uma vida sem violência, que deveria ser uma prerrogativa da sociedade. Mas a realidade no Brasil é diferente: essa mudança no cenário político desencadeou o processo de “desmonte” da Constituição brasileira: a PEC 95, que congela os recursos das áreas de saúde, educação e assistência social por 20 anos; a proposta de reforma da previdência; a aprovação da reforma trabalhista; a política econômica neoliberal que continua gerando desemprego.

DESAFIOS ATUAIS NA VISÃO DA MARCHA MUNDIAL DE MULHERES

A Marcha Mundial das Mulheres, que tem, desde seu princípio, o enfrentamento à violência como parte de sua agenda, iniciou, em 2014, a campanha nacional “Sem culpa, nem desculpa! Mulheres livres de violência”. A realização desta campanha foi motivada pela necessidade de colocar as causas da violência no centro da discussão, tendo como estratégia a auto-organização das mulheres.

Diante dessas histórias de lutas, para viver uma vida livre de violência, são tarefas necessárias a construção permanente de ações de solidariedade e de prevenção para apoiar e acolher as mulheres, bem como a prevenção das situações de violência no campo e na cidade. Para isso, toda a sociedade tem que estar envolvida nesta luta – que, hoje, busca restabelecer os direitos que foram retirados e avançar para um projeto democrático, popular, feminista e antirracista. Estamos vivendo um período de avanço do conservadorismo em níveis nacional, regional e global. E, diante desta conjuntura acirrada, é necessário enfrentar cotidianamente a violência contra as mulheres, o racismo, a LGBTfobia. Para viver uma vida livre de violência, não basta libertar apenas a si mesmo. Nós, enquanto feministas anticapitalistas, identificamos que essas violências serão superadas com a aniquilação do capitalismo patriarcal e

racista e a transformação social que leve a uma sociedade de igualdade, uma sociedade socialista e feminista.

REFERÊNCIAS

CEREGATTI, A. et al. Mulheres em luta por uma vida sem violência. São Paulo: SOF, 2015.

HIRATA, H.; KERGOAT, D.; LABORIE, F.; SENOTIER, D. (Orgs.) Dicionário Crítico do Feminismo. Fundação Editora da UNESP. França/ Brasil. 2009

SAFFIOTI, H.I.B. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. Série Estudos/Ciências Sociais/ FLASCO-Brasil, 2009.

SOF Sempre Viva Organização Feminista. Feminismo em movimento: caderno de apresentação da MMM. São Paulo: SOF 2019.

TEIXEIRA, A.B. Violência Contra as Mulheres. SOS CORPO. Recife, 2017.

VITÓRIA, C. et al. Feminismo e autonomia das mulheres: caminhos para o enfrentamento à violência. São Paulo: SOF, 2018.

