

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARTA COCCO DA COSTA

Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio

Porto Alegre

2012

MARTA COCCO DA COSTA

Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de doutora em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Costa, Marta Cocco da
Violência contra mulheres rurais, agendas
públicas municipais e práticas profissionais de
saúde: o visível e o invisível na inconsciência do
óbvio / Marta Cocco da Costa. -- 2012.
317 f.

Orientadora: Marta Julia Marques Lopes.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Violência contra a
Mulher. 3. Saúde da População Rural. 4. Profissionais
de Saúde. 5. Gestor de saúde. I. Lopes, Marta Julia
Marques, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARTA COCCO DA COSTA

Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 17 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes: _____

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Izabella Barison Matos: _____

Membro – EENF/UFRGS



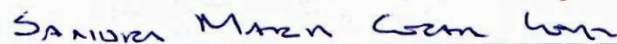
Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi: _____

Membro – PUCRS



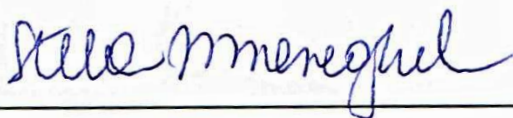
Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal: _____

Membro – UNISINOS



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel: _____

Membro – PPGENF/UFRGS



Dedico esse trabalho a três pessoas especiais:

Meu Pai e Minha Mãe - Noacir e Magdalena, luzes do meu viver e exemplo que
sempre quero seguir, eterna gratidão.

Meu amor - Renito, pessoa que soube compreender-me a cada momento, meu
ombro amigo e companheiro.

AGRADECIMENTOS

Chega o momento tão esperado dessa construção... tentar transpor para o papel a gratidão às inúmeras pessoas que se fizeram importantes para se chegar ao final dessa etapa. A construção de qualquer trabalho só é possível com a participação de outras pessoas que, mesmo não se dando conta, com a amizade, o companheirismo, a compreensão, a paciência que oferecem, formam um lastro que nos torna seguros, mesmo nos momentos mais difíceis. A construção desse trabalho foi permeada por momentos de alegria, incertezas, preocupações, ansiedades, mas deixa marcas que só eu sei o quanto significaram para mim.

Expresso meus agradecimentos, a Deus por ter me concedido a existência e por ter sempre estado comigo durante esta caminhada, sendo fonte de muita força e coragem para lutar e superar todas as limitações, para chegar até aqui.

A meus Pais, **Noacir** e **Magdalena** vocês são e sempre serão o meu maior exemplo de luta, persistência, coragem, dinamismo; vocês me ensinaram a superar todas as dificuldades e jamais desistir. Ao longo desta caminhada, com muita dedicação e amor souberam estar presentes em todos os momentos, com pequenos gestos e palavras que foram fundamentais para que eu prosseguisse. Também ao meu irmão Ricardo, minha cunhada Carmem e meu sobrinho (afilhado) Gian Lucca (que está a caminho) pelo incentivo, apoio e carinho. A toda a família do meu esposo Clóvis, Júlia, Jardel, Denílson, Eliane, Gabriel e Milena pelo carinho e estímulo.

Ao meu grande amor **Renito** que, ao longo dessa trajetória, tornou-se meu marido amado, e que soube, acima de tudo, me compreender e me ouvir nos momentos mais difíceis, com seu jeito simples e carinhoso, estendendo sempre seu ombro para juntos superarmos os obstáculos. Obrigada pelo amor, pela paciência e compreensão que, foram incondicionais para esta conquista. Tenho

certeza de que a cada dia somos mais felizes, e que temos muitos sonhos a serem concretizados juntos.

À minha orientadora, amiga e companheira Prof^a. Dr^a. Marta Julia Marques Lopes, que, com sua inestimável sabedoria, me ensinou a estudar e pensar como pesquisadora. Com jeito especial de ser, dedicada, companheira, amiga, exigente, disponível a compartilhar seus conhecimentos, contribuía, em todos os momentos, para a elaboração deste estudo e, principalmente para me tornam uma pessoal melhor.

Às queridas professoras que compõem a banca de qualificação desta Tese. Vocês foram especiais para esta construção, por meio de suas sugestões, ideias que enriqueceram a pesquisa. A todos os docentes das disciplinas que frequentei, por terem feito parte dessa trajetória de construção do conhecimento, em que o saber apreendido foi extremamente válido para este estudo. Aos colegas de doutorado, com quem partilhei muitos sentimentos e, com certeza, foram fundamentais para essa vitória. Em especial, a eterna amiga e colega Adriana Roese que ao longo dessa caminhada em muitos momentos dividimos nossas ansiedades e alegrias: ficarás sempre em minhas lembranças com muito carinho.

Ao Grupo de estudos em Saúde Coletiva - Grupo maravilhoso para se trabalhar e construir estudos. Menciono algumas pessoas especiais para essa construção: Sandra Maria Cezar Leal, Elisiane Gomes Bonfim, Joannie dos Santos Fachinelli Soares que com muito carinho e dedicação auxiliaram-me nessa trajetória. Em especial, quero agradecer a Joannie que me acompanhou na trajetória de geração de dados, muitas aventuras juntas, e momentos de descontração.

A todas as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Arambaré, Canguçu, Camaquã, Cristal, Chuvisca, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul pela receptividade e pela acolhida.

A todos os participantes gestores, profissionais e trabalhadores da saúde que fizeram parte deste estudo, obrigada pela atenção e pelo carinho com que me receberam, e pela valorosa contribuição para este trabalho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ter me proporcionado um ensino de qualidade. À Pró-Reitoria de Pesquisa da UFRGS, pelo Apoio financeiro para o deslocamento a Congressos (PROPEAQ). Também ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS) pelas ajudas de custos.

À Secretaria Estadual de Segurança do Rio Grande do Sul, especialmente a Divisão Estadual de Estatística Criminal pela parceria com o GESC/UFRGS e por ter proporcionado a busca de dados em seus sistemas de informação.

À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e ao Centro de Ensino Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS) pelo incentivo e pelo compromisso com a qualidade do ensino. Em especial, quero agradecer ao corpo docente do Departamento de Ciências da Saúde do CESNORS e do Curso de Enfermagem (com carinho), pelo apoio em todos os momentos e pela compreensão e entendimento que essa construção demanda.

Quero também agradecer às colegas e amigas de disciplina Alice do Carmo Jahn, Isabel Cristina dos Santos Colomé, Darielli Gindri Resta e Maria da Graça Soler que souberam nos momentos mais apertados, compartilhar as atividades e compreender minha ausência. À querida e companheira colega Ethel Bastos da Silva, que conheci ao longo dessa caminhada, mas que tornou-se muito especial por poder dividir os momentos mais difíceis e as alegrias.

A todos os meus verdadeiros amigos e amigas que, durante este período acreditaram neste trabalho e me apoiaram, sempre, com palavras de incentivo e souberam entender os momentos de minha ausência.

MEU MUITO OBRIGADA!!!!

RESUMO

Neste estudo aborda-se a violência contra as mulheres e a saúde em áreas rurais da Metade Sul do Rio Grande do Sul. Os objetivos gerais incluíram: conhecer e analisar, em cenários rurais as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde e as influências dessas representações na implementação de decisões políticas e técnicas em ações de saúde; analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais; analisar, por meio do domínio epistemológico das relações de gênero e das representações sociais balizadas pelo princípio da integralidade (SUS), as formas concretas de atenção às mulheres rurais vítimas de violência e o potencial de efetividade do enfrentamento local considerando-se o contexto rural e as pequenas municipalidades. O estudo, de cunho qualitativo, englobou 56 participantes: gestores, profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde, que atuam em áreas rurais. As ferramentas de geração das informações abarcaram: questões-estímulo de evocações, entrevista semiestruturada e busca documental, analisadas pela modalidade temática e com auxílio do software Nvivo, e para análise das associações de palavras o software EVOC. As evocações dos participantes reconhecem essa problemática em cenário rural considerando-a “**destino de gênero**” que advêm do consentimento/resignação, culpa/medo, o que resulta em “naturalização” e “banalização” social marcados pelas relações hierárquicas de gênero. Nas representações constatou-se que a mulher rural é vista sob a ótica da “**subordinação**” e da “**obediência**”, da responsabilidade exclusiva pela reprodução biológica, dos afazeres domésticos e da lavoura, com pouca ou nenhuma legitimidade para desconformidades. Na dimensão política, a **fragilidade da gestão das políticas e dos recursos** atestam o despreparo dos municípios para conduzir o processo de gestão pautados nas diretrizes e princípios do SUS. As especificidades e as dinâmicas socioculturais das comunidades rurais intensificam essa fragilidade da gestão, porque não são exploradas na dimensão do planejamento em saúde. O resultado do “não reconhecimento” da violência como problemática “da e de saúde” foi a constatação da **inexistência de agenda local direcionada à violência contra as mulheres rurais**, a desresponsabilização e o descompromisso da gestão local frente a esse fenômeno. Nas práticas dos profissionais da saúde (dimensão técnica), em particular as rurais, essa problemática apareceu **invisível, não reconhecida** e a “centralidade na doença” impossibilita a inclusão da violência como problema de saúde complexo, oriundo de “outro tipo de sofrimento”. A saúde das populações rurais é um fenômeno amplo, com suas especificidades, e o desafio das políticas públicas é o de reconhecer o cenário rural como espaço de cuidado que demanda intervenções singulares. Desvelar a violência contra as mulheres rurais no interior dos serviços de saúde é fundamental para compreendê-la, exigindo transformação de saberes e práticas, reconhecimento e responsabilização de serviços coletivos de atenção em saúde, e de profissionais, para além do técnico, como cidadãos comprometidos com deveres de cidadania na luta pela integralidade da atenção e contra as práticas inaceitáveis de violência.

Palavras-chaves: Atenção Primária a Saúde. Violência contra a Mulher. Saúde da População Rural. Profissionais de Saúde. Gestor de saúde.

ABSTRACT

The study approaches the of violence against women and health in rural areas from the South Half region of Rio Grande do Sul. The general objectives were: learning and analyzing, within rural sceneries, the social representations of violence against women in the perspective of the municipal management staff, health professionals and workers and the influences of these representations in implementing political and technical decisions on health actions; analyzing the local public health agendas addressed to coping violence against rural women; analyzing by means of the epistemological domain of gender relations and of social representations marked out by the SUS integrality principle, the concrete forms of caring rural women victims of violence and the potential of effectiveness of the local coping by considering the rural context and the small municipalities. It is a qualitative study with the participation of the managerial staff, professionals and workers from health services that perform in rural areas totaling 56 participants. Different kinds of tools were used to generate the information such as: instrument with questions-stimuli of evocations, semi-structured interview and documental survey analyzed by the thematic mode by using the Nvivo software and, for the analysis of the connection of words, the EVOC software. The evocations of the participants are turned to recognizing this problem in the rural environment as being **“a gender destiny”** that derives from consent and resignation, guilt and fear, what results in the social “naturalization” and “banality” marked by the hierarchic relations of gender. The representations have also evidenced that the rural woman is seen from the points of view of **“subordination”** and **“obedience”**, the exclusive responsibility for the biological reproduction, the care of the home, the housekeeping and the tillage with few or no legitimacy for non-conformities. As to the political dimension, the study showed the fragility **of the management of the policies of the resources**, evidencing the lack of preparation of the municipalities to conduct the management process based on SUS guidelines and principles. The specificities and social and cultural dynamics of the rural communities intensify this management fragility since they are not exploited in the dimension of health planning. The result of the “non-recognition” of violence as a problem “of the and of health” was observing the **non-existence of a local agenda addressed to the of violence against rural women**, as well as the lack of responsibility and non-commitment of the local administration before this phenomenon. Regarding the practices of the health professionals (technical dimension), particularly the rural ones, this problem appeared as **invisible** and **non-recognized** and, yet, the “central focus on the disease” that makes it impossible to include violence as a complex health problem, derived from “other type of suffering”. The health of rural populations is a broad phenomenon with its specificities while the disease and the challenge of the public policies are recognizing the rural scenery as a space of care that requires unique interventions. Unveiling violence against the rural women within the walls of the health services is fundamental for its comprehension what therefore requires transformation of knowledge and practices, recognition and responsibility of the services as meanings of health care and of the professionals as well but beyond of the technician level as citizens committed with citizenship duties in the struggle for the care integrality and against the non-acceptable practices of violence.

Keywords: Health Primary Care. Violence against Woman. Health of the Rural Population. Health Professionals. Health Manager.

RESUMEM

En este estudio aborda la violencia contra las mujeres y la salud en áreas rurales de la Mitad Sur del Rio Grande do Sul. Los objetivos fueron: conocer y analizar, en escenarios rurales, las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres en la perspectiva de los gestores municipales, profesionales y trabajadores de la salud influencias de esas representaciones en la implementación de decisiones políticas y técnicas en acciones de salud; analizar las agendas públicas locales de salud direccionadas al enfrentamiento de la violencia contra mujeres rurales; analizar, por medio del dominio epistemológico de las relaciones de género y de las representaciones sociales balizadas por el principio de la integralidad (SUS), las formas concretas de atención a las mujeres rurales víctimas de violencia y el potencial de efectividad del enfrentamiento local considerando el contexto rural y las pequeñas municipalidades. El estudio cualitativo, con participación de gestores, profesionales y trabajadores de los servicios de salud, que actúan en áreas rurales, totalizando 56 participantes. Las diferentes herramientas de generación de las informaciones, tales como: instrumento con cuestiones-estímulos de evocaciones, entrevista semi-estructurada y búsqueda documental, siendo analizadas por la modalidad temática utilizándose el software Nvivo y, para el análisis de las asociaciones de palabras, el software EVOC. Las evocaciones de los participantes están vueltas para el reconocimiento de esa problemática en escenario rural como siendo **“destino de género”**, que adviene del consentimiento/resignación, culpa/miedo, lo que resulta en la “naturalización” y “banalización” social marcada por las relaciones jerárquicas de género. También se evidenciaron en las representaciones que la mujer rural es vista por la óptica de la **“subordinación”** y de la **“obediencia”**, la responsabilidad exclusiva por la reproducción biológica, de las tareas domésticas y de labranza, con poca o ninguna legitimidad para disconformidades. En la dimensión política, **fragilidad de la gestión de las políticas y de los recursos**, lo que atesta la falta de preparación de las municipalidades para conducir el proceso de gestión pautado en las directrices y principios del SUS. Las dinámicas sociales y culturales de las comunidades rurales intensifican esa fragilidad de la gestión, visto que ellas no son exploradas en la dimensión del planeamiento en salud. El resultado del “no reconocimiento” de la violencia como problemática “de la y de salud” fue la constatación de la **inexistencia de agenda local direccionada la violencia contra las mujeres rurales**, como también la falta de responsabilización y el descompromiso de la gestión local delante ese fenómeno. Ya en las prácticas de los profesionales de la salud (dimensión técnica), en particular las rurales, esa problemática presentó **invisibilidad y no reconocida** y, aún, la “centralidad en la enfermedad” que imposibilita la inclusión de la violencia como un problema de salud complejo con origen en “otra clase de sufrimiento”. La salud de las poblaciones rurales es un fenómeno con especificidades amplias, que la enfermedad y el desafío de las políticas públicas son reconocer el escenario rural como espacio de cuidado que demanda intervenciones singulares. Desvelar la violencia contra las mujeres rurales en el interior de los servicios de salud es fundamental para su comprensión, exigiendo, por lo tanto transformación de saberes y prácticas, reconocimiento y responsabilización de servicios como colectivos de atención en salud, y de profesionales para allá del técnico, como ciudadanos comprometidos con deberes de ciudadanía en la lucha por la integralidad de la atención y contra las prácticas inaceptables de violencia.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Violencia contra la Mujer. Salud de la Población Rural. Profesionales de Salud. Gestor de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapeamento da estruturação do Programa de Prevenção a violência, Rio grande do Sul	51
Figura 2	Síntese das Categorias construídas após análise	81
Figura 3	Imagem fotográfica da pesquisadora em deslocamento por transporte coletivo na etapa de geração de dados, Metade Sul/RS ...	84
Figura 4	Imagem fotográfica do veículo de transporte e de uma das unidades pesquisadas na etapa de geração de dados, Metade Sul/RS	85
Figura 5	Imagem fotográfica da Unidade Saúde da Família de Santana da Boa Vista	93
Figura 6	Imagem fotográfica da Secretaria Municipal de Saúde, Unidade Básica e de Pronto Atendimento – Chuvisca	93
Figura 7	Imagem fotográfica da Unidade Saúde da Família Santa Tereza – São Lourenço do Sul	94
Figura 8	Registro de ocorrências de estupro em áreas rurais (consumado ambos os sexos), no período de 2006 a 2010, Rio Grande do Sul	99
Figura 9	Distribuição do grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher quanto ao tempo de atuação na ABS, 2010	109
Figura 10	Distribuição do local de trabalho dos profissionais/trabalhadores que atuam em áreas rurais, Metade Sul, 2010	112
Figura 11	Representação gráfica dos elementos empíricos e teóricos, políticos e técnicos, que sustentam esta Tese, 2012	247
Figura 12	Mapa dos oito Municípios pertencentes ao PROINTER – 2008	284
Figura 13	Representação gráfica da proporção da população urbana e rural nos municípios em estudo, Rio Grande do Sul e Brasil, referentes aos dados de 2010	286
Figura 14	Mapa da situação demográfica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002	287
Figura 15	Mapa da situação socioeconômica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002	289

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Roteiro de leitura utilizado para sistematização e análise dos dados, foco na violência contra as mulheres rurais	80
Tabela 2	Distribuição dos serviços de saúde disponíveis nos municípios em estudo, em 2010	89
Tabela 3	Morbidade geral, morbidade por causas externas e morbidade por causas externas entre homens e mulheres, nos municípios em estudo no período de janeiro de 2008 a novembro de 2010	95
Tabela 4	Mortalidade por Causas Externas e mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente nos municípios em estudo, no período de 2004 a 2008	97
Tabela 5	Distribuição das ocorrências de lesões corporais - municípios e as variáveis demográficas, 2010	102
Tabela 6	Distribuição das ocorrências de lesões corporais - variáveis da ocorrência, 2010	104
Tabela 7	Distribuição dos participantes do estudo segundo área de especialização, 2010	107
Tabela 8	Distribuição de frequência dos vocábulos associados ao termo violência	115
Tabela 9	Distribuição de frequência dos vocábulos associados ao termo violência contra as mulheres rurais	119
Tabela 10	Variáveis demográficas dos municípios em estudo, referentes ao ano de 2010	285

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1	Quadro de quatro casas: gráfico de frequência e ordem média para análise da evocação de palavras	76
Quadro 2	Estrutura e organização dos serviços de saúde nas áreas rurais dos municípios em estudo, 2010	90
Quadro 3	Ocorrências de homicídios em mulheres tentados e consumados em áreas rurais nos municípios em estudo, no período de 2006 a 2010.....	100
Quadro 4	Distribuição dos grupos de participantes da pesquisa, em 2010	106
Quadro 5	Centralidade dos termos evocados pelo conjunto de participantes em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência'	116
Quadro 6	Centralidade dos termos evocados pelo conjunto dos participantes do estudo, em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência contra mulheres rurais'	120
Quadro 7	Palavras mais frequentes e comuns no grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência contra mulheres rurais'	122
Quadro 8	Palavras mais frequentes e comuns no grupo de enfermeiras e médicos(as) em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência contra mulheres rurais'	123
Quadro 9	Palavras mais frequentes e comuns no grupo de enfermeiras e agentes comunitários de saúde em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência contra mulheres rurais'	124
Quadro 10	Palavras mais frequentes e comuns no grupo de agentes comunitários de saúde e médicos(as) em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência contra mulheres rurais'	126
Quadro 11	Palavras mais frequentes e comuns no grupo de participantes	

	quanto ao local de trabalho em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência contra mulheres rurais'	128
Quadro 12	Palavras mais frequentes e comuns nos participantes do estudo em comparação a mulheres e homens em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado 'violência contra mulheres rurais'	129
Quadro 13	Quadro-síntese dos elementos centrais e periféricos do universo de participantes e elementos comuns/frequentes entre os grupos de participantes	130
Quadro 14	Quadro epidemiológico das representações da violência contra as mulheres rurais	171
Quadro 15	Número de menções relativas à violência contra as mulheres rurais no item introdução e análise da situação, 2010	216
Quadro 16	Número de menções relativas à violência contra as mulheres rurais no item objetivos e metas, 2010	217
Quadro 17	Número de menções relativas à violência contra as mulheres rurais no item propostas de intervenção, 2010	217
Quadro 18	Área ocupada por assentamentos rurais nos municípios em estudo no PROINTER/UFRGS	291
Quadro 19	Variáveis da análise do EVOC, para os gestores, profissionais e trabalhadores em saúde	301
Quadro 20	Dicionário com padronização das evocações referentes ao corpus "Violência" de todos os participantes	302
Quadro 21	Dicionário com padronização das evocações referentes ao corpus "Violência contra as mulheres rurais" de todos os participantes	302

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COFECUB - Cooperação Interuniversitário Franco-Brasileiro

DDM – Delegacia de Defesa das Mulheres

DEIC - Divisão Estadual de Estatística Criminal

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis / Acquired Immune Deficiency Syndrome

EACS – Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GESC – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva

HIV /AIDS – Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IECLB - Igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil

MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia

MDA - Ministério de Desenvolvimento Agrário

MST – Movimento dos Sem-Terra

NOBS – Normas Operacionais Básicas de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PE – Pernambuco

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PPV – Programa de prevenção a violência

PROINTER - Programa de Pesquisa Interdisciplinar

RS – Representações Sociais

RS – Rio Grande do Sul

SP – São Paulo

SPM-PR - Secretária Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	29
2.1 Cenários e Sujeições - mulheres do rural brasileiro nos diferentes espaços de vida e de trabalho	29
2.2 A gênese múltipla da violência contra as mulheres rurais - agendas públicas de enfrentamento no campo dos direitos humanos	34
2.3 O caráter endêmico da violência e o reconhecimento diagnóstico – problema de saúde pública?	40
2.4 Agendas públicas locais rurais e práticas em saúde na perspectiva das Representações Sociais e de gênero	52
2.5 Integralidade – possibilidade analítica balizadora das RS e das práticas de saúde no campo da violência contra as mulheres rurais	60
3 OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS	66
3.1 Objetivos	66
3.2 Pressupostos em estudo	66
4 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA	68
4.1 Tipo de Estudo	68
4.2 Campo de Estudo	68
4.3 Participantes da Pesquisa	70
4.4 Geração de Dados	70
4.5 Análise dos Dados	74
4.6 Considerações Éticas	81
4.7 Compartilhando as experiências vivenciadas no campo de estudo e no contato com os(as) participantes: facilidades e dificuldades	82
5 APROXIMAÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DE ESTUDO	86
5.1 Características Étnico-culturais da Região	86
5.2 Organização e Estrutura da Rede dos Serviços de Saúde na Área em Estudo	89
6 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES RURAIS: Representações Sociais em múltiplos olhares - gestores, profissionais da saúde e trabalhadores da saúde	106

6.1 Os participantes do estudo quem são?	106
6.2 As Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais – desvelando sentidos nas palavras evocadas	113
6.2.1 VIOLÊNCIA como termo geral indutor de associações	114
6.2.2 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES RURAIS como expressão indutora de associações	118
6.3 As Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais – desvelando sentidos nas entrevistas em profundidade	131
6.3.1 Existe violência contra as mulheres rurais? O visível e o (in)visível.....	131
6.3.2 Masculino e feminino: poder e autoridade, natureza e cultura	138
6.3.3 Eternização da violência: responsabilidade de quem? “a violência da vida”	155
6.3.4 Elementos representacionais da violência associados ao contexto de vida e trabalho das mulheres rurais	161
7 AGENDAS PÚBLICAS LOCAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES RURAIS – dimensão política	173
7.1 Expressão do compromisso	174
7.1.1 As Políticas Públicas de Saúde e o Nível Local na Perspectiva de Gestores e Responsáveis pela Saúde da Mulher	174
7.1.2 Prioridades da Gestão em Saúde nos Municípios em Estudo	183
7.2 Transformação do compromisso em ação – planejamento e coordenação	190
7.2.1 A Saúde das Mulheres Rurais	190
7.2.2 Agendas Locais ou “roteiros assistenciais” no Enfrentamento da Violência?	199
7.2.3 Planos Municipais de Saúde: como se formalizam ações de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais?	214
8 PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE – a dimensão técnica das práticas no campo da violência contra as mulheres rurais	221
8.1 Elementos das práticas de cuidado dos profissionais (médicos e enfermeiras) – tradicionais abordagens	221
8.2 Elementos das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde – potencialidades para a atenção integral	234
9 ENTRELAÇANDO O EMPIRICO E O TEÓRICO: reflexões,	

construções, (de)construções e questionamentos	246
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	255
REFERÊNCIAS	264
APÊNDICE A - Contextualização do Cenário em Estudo	283
APÊNDICE B – Roteiro estruturado para mapear a organização dos serviços de saúde frente à violência contra as mulheres rurais	294
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com os gestores/as municipais e profissionais responsáveis pela saúde da mulher	297
APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com profissionais de saúde atuante em áreas rurais	299
APÊNDICE E – Organização do corpus para o programa EVOC e as variáveis	301
APÊNDICE F - Programa EVOC 2000 e descrição dos sub-programas ..	304
APÊNDICE G - Relatório <i>Ramgmot</i> e o quadro de quatro casas do corpus “Violência contra as mulheres rurais”	306
APÊNDICE H - Relatório COMPLEX referente ao corpus “Violência contra as mulheres rurais” - palavras frequentes e comuns no grupo de agentes comunitários de saúde e enfermeiras	310
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Informado	312
ANEXO A – Etapas Metodológicas do PROINTER	314
ANEXO B – Mapa da área de abrangência do PROINTER	315
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética	316
ANEXO D – Carta de aceite - artigo oriundo da Tese	317

1 INTRODUÇÃO

Esta Tese de Doutorado está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na linha de pesquisa Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem, e ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Centra-se na problemática da violência contra as mulheres e sua interface com a saúde em áreas rurais da Metade Sul do Rio Grande do Sul. Também se insere no projeto intitulado: “A violência contra a mulher em áreas rurais e municípios de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul”, financiado pelo CNPq, Edital MCT/CNPq/SPM-PR/MDA Nº57/2008 que apoia pesquisas científicas nas áreas de relações de gênero, mulheres e feminismos. Esse projeto visa analisar a situação da violência contra as mulheres rurais explorando, inicialmente, os registros de morbidade dos bancos de dados oficiais e locais de saúde e segurança da área em estudo. Considera-se que as situações de violência têm as co-influências, entre outras, gênero e geração, e, nessa perspectiva, são marcadas ideológica e culturalmente pela naturalização das formas de dominação, sendo, portanto, invisíveis às políticas públicas tradicionais e nas práticas dos serviços de saúde.

A escolha da área empírica do presente estudo ocorreu a partir da existência de um acordo de cooperação interuniversitária franco-brasileira, denominado Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER/UFRGS), desenvolvido na Metade Sul do Rio Grande do Sul. Esse programa busca constituir um conjunto de competências científicas, voltado para o estudo das inter-relações entre o desenvolvimento rural e as dinâmicas ambientais/naturais, na perspectiva de uma reflexão sobre a noção de desenvolvimento sustentável, sua pertinência teórica e aplicação prática, sob a ótica de trabalho interdisciplinar. Para tanto, buscou-se um espaço geográfico onde características ambientais, econômicas e sociais formassem um lugar particularmente propício para o estudo aprofundado dessas inter-relações. Além disso, o programa busca analisar as transformações que ocorrem nas sociedades rurais e que provocam modificações nas condições de vida dessas suas populações (UFRGS, 2003).

Minha inserção nesse projeto e no grupo de pesquisa, além da trajetória acadêmica no universo da pesquisa, são fatores que me motivaram à construção da presente Tese de doutorado. A iniciação, em pesquisa, ocorreu no período da

graduação em Enfermagem ao desenvolver o projeto intitulado: “Representações sociais dos adolescentes acerca da violência doméstica”. Esse estudo objetivou analisar as Representações Sociais da violência doméstica sob a ótica de adolescentes de escolas de ensino médio do município de Passo Fundo/RS. Os adolescentes representaram a violência doméstica a partir da gênese social da mesma, ancorada na sensação de abandono e rejeição afetiva, assim a pesquisa possibilitou identificar elementos teóricos para a organização da assistência à saúde desse grupo populacional, considerando-se suas representações como formas interpretativas que sustentam as relações das pessoas entre si e a interação com o ambiente, orientando e organizando comportamentos, nesse caso, em saúde.

O processo vivenciado, na graduação, especialmente com o desenvolvimento da referida pesquisa, proporcionou a compreensão da importância da pesquisa em enfermagem e na saúde coletiva e foi o primeiro contato com elementos teóricos das Representações Sociais – subsídio para compreender a diversidade de influências comportamentais no campo da saúde.

O interesse pelo tema e os conhecimentos e experiências vivenciadas durante a graduação impulsionaram-me a buscar aprofundamentos teóricos e conceituais no mestrado, investigando a problemática da morbidade por Causas Externas (violência e acidentes) entre jovens, a partir do contexto vivido, considerando-os sujeitos, inseridos em determinado espaço geossocial e histórico. Em estudo desenvolvido, em Porto Alegre, evidenciou-se que as especificidades locais e as relações sociais, instituídas na família e na comunidade, podem atenuar ou acentuar, em muitos casos, as situações que produzem ou reproduzem as violências e os acidentes no espaço público e no privado. Assim, conhecendo as interações sociais dos jovens pesquisados, pode-se observar atenuação e fragilidade das redes de relações na família, na escola, nos espaços de lazer, nos grupos de convívio e em situações de vulnerabilidade concebidas e descritas pelos jovens. Essas últimas resultam da diversidade de situações familiares, socioeconômicas e socioculturais, muitas vezes, desfavoráveis. A pesquisa permitiu avançar na compreensão da morbidade por violências e acidentes, escapando de determinismos, reconhecendo sua complexidade, além de lançar um novo olhar

sobre a formulação das políticas públicas em suas especificidades socioculturais locais e de saúde, em particular¹.

Ao finalizar a dissertação de mestrado surgiram muitos questionamentos e reflexões, em especial os relacionados à violência contra as mulheres nos espaços público e privado. O aumento crescente da violência contra as mulheres, o seu reconhecimento jurídico permitindo a denúncia, a “invisibilidade” dessa problemática no campo da saúde e as incipientes estratégias de prevenção e assistência a partir dos serviços são elementos que se articulam na constituição das diferentes dimensões desse problema. Além disso, no meio acadêmico, há poucos estudos centrados na violência contra as mulheres residentes e trabalhadoras rurais e, em particular, abordagens que a desnaturalizem e considerem as assimetrias de gênero na constituição de situações de vulnerabilidade.

Inquietou-me além dos elementos que o mundo da pesquisa produziu, a vivência da docência junto ao curso de graduação em enfermagem que também tem apontado a necessidade de discussões e reflexões que contemplem essa problemática na formação dos discentes. A partir da formação propõe-se um olhar “sensível” sobre os processos de saúde e de doença para além da biologia, capaz de reconhecer as violências enquanto problemática da saúde, com responsabilidades e intervenções no campo das práticas de atenção.

O reconhecimento da violência contra as mulheres, como problema do campo da Saúde Pública e não apenas da “moral e dos bons costumes” e da segurança pública (polícia), surgiu a partir da preocupação com os aspectos relacionados à violência e as suas consequências físicas. Na década de 1980 e, mais intensamente, na década de 1990, a problemática da violência adquiriu maior força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública. Foi somente nesse período que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar em *violência* explicitamente como questão de saúde. Em 1994, a OPAS realizou uma conferência internacional sobre o tema, com Ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas. Na sequência dessa conferência internacional, a OMS passou a desenvolver e estimular pesquisas internacionais sobre a temática da violência em

¹COCCO, M. Geração e Gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos acidentes e violência entre jovens de Porto Alegre. 2007. (dissertação). Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

seus mais diferentes âmbitos de ocorrência, considerando as relações de poder nas quais se inscrevem. Destaca-se, no estudo sobre a violência no âmbito da Saúde Pública, a publicação, em 2002, do *Relatório Mundial sobre Saúde e Violência* da OMS, no qual foram especificadas definições, classificações e contextualizações para o problema (OMS, 2002; AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

O reconhecimento das violências, vistas como resultantes da interação de fatores socioculturais complexos, individuais e coletivos, tem auxiliado o avanço da sua compreensão. Hoje, é possível referir-se à violência contra as mulheres, escapando do plano imaterial exclusivo como “sofrimento e agressões dirigidos, especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres – para referir-se à situação experimentada pelas mulheres, remetendo-se, também, a uma construção de gênero” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999). No Brasil, a cada 15 segundos, uma mulher sofre violência e estima-se que mais de dois milhões de mulheres sejam espancadas, a cada ano, por seus parceiros íntimos, ou seja, por um homem com o qual têm ou tiveram relações afetivas (DAGORD, 2003; LEAL, 2003; VENTURI; RECAMÁN, 2004).

As mulheres são, potencialmente, vítimas da violência de gênero. No entanto, aquelas com, melhores condições socioeconômicas têm mais recursos para tentar escapar da violência, embora, muitas vezes, a escondam (SOARES, 2005). Ressalta-se que, tipicamente, a violência contra as mulheres envolve atos repetitivos, que vão se agravando, em frequência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais variadas.

Nesse sentido, as mulheres que vivem e/ou viveram algum tipo de violência, doméstica, sexual, ou outras, apresentam mais queixas, distúrbios e adoecimentos, e, conseqüentemente, utilizam os serviços de saúde com maior frequência. No entanto, muitas vezes, as situações de violência permanecem invisíveis, pois a busca pelo serviço se concretiza em sintomas “difusos” – depressão, estresse, ansiedade, dor no peito, entre outros – que, frequentemente, não são vinculados à tensão vivenciada pela mulher em situação de violência. Essa invisibilidade corresponde, também, à naturalização dos sintomas como próprios das mulheres “poliqueixosas” ou da violência como inerente à relação de dominação homem-mulher (SCHRAIBER et al., 2009; LEAL, 2010; LEAL; LOPES; GASPARG, 2011). Essa dominação assume contornos particulares e, dir-se-ia, “mais naturais” ao tratar-

se de mulheres que buscam a rede pública de saúde e que são atingidas, com mais intensidade, por “outras iniquidades” que assumem caráter de co-influências agravantes.

Assim, em muitos casos, o sintoma é medicalizado, fazendo com que a violência seja tratada como doença ou um risco em saúde e traduz-se em um conjunto de procedimentos e ações que a mulher “deve seguir” para poder “curar-se” do problema. Se a violência é um problema com sérias consequências para a saúde, ela extrapola, em muito, essa esfera e continua sendo uma “situação de vida”, com toda a complexidade que implica (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

Estudos têm demonstrado que, no cotidiano dos serviços, especificamente dos públicos, e em particular na atenção básica de saúde, se constata a precariedade ou ausência de registros de tais situações, relativas aos atos de violência, e à falta de identificação da morbidade delas decorrente (LEAL; LOPES, 2005; COCCO, 2007; BONFIM, 2008). Esse fato segundo as autoras Leal e Lopes (2005), Leal (2010) invisibiliza a violência como “categoria diagnóstica” o que lhe confere um “não lugar” nas estatísticas de saúde.

Outro cenário de interações a ser considerado na interface saúde e violência contra mulheres, é a constituição e a trajetória histórica das políticas públicas de atenção à saúde das mulheres no Brasil. Essas estiveram pautadas, por longo período na história do país, principalmente, na atenção materno-infantil e reprodutiva, em que a visão da mulher era a de reprodutora, mãe e “cuidadora do lar”. A partir de meados da década de 1990, ocorreu a inserção da violência nas políticas públicas de saúde. Em um primeiro momento, direcionadas à violência sexual e, recentemente, a partir da perspectiva da atenção integral, outros “tipos de violência” lhe foram agregados (BRASIL, 2002a). Em termos conceituais, além de significarem um desafio ao sistema de atenção em saúde, às condutas nas práticas terapêuticas, e sem estarem ainda inseridas na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) como garantias constitucionais, se configuram em diretrizes a perseguir.

Nesse amplo cenário, situando o contexto rural, os poucos estudos sobre o tema apontam para o desconhecimento da situação das mulheres em aspectos gerais de saúde e quanto às especificidades e peculiaridades de vida, seja no contexto familiar, social e laboral. Em decorrência, acredita-se que a violência contra as mulheres, nesse contexto, não se constitui em elementos impulsionadores e

objeto de ação do poder público e de intervenção institucional em saúde configurada em atenção específica e práticas de cuidado efetivas.

O contexto dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, destas últimas em particular, é permeado por experiências de submissão e resistência geradas e manifestadas por conflitos de classe, gênero e etnia que, muitas vezes, utilizam a violência como forma de resolução. Nesse contexto socioeconômico, os conflitos agrários surgem e são protagonizados por vários agentes sociais, na tentativa de minimizar as consequências das modificações da agroindústria e das diversas modalidades de economia contratual na agricultura, que indicam a modernização da agricultura, acompanhada pelo aumento da exclusão social, das migrações campo-cidade e da pauperização dos agricultores (TAVARES DOS SANTOS, 2000). Poder-se-ia afirmar que se constituem cenários de vulnerabilidades em diferentes setores da vida social e familiar.

A violência no campo, diz Tavares, apresenta-se de forma difusa, com caráter social, político e simbólico, e, neste caso, é frequentemente, exercida com alto grau de letalidade, contra alvos selecionados. Em relação à violência doméstica, pouco está dito, pois os cotidianos das mulheres rurais são tempos e espaços de invisibilização (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010).

A partir desses elementos, este estudo assenta-se no reconhecimento de que existe vulnerabilidade programática (inexistência de programas) em saúde que afeta, em particular, e potencialmente, as mulheres rurais em situação de violência. Busca-se discutir elementos que possibilitem tensionar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, e as agendas públicas do setor saúde. Isso poderá contribuir para a reflexão sobre as práticas e as ações públicas, de maneira crítica e dinâmica. Segundo Ayres (2008), Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2007) esse tipo de análise contribui para a busca de reflexões direcionada a mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos gerados pelas violências e influenciem no apoio aos sujeitos sociais no que diz respeito aos seus direitos, neste caso as mulheres rurais, o que na conjuntura de saúde e de desenvolvimento do país, se constitui um desafio a ser perseguido e concretizado.

Sob a orientação das ideias da Socióloga brasileira Minayo (2005) e do Sociólogo Francês Wieviorka (2006), as diferentes formas de violência, sua materialidade, suas representações, não podem ser encaradas como fenômenos a-

históricos e destituídos de subjetividade. Sob esse olhar, incluindo historicidade e subjetividade, torna-se possível a compreensão da complexidade das violências e pode-se ver de que modo as suas diferentes formas ora o são toleradas ora condenadas, de acordo com momentos históricos e diferentes circunstâncias.

Frente à complexidade do fenômeno, buscou-se o desenvolvimento de reflexões que ampliem a compreensão, a visibilidade do problema e a diversidade das situações de violência contra as mulheres, especialmente, as que vivem em áreas rurais. Nesse sentido, busca-se responder as muitas motivações e inquietações que esta “partida”, expõe, inicialmente – a problemática da violência contra as mulheres na perspectiva da saúde em espaços rurais do sul do Brasil – considerando-se as dimensões políticas, políticas institucionais e a intervenção de gestores e profissionais nos serviços públicos de saúde.

Para a construção desta Tese estruturou-se o texto em capítulos. Assim, após a introdução, apresenta-se, no capítulo 2 a construção da problemática do estudo, balizada em elementos teóricos, conceituais e pelo diálogo com a literatura. Nesse capítulo, inicialmente aborda-se a contextualização do cenário rural e discutem-se elementos da gênese múltipla da violência contra as mulheres, aspectos históricos das agendas públicas e as interfaces com a saúde e com as políticas públicas de saúde. A síntese problemática assenta-se na perspectiva de gênero e das Representações Sociais de gestores, profissionais e trabalhadores da saúde, aliando-se concepções da integralidade em saúde.

No capítulo 3 constam os objetivos gerais e os pressupostos do estudo que nortearam as reflexões e as análises desta tese.

No capítulo 4 descreve-se a metodologia desenvolvida para atender os objetivos propostos. Contempla-se, nesse capítulo, o tipo de estudo, o campo empírico, os grupos de participantes, a trajetória de geração dos dados, pontuando todas as etapas, e também discorre-se sobre a análise dos dados, mencionando as ferramentas analíticas utilizadas e as considerações éticas que nortearam o estudo. E, por último, apresenta-se as experiências vivenciadas no campo de estudo e no contato com os participantes.

No capítulo 5 inicia-se a apresentação dos resultados, descrevendo e analisando o cenário cultural, a organização e a estrutura da rede de serviços de saúde da região em estudo.

O capítulo 6 apresenta e analisa as Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais incluindo gestores, profissionais da saúde e trabalhadores da saúde. Este capítulo foi subdividido a fim de contemplar as representações dos diferentes grupos de participantes: *As Representações Sociais da Violência Contra as Mulheres Rurais – desvelando sentidos nas palavras evocadas* e *As Representações Sociais da Violência Contra as Mulheres Rurais – desvelando sentidos nas entrevistas em profundidade*.

No capítulo 7 busca-se conhecer e analisar as agendas públicas locais no enfrentamento da violência contra as mulheres rurais a partir do referencial da vulnerabilidade programática. Nesse capítulo reflete-se sobre os olhares da esfera municipal (gestores/responsáveis pela saúde da mulher) que pensam e executam as políticas públicas de saúde, como está situada na agenda local a saúde das mulheres rurais e a questão da violência contra as mulheres nesse contexto.

O capítulo 8 centra-se nas práticas de cuidado direcionadas à violência contra as mulheres rurais exercidas pelos profissionais, trabalhadores da saúde atuantes no contexto das comunidades rurais.

No capítulo 9 discorre-se sobre os entrelaçamentos teóricos e empíricos que dão corpo e sustentam a presente Tese pontuando observações, reflexões, questionamentos, construções e (des)construções acerca da problemática.

Finalizando as construções teóricas da tese busca-se nas considerações finais, promover uma articulação dos elementos teóricos com os achados do estudo, confrontando os objetivos da tese e as proposições direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres em cenários rurais no contexto da gestão e das práticas de cuidado da atenção básica de saúde.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Apresentam-se, neste capítulo, elementos de fundamentação teórica, diálogo com o tema e a construção da problemática em estudo. Parte-se do rural enquanto espaço social, histórico, geográfico, campo relacional e de práticas sociotécnicas. Discute-se a gênese múltipla da violência contra as mulheres e os aspectos históricos das agendas públicas. Na sequência, aborda-se a violência contra as mulheres, interface com a saúde e com as políticas públicas de saúde. E, finalizando, adotam-se elementos teórico-conceituais para as análises na perspectiva de gênero e das Representações Sociais de gestores, profissionais e trabalhadores da saúde, aliando-se concepções da integralidade em saúde como possibilidade analítica. As análises comprometem-se, assim, com a ideia de que é da conjugação dos diferentes olhares que surgem elementos compreensivos desses eventos.

2.1 Cenários e Sujeições - mulheres do rural brasileiro nos diferentes espaços de vida e de trabalho

No Brasil, adota-se o critério político-administrativo e considera-se urbana toda sede de município (cidade) e de distrito (vila). Segundo o IBGE (1999), é considerada área urbanizada toda área de vila ou de cidade, legalmente definida como urbana e caracterizada por construções, arruamentos e intensa ocupação humana, as áreas afetadas por transformações decorrentes do desenvolvimento urbano, e aquelas reservadas à expansão urbana. Nessa classificação, segundo Marques (2002), o espaço rural corresponde ao que não é urbano, sendo definido a partir de carências e não de suas próprias características. O rural é, portanto, um “não lugar” em diferentes sentidos da expressão que aqui será discutido.

Essa concepção de espaço rural faz com que o Brasil seja considerado muito mais “urbanizado”, com mais de 80% da população vivendo em cidades, diferentemente da maioria dos países europeus, que têm outras definições para distinguir o rural do urbano. Nesses, a definição de unidades administrativas mais amplas inclui pequenas cidades que são consideradas rurais segundo critérios demográficos e outros (FERREIRA, 2002).

Motivadas por uma série de fatores, há divergências no modo de definir o rural, desde a forma diversificada em que essa realidade se apresenta no espaço e no tempo até as influências de caráter político-ideológico e os objetivos a que visam atender as diversas definições (MARQUES, 2002). Diante disso, o presente estudo adota a concepção de rural estabelecida pelas definições oficiais, as quais classificam os espaços em rural e urbano para fins estatísticos e administrativos, e os principais critérios são: discriminação a partir de determinado patamar populacional; predominância da atividade agrícola e delimitação político-administrativa.

A maior parte da população ativa na agricultura brasileira é constituída por agricultores que trabalham com sua própria família. Apesar de todas as imprecisões do conceito, principalmente do modo como ele é utilizado no Brasil na atualidade, a agricultura familiar é expressiva quanto ao número de estabelecimentos e extremamente minoritária quanto à superfície total dos mesmos. Destaca-se, ainda, que, apesar das discrepâncias regionais ou entre produtos, o modelo produtivista, que se generalizou no país, não homogeneizou os padrões tecnológicos e organizacionais da agricultura brasileira no mesmo nível dos da agricultura de países de capitalismo avançado. A agricultura tradicional persiste em maior escala no Brasil (FERREIRA, 2002).

O processo de modernização tecnológica, iniciado nos anos 1950 com a chamada “Revolução Verde”, modificou, acentuadamente, as práticas agrícolas, gerando mudanças ambientais, nas cargas de trabalho e nos seus efeitos sobre a saúde, deixando os trabalhadores rurais expostos a riscos muito diversificados. A modernização da agricultura foi acompanhada por incremento da pesquisa agrônômica, sociológica, econômica e tecnológica no Brasil e em várias partes do mundo. Já na área de saúde, esse incremento é incipiente, devido à dispersão geográfica dos trabalhadores rurais, o que dificulta entre outras questões, a realização de estudos de base populacional. A maioria dos estudos sobre o tema da saúde utiliza dados secundários, ou baseia-se em usuários de algum serviço ou, ainda, compara a população rural à população urbana sob vários aspectos e recortes (ABRAMOVAY, 1994; FARIA et al., 2000; FLEURY, 2008).

Nesse contexto, as mulheres rurais situam-se em diferentes espaços de vida e de trabalho, dentre os quais o da roça e o da casa. O espaço da roça é o que denota maior valor, por ser considerado produtivo – gera visibilidade e trabalho

efetivo – mas é o espaço comandado pelo homem. No que tange ao espaço da casa, este representa o da reprodução, no qual é consumido o lucro advindo do trabalho da roça e, por isso mesmo, considerado de valor nulo, se analisado sob a lógica capitalista – não gera lucro. Nesse sentido, o espaço da casa passa a ser o lugar do não trabalho, representando “ajuda”, onde ocorre a existência apenas do “serviço” ou do trabalho feminino “a serviço da família”, sendo este o espaço da mulher (LOPES, 1996a; MENEGAT, 2008).

Frente a essa realidade, e segundo as autoras acima, constituem-se relações de subordinação da mulher ao “papal” social de mãe, esposa e dona de casa, sendo que as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos e demais membros da família são atribuições naturalizadas como componentes desse “papal”. Assim, como trabalham concomitantemente no espaço da roça e da casa, a divisão sexual do trabalho se materializa em compromissos de duplas ou triplas jornadas.

Sob a ótica de Hirata e Kergoat (2000), a divisão sexual do trabalho como forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos, é fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Atribuem-se, segundo as autoras, características de designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação, pelos homens, das funções com maior valor social agregado.

Essa forma particular da divisão social do trabalho, segundo Hirata e Kergoat (2000) tem dois elementos organizadores: o de separação (trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher). Tais elementos são encontrados em todas as sociedades conhecidas, no tempo e no espaço. No entanto, as autoras dizem que mesmo que esses dois elementos sejam encontrados em todas as sociedades conhecidas e legitimados pela ideologia naturalista, isto não significa, que a divisão sexual do trabalho seja um dado imutável. Ao contrário, ela apresenta uma notável plasticidade; suas modalidades concretas variam no tempo e no espaço.

Não é, entretanto, em razão de tais modificações que deixam de existir a divisão do trabalho entre os sexos e a hierarquia subjacente. Lopes (1996b) considera móvel a construção das identidades sexuais, denominada pelas autoras acima de plasticidade, ou seja, o que é masculino e o que é feminino, e que esses atributos são diferentemente ‘explorados’ no mundo do trabalho.

Analisando as especificidades do rural, Brumer (2004) menciona dois aspectos que podem explicar a divisão sexual do trabalho que se estabelece entre homens e mulheres. O primeiro é que a unidade familiar de produção caracteriza-se por reunir os esforços de todos os membros da família, visando ao benefício de todos, havendo uma necessária aproximação entre unidade de produção e unidade de consumo. O segundo é que se vive em uma sociedade patriarcal e, de certo modo, machista em que ainda se atribui, ao homem, o papel de responsável pelo provimento da família.

Em estudo desenvolvido com mulheres agricultoras do Oeste Catarinense, Matos (2000) buscou identificar as noções de doença, saúde e cura através da linguagem expressa por meio das representações sociais, e evidenciou que um dos elementos básicos na construção da percepção da doença é a sua associação ao tipo de trabalho a que a agricultora está submetida. Nesse estudo, a etiologia da doença é sugerida mediante constantes referências ao modo de vida, ou melhor, às condições de vida e trabalho a que estão submetidas essas mulheres no dia-a-dia, e a percepção das causas de suas doenças tem várias expressões: angústias, sobrecarga de responsabilidade, insatisfação com o relacionamento familiar e afetivo-sexual.

Embora existam discursos e práticas diversas sustentadas em reflexões sobre as hierarquias de gênero, a mulher continua sendo responsável pelo cuidado da casa e dos filhos, o que não é contabilizado como trabalho. Considera-se trabalho o que é convertido em subsistência ou que possa ser comercializado. Então, para a divisão formal, os homens trabalham oito horas e as mulheres quatro, invisibilizando o trabalho doméstico, o trabalho social (cuidado com as crianças e os idosos) e os cuidados de saúde dos membros da família (SALVARO, 2004).

A partir disso, as hierarquias no contexto familiar e social, sustentadas nas culturas de gênero são constitutivas e, ao mesmo tempo, reflexo da socialização de homens e mulheres no ambiente rural. Por exemplo, mesmo com efetiva participação nas lutas sociais pela posse da terra e por melhores condições de trabalho, com a abertura para as discussões de gênero pelo Movimento dos Sem Terra (MST) na década de 1980, as mulheres vivenciam situações de discriminação e dificuldade de acesso a serviços do Estado (SALVARO, 2004). Essa falta de acesso ocorre não apenas em relação ao acesso ao mercado de trabalho e à posse da terra, mas, praticamente, em todos os setores. Na maioria das vezes, as

atribuições e representações públicas e legais são de responsabilidade masculina, excluindo, ainda mais, as mulheres do exercício da cidadania pela circunscrição de suas atribuições ao espaço privado.

No espaço de atuação das mulheres rurais em mobilizações e ações coletivas, nos anos 1980, houve dificuldade para integrarem aos sindicatos, pois muitos sindicalistas consideravam-nas uma ameaça, prevalecendo a crença de que eram incapazes de exercer atividades políticas e desempenhar funções no espaço público. No entanto, elas conseguiram se inserir e adquirir benefícios até então exclusivos dos homens, obtiveram a seguridade de direitos na Constituição de 1988 – a aposentadoria, o direito à terra e, ainda, o direito à licença-maternidade (SILVA, 2000).

No campo amplo dos direitos sociais, constata-se que o acesso a serviços como direito de cidadania é limitado às mulheres rurais, principalmente, devido às iniquidades urbano/rurais e “às desigualdades nas relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência, trabalho e serviços, à maior precariedade dos serviços locais e de saúde” (BRASIL, 2007). Em relação aos serviços de saúde, o acesso é ainda mais limitado pelas lacunas na cobertura e pela maior dificuldade de deslocamento nessas áreas. Leal et al. (2009) mencionam que as áreas rurais refletem as disparidades em saúde existentes no país como um todo, e potencializam certas características “crônicas” de acesso a serviços em suas diferentes dimensões. Não só a acessibilidade geográfica está aí expressa, mas, também, o acesso como direito constitucional que é resultado de desigualdades na oferta pública e da existência de opções por recursos assistenciais.

No meio rural, apesar das dificuldades de acesso, na perspectiva do direito de oferta, acredita-se que sejam os serviços estatais os mais frequentes e frequentados pelas mulheres. No entanto, além de raros e, às vezes, inadequados, os serviços não dispõem de uma rede intersetorial de sustentação para apoio e encaminhamentos (LEAL et al., 2009). Em relação à rede de enfrentamento das violências, por exemplo, salientam-se a localização predominante das delegacias especializadas nos grandes centros urbanos, assim como os serviços especializados de saúde, redes sociais de apoio, de educação ou serviços jurídicos. As áreas rurais apresentam deficiências quanto à existência de serviços de creches e de educação infantil e de outras estruturas importantes para consolidar o direito da

mulher de exercer atividades articuladas na agricultura familiar, ou ter acesso à educação e ao mercado de trabalho formal.

Nesse contexto de iniquidades estruturais, como integrantes da população rural brasileira, as mulheres, de modo geral, estão vulneráveis à violência, pois apresentam menor índice de trabalho formal que os homens, têm salários menores e constituem apenas 12,6% das beneficiárias da reforma agrária do Brasil (BRASIL, 2004). Pode-se argumentar que, nesse cenário, a violência adquire formas complexas e múltiplas e se manifesta nas relações sociais cotidianas, evidenciadas pela discriminação quanto à posse, ao trato e ao manejo da terra, sobrecarga de trabalho justificada nas assimetrias de poder que sustentam hierarquias intrafamiliares e sociais, e na “legitimidade masculina” da divisão sexual do trabalho nesse âmbito.

2.2 A gênese múltipla da violência contra as mulheres rurais - agendas públicas de enfrentamento no campo dos direitos humanos

A violência é um fenômeno de grande complexidade considerado de difícil conceituação por estudiosos. Encerrá-lo, numa definição única e fixa, é simplificá-lo, correndo o risco de compreender mal a sua especificidade histórica, por se tratar de um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia. A violência nutre-se de fatos políticos, econômicos e culturais, presentes nas relações micro e macrossociais, o que significa que pode ser estudada somente dentro da própria sociedade ou na relação na qual é gerada. Não se trata de fenômeno recente e exclusivo do mundo contemporâneo, mas tem aflorado, nos últimos anos, como um dos maiores, mais complexos e graves problemas sociais, especificamente, nos centros urbanos (MINAYO, 2003).

A violência contra as mulheres está presente em toda a sociedade, sendo um fenômeno relacionado às culturas de gênero e à distribuição do poder dentro de cada grupo social. Assim, ao considerar a violência contra as mulheres uma questão de gênero, Schraiber, D' Oliveira e Couto (2009) inferem que as relações entre homens e mulheres encontram-se sob conflito e as formas interativas, em crise, isto

é, sob ameaça de ruptura da dominação tradicional. A violência surge como comportamento de reconquista do poder ou para prevenir sua perda.

Assim, ressalta-se que o evento violência caracteriza-se pela ação de um homem contra uma mulher, e, segundo Louro (2000), é influenciado pelos modelos culturais e pelas “pedagogias culturais” do que é ser homem, do que é ser mulher e de qual a “função” da violência nas relações interpessoais e de poder. Nesse sentido, essa condição de gênero predispõe e confere certa “legitimidade” à existência desse tipo de violência, mais frequentemente no espaço socialmente ocupado pelas mulheres: o espaço privado, a família, o domicílio.

No final da década de 1960 e em meados dos anos 1970, iniciou-se um processo de conscientização sobre a necessidade da criação de mecanismos institucionais para a melhoria das condições de vida das mulheres de todo o mundo, esboçando-se as primeiras definições a esse respeito. Em 1967, foi criada a Declaração para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, a qual está na gênese da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 1979. Nesse mesmo processo, o ano de 1975 foi proclamado, pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Ano Internacional da Mulher e realizou-se a Conferência sobre as Mulheres na Cidade do México. Nesta, o período compreendido entre os anos 1976 e 1985 foi declarado como a Década das Mulheres e aprovou-se o respectivo Plano de Ação Mundial (SILVA, 2002).

A partir da Década das Mulheres e até o ano de 1995, a ONU realizou mais três conferências mundiais, especificamente sobre mulheres: 1980, Copenhague; 1985, Nairóbi e 1995 em Pequim. Em 1993, como resultado da Conferência sobre os Direitos Humanos, realizada em Viena (Áustria), surgiu a Declaração de Viena para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres. Essa conferência tem sido considerada um marco, pois representou uma mudança radical ao impor, aos governos, a obrigação de zelar pela garantia dos direitos das mulheres.

A Declaração da Eliminação da Violência Contra a Mulher foi o primeiro documento internacional de direitos humanos voltado exclusivamente à violência contra as mulheres. O documento assim define violência contra as mulheres:

Qualquer ato de violência com base no gênero, sexo, que resulta ou que é provável resultar em dano físico, sexual, mental ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrida em público ou na vida particular (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1993).

No Brasil, o movimento feminista foi responsável por tornar pública a violência contra as mulheres, principalmente a violência sexual e doméstica, na década de 1980. Essa mobilização do movimento ocorreu em função da brutalidade da violência conjugal e da impunidade dos agressores, motivo pelo qual as mulheres reclamavam por medidas e solução, pois o crime passional não era punido. As feministas reivindicavam abrigo, assistência jurídica especial à população feminina e atendimento policial, por acreditarem que o Estado deveria promover políticas públicas e assistenciais aos cidadãos. Com isso, o movimento de mulheres iniciou parcerias com o Estado a fim de implementar políticas públicas voltadas à prevenção da violência contra as mulheres (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Começaram a ser elaboradas, em meio a uma experiência política inovadora e ao lado de práticas de sensibilização e de conscientização, atendimentos, pelas feministas, de mulheres que sofriam violências nos chamados SOS-Mulher². Salienta-se que o conjunto de ideias, que deu suporte e substância a essa expressão, foi elaborado a partir de uma compreensão particular acerca da opressão sofrida pelas mulheres no âmbito do Patriarcalismo – noção sintonizada com as discussões feministas no cenário internacional da época (DEBERT; GREGORI, 2008).

Em decorrência das mobilizações, da legislação nacional e dos Pactos Internacionais, em meados da década de 1980, de modo pioneiro, no contexto internacional, o Brasil passou a instalar as Delegacias de Defesa das Mulheres (DDMs), órgãos especializados da Polícia Civil que procuravam dar um atendimento adequado às vítimas. A primeira delegacia foi criada no estado de São Paulo, e aos poucos, em outros estados brasileiros. Por se localizarem, predominantemente, em espaços urbanos, não as transforma em garantia do direito ao acesso e em lugares acessíveis (SCHRAIBER et al., 2005).

A DDM foi o primeiro recurso no combate público à violência contra as mulheres, em especial, à violência conjugal. Seu caráter era puramente policial:

²O SOS-Mulher de São Paulo foi a primeira entidade no Brasil criada por iniciativa de vários grupos feministas em outubro de 1980 com o propósito de prestar atendimento a mulheres vítimas de violência. Essa entidade atuou durante três anos, atendendo as mulheres em plantões, realizando encaminhamentos para aconselhamento jurídico e psicológico e organizando campanhas de conscientização sobre a gravidade do problema tratado (DEBERT; GREGORI, 2008).

detectar a transgressão à lei, averiguar sua procedência e criminalizar a violência doméstica de acordo com a lei federal. No entanto, estudos mostram que, apesar das DDM e do aumento importante de denúncias que elas propiciaram, a impunidade continua. Ou seja, muitos processos não são instaurados, poucos chegam ao julgamento e o número de condenados é ínfimo, mas tornou-se a legitimidade da garantia dos direitos das mulheres viverem livres da violência, e proporcionou maior visibilidade desse agravo e no aumento das denúncias (SCHRAIBER et al., 2005; GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2009).

No plano das limitações desses serviços, outro fator que interfere na comunicação com as mulheres em situação de violência, é o “treinamento” dos profissionais voltado ao atendimento policial. Entretanto, algumas mulheres buscam, na DDM, a possibilidade de, por meio da interferência do Estado, “dar um susto” em seu companheiro, na tentativa de modificar o comportamento agressor; pois acreditam que ainda é possível manter um relacionamento afetivo se o parceiro conseguir “dominar o gênio nos momentos em que perde a cabeça”. Porém, as DDM não têm o objetivo de fazer a intermediação entre o casal e alguns profissionais têm dificuldade de entender o motivo que leva muitas mulheres a retirarem a queixa (SCHRAIBER et al., 2005; D’OLIVEIRA, 2000).

No Rio Grande do Sul, segundo a Secretaria de Segurança Pública no ano de 2012, nos 497 municípios, existem apenas 15 Delegacias Especializadas em violência contra as mulheres, localizadas nas sedes dos municípios de Porto Alegre (2), Santa Maria, Cruz Alta, Passo Fundo, Caxias do Sul, Erechim, Santa Cruz do Sul, Lajeado, Ijuí, Canoas, Novo Hamburgo, Santa Rosa, Rio Grande e Pelotas. Os últimos dois municípios são os de referência para as mulheres dos municípios do presente estudo, os quais, por sua distante localização geram dificuldades também de acessibilidade, e, conseqüentemente, da “não denúncia”. Além disso, as Delegacias da Mulher são limitadas pela falta de recursos financeiros, de pessoal capacitado para o atendimento e acompanhamentos necessários às vítimas. Outro dificultador é a falta de analistas que trabalhem os dados, os classifiquem e os transformem em informações que possam contribuir para os estudos e para a construção de políticas públicas.

A problemática no Estado pode ser exemplificada em um estudo, desenvolvido pela Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul (RS), que traçou o perfil das mulheres assassinadas no estado. No período de setembro de

2006 (início da vigência da Lei Maria da Penha³ 11.340 de 2006) a junho de 2008, analisando 267 assassinatos, o estudo mostrou que a faixa etária, onde mais mortes ocorreram, foi entre 18 e 24 anos com (20%) das ocorrências, seguida da faixa de 25 a 35 anos (16,47%) e dos 30 aos 34 anos (14,12%). A maioria dos crimes foi praticada pelo companheiro (30,23%), seguido do marido (22,09%), do ex-companheiro (17,44%) e do namorado (10,47%). Esses percentuais totalizaram 80,27% dessas ocorrências perpetradas por alguém com quem as mulheres mantêm ou mantiveram relações afetivas, o que condiz com a literatura. O estudo também identificou que os motivos do crime foram variados, sendo o primeiro, algo banal: a discussão, responsável por (38,46%) dos assassinatos; em seguida, a separação (34,62%) e o restante – ciúmes e processo judicial de separação – ficou com 7,69%. Além disso, evidenciou-se no estudo que o principal local de ocorrência desse evento foi o domicílio (RIO GRANDE DO SUL, 2009). Chamou a atenção, a inexistência de referências e dados específicos quanto às denúncias e boletins de ocorrências de violência contra as mulheres em áreas rurais. A inexistência de desagregação de informação por base geográfica surge como um dos elementos responsáveis por essa situação.

Recentemente, foi promulgada, no Brasil, a Lei Maria da Penha de 2006, destinada especificamente à violência doméstica e familiar, reconhecendo-a como uma violação dos direitos humanos. A Lei altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher; inclui, ainda, medidas de proteção para a mulher que corre risco de morte, tais como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física da mulher agredida e dos filhos (BRASIL, 2006a). Considerando-se o texto, supostamente protetivo da lei, pode-se perguntar: Como esse afastamento do agressor do domicílio poderia ocorrer no cenário rural? As mulheres estariam condenadas a permanecerem nessa situação?

³ Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 - cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006a).

No que tange ao espaço rural, em seu estudo Lorenzoni (2007) buscou conhecer como se configura essa problemática para as mulheres no Rio Grande do Sul, e evidenciou, a partir de relatos, as múltiplas faces da violência: violência pela desvalorização, pela pobreza e condição social; violência física, moral, verbal, psicológica, doméstica; violência pelo uso de agrotóxicos; violência no campo e os crimes na luta pela terra; violência institucional/estrutural. Chama a atenção, nesse estudo, que a violência se perpetua, principalmente pelo *medo* das mulheres: em reagir, denunciar; de ficarem sozinhas, da separação; de perder seus filhos; do que os outros vão dizer e de se impor como mulher capaz de mudar essa situação. Aliado a isso, parece existir um sentimento de impotência que as coloca cada vez mais em situação de submissão, e com sentimentos de culpa por não terem conseguido resistir diante das formas de violência e por não serem suficientemente obedientes e dóceis (LORENZONI, 2007).

Em outro estudo, Soares (2009) investigou a (re)construção das vivências de gestação e maternidade na adolescência, em dois assentamentos rurais, no município de Encruzilhada do Sul/Rio Grande do Sul, e evidenciou, nas falas das adolescentes, relatos de violências perpetradas pelos companheiros, invisibilizadas em comportamentos naturalizados como masculinos, além da ausência de políticas públicas que auxiliem esses enfrentamentos. A autora também mostra que a potencialização da ausência do poder público, aliada a condições de vida material precária (habitação, trabalho, renda, entre outras), nos assentamentos, vulnerabiliza ainda mais as mulheres, em particular as jovens.

Entende-se, então, a violência como objeto de análise e intervenção multidisciplinar e intersetorial que perpassa diferentes segmentos da sociedade, produzindo ressonância contínua e contundente na área dos direitos humanos, da justiça, da economia, da educação, da segurança pública e da saúde. Segundo documento, produzido na década de 1990, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a saúde é a primeira encruzilhada para aonde confluem todos os outros corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atendimento especializado, rede básica de saúde, entre outros serviços de saúde (OMS, 2002). No entanto, não existem serviços que (re) conheçam essa especificidade e desenvolvam formas instituídas eficazes para fazer frente a esses eventos.

As reflexões que se fez até aqui, partindo da problematização das agendas públicas no campo da violência contra as mulheres como problema de direitos humanos, permitem que se avance e se situe a violência no campo das práticas sociais de enfrentamento enquanto problema de saúde e da saúde pública em particular, como eventos que afetam e são afetados por práticas e serviços na perspectiva individual e coletiva.

2.3 O caráter endêmico da violência e o reconhecimento diagnóstico – problema de saúde pública?

A violência é amplamente reconhecida como objeto de estudo primeiro nas ciências humanas e sociais e da filosofia. Essa precedência é particularmente relevante no caso da violência contra as mulheres, e na saúde surge a partir de 1995. Desse modo, além da violência ter sido objeto de intervenção inicialmente nos setores da segurança pública e do sistema judiciário, facultou, aos profissionais da saúde, o entendimento de que sua atuação poderia restringir-se às consequências físicas ou mentais da violência, restando ela mesma como um problema daqueles outros campos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Na década de 1980, e, de modo mais intenso, na década de 1990, a problemática da violência adquiriu maior força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública. Foi apenas nesse período que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar, explicitamente, em violência. Em 1994, a OPAS realizou uma conferência internacional com os Ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema. Dentre as conclusões desse encontro, destacou-se a constatação de que a violência, devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas sequelas físicas e psicológicas, adquiriu um caráter endêmico e se tornou uma responsabilidade da Saúde Pública, por caber a esse setor o atendimento de urgência, tratamento e reabilitação das suas vítimas (MINAYO, 2006a; AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Nessa perspectiva, a violência contra as mulheres passou a ser considerada, pelas Nações Unidas, uma questão de saúde pública ao entendê-la não como um fato isolado mas, sim, intrinsecamente relacionada a processos sociais e que, para compreendê-la, devem ser consideradas as condições sociais, políticas, econômicas

e culturais do contexto (BRASIL, 2001a). Considerada um processo social, a violência contra as mulheres atenta contra um direito humano fundamental de vida, não sendo objeto específico do setor saúde, mas ligando-se a ele à medida que este setor participa do conjunto das relações em sociedade e se reconhece a insuficiência das disciplinas isoladas na abordagem social deste problema.

No Brasil, nesse período (década de 1990), a violência contra as mulheres apareceu mais no cenário social, tornando visíveis os impactos sobre o campo da saúde. Nessa perspectiva, começou a ser discutida a função das políticas e das instituições da saúde que, tradicionalmente, estiveram ligadas aos cuidados relativos às consequências e aos agravos físicos e psíquicos gerados pelos conflitos sociais. Já, as violências de todas as origens e sua causalidade situam-se predominantemente no terreno da polícia e do judiciário.

Pode-se dizer, a partir dos estudos de Minayo (2006a), que o reconhecimento da especificidade do setor saúde não retira sua cumplicidade com a problemática social mais ampla, seja no campo da realidade empírica (considerando-se que a questão da saúde envolve o conjunto das relações sociais vivenciadas), seja no âmbito conceitual, em que o específico é atravessado por distintas posições face às possibilidades de organização da vida social. Esse fenômeno afeta fortemente a saúde em decorrência de alguns fatores: provoca morte, lesões, traumas físicos, agravos emocionais, mentais, entre outros; diminui a qualidade de vida das pessoas e suas coletividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; gera novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação interdisciplinar e intersetorial.

Nesse sentido, as mulheres que sofrem violência, principalmente a perpetrada pelo companheiro, tendem a utilizar mais os serviços de saúde devido ao aumento de diversos problemas associados – desde os traumas específicos das agressões físicas até aqueles que não aparecem de forma explícita – fazendo com que as vítimas recebam a classificação de “poliqueixosas” dos serviços de saúde. A assistência tem baixo poder resolutivo nessas situações, acarretando maior custo ao sistema de saúde em consequência do seu uso repetitivo e ineficaz. Assim, questiona-se: De que modo os gestores, os serviços e os profissionais reagem a essas “queixas”? O que significa aceitar, acolher ou rejeitar essas queixas? E quais as consequências das queixas no espaço dos serviços e no cotidiano de vida das usuárias e seus familiares?

Na perspectiva do rural, na maioria das vezes “não existe” a quem recorrer, o que agrava ainda mais a já “ilegítima” queixa. Estudos revelam que os gestores municipais, os serviços e os profissionais de saúde apresentam dificuldades para identificar e acolher as demandas e as necessidades das mulheres. Ressalta-se que, nos serviços de saúde, os profissionais direcionam o atendimento ao “órgão ou à parte do corpo” lesada, o que desconsidera a relação de causalidade. No cotidiano dos serviços, não se evidencia envolvimento dos profissionais, quer seja com as múltiplas causas e influências socioculturais que sustentam a violência ou com suas consequências (LEAL; LOPES, 2005). Pode-se dizer que, no imaginário social e nas práticas institucionalizadas, se fortalece a responsabilização individual e unilateral (só do usuário) pela saúde e pela doença, em particular nas situações que envolvem violência, considerando-as “escolhas” privadas. Particularizando o gênero, pode-se admitir, para as mulheres, um “destino” sustentado em representações do tipo: “as mulheres gostam de apanhar”.

Contextualizando essas ideias, em pesquisa realizada em Serviços Básicos de Saúde, relacionada à violência contra gestantes, Bonfim (2008) constatou que ela aparece descontextualizada nos registros e nas concepções dos profissionais de saúde, evidenciando-se mitos e preconceitos que dificultam a identificação e, conseqüentemente, o enfrentamento dessa problemática. Evidencia-se, portanto, que a naturalização da violência é frequente, atestando a persistência da dominação de gênero e da histórica aceitação da lei “do mais forte” nas relações conjugais em ambiente doméstico.

Acrescenta-se que as dificuldades das mulheres em manifestarem e expressarem a violência vivida é, também, problemática da comunicação nas relações interpessoais profissionais-usuárias. Isso provém da ausência de linguagem comum que dê conta de tornar essa condição vivida, parte dos problemas (diagnósticos) que os profissionais de saúde concebem como relativos à sua intervenção. Da perspectiva das mulheres usuárias dos serviços, essa problemática traduz-se em termos de “contar de modo a ser compreendida/acolhida” pelo profissional.

O setor saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema (que não é reconhecido como legítimo no campo diagnóstico), resultando na diluição dos eventos violentos entre outros agravos, desconsiderando a intencionalidade do ato que gerou o estado de adoecimento. E Cocco (2007) menciona que, para a

grande maioria dos gestores municipais e dos profissionais da saúde, a violência torna-se fenômeno “natural” do cotidiano, considerado e dimensionado, em muitas ocasiões, como evento previsível e frequente, de acordo com as condições sociais, econômicas e culturais em que acontecem. Isso torna esses eventos episódios previsíveis, para os quais o “cardápio atual” de ações nos serviços pode dar conta, pois as consequências são tratadas apenas em sua dimensão física em que os atendimentos e os procedimentos sobre o trauma tornam-se suficientes.

Outra dificuldade do setor saúde, no Brasil, é que a magnitude da violência contra as mulheres ainda não consegue ser bem dimensionada, por se basear em dados de pesquisas, que, em sua maioria, existem, de forma isolada, nos Serviços de Saúde e nas Secretarias de Segurança Pública, sem articulação ou diálogo intersetorial. Atualmente, o monitoramento, no setor saúde, ocorre somente a partir dos sistemas de informação existentes relacionados à mortalidade, à morbidade hospitalar das internações via SUS. A notificação compulsória da violência contra a mulher, ainda está em fase de implantação no território nacional. Com isso os dados ainda se encontram pulverizados nos sistemas de informação existentes, cada qual com a sua especificidade e grau de confiabilidade da qualidade da informação (FONSECA; OKABE, 2009).

Pode-se argumentar que essa “notificação compulsória” sofre influência do que se conceitua e ou se reconhece como evento de doença e que pode ser lido em sistemas diagnósticos possíveis de registro oficial. Causas inespecíficas ou difusas, permanecem no anonimato ou frequentemente são definidas pelas consequências – lesão, corte, surto, entre outros.

No entender de Schraiber et al. (2002), Cocco (2007), Bonfim (2008), Cocco e Lopes (2010), os dados baseados em serviços têm várias limitações em termos da construção de informação em saúde; não há, senão excepcionalmente, uma busca ativa de vítimas de violência pelos serviços; não há homogeneidade de registro quando há perguntas sobre violência; e mesmo quando a violência é referida, nem sempre é registrada. Isso mostra que o reconhecimento e o registro “espontâneo” da violência são extremamente baixos na rede de serviços da atenção básica de saúde, a qual poderia representar importante porta de entrada acessível e sensível a essa situação, no entanto, não é o que ocorre.

Em consequência dessas impropriedades, ao se analisar alguns estudos sobre essa problemática, pode-se apenas conhecer aspectos superficiais. Um

desses estudos foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde que compilou dados de vários países que indicam que a violência doméstica (física, sexual e psicológica) é maior em populações rurais do que nas urbanas. No Brasil, com 2645 mulheres de 15 a 49 anos, entrevistadas na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (PE), o estudo mostra que 29% das mulheres de SP (área urbana) e 37% de PE (área rural) relataram algum episódio de violência física ou sexual cometida por parceiro ou ex-parceiro, o que indica maior índice de ocorrência em áreas rurais. As que sofreram violência relataram duas a três vezes mais a intenção e tentativa de suicídio do que aquelas que não sofreram; as que relataram violência, declararam, com maior frequência, o uso diário de álcool e problemas relacionados à bebida (OMS, 2005).

Outro estudo, realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), mostra que, a cada 12 segundos, uma mulher é agredida no Brasil e mais de dois milhões de mulheres são espancadas, a cada ano, por maridos ou namorados – atuais e antigos. A pesquisa também revelou que 18% das mulheres declararam espontaneamente que já sofreram algum tipo de violência por parte de um homem. Quando a mesma pergunta foi acompanhada por uma lista de formas de violência (agressão física; ameaça; cerceamento da liberdade; assédio sexual; violência psicológica etc.), a resposta das mulheres mais que dobrou, atingindo 40%. Das mulheres que relataram algum tipo de violência, 24% mencionaram ter sofrido controle/cerceamento e violência física ou ameaça; 23%, violência psíquica/verbal; 10%, violência sexual, e 7%, assédio (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Esses dados refletem, apenas, a *ponta do iceberg* em termos da magnitude do problema e não se pode fazer afirmações estatísticas confiáveis no campo da saúde em especial. Assim, mesmo que a magnitude dos agravos seja subestimada ou oriunda de estudos populacionais, os dados disponíveis revelam as violências contra as mulheres sustentadas nas assimetrias de gênero e materializadas em hierarquias sociais que alicerçam inúmeras iniquidades na vida prática. Essas iniquidades não são reconhecidas socialmente, mas geram consequências de múltiplas dimensões – materiais ou imateriais.

Políticas públicas e práticas de saúde no campo da violência – articulação e efetividade na implementação principalista do SUS

A política pública de saúde é a forma histórica, mais ou menos explícita, como o Estado direciona e conduz o problema das condições de sanidade da população, variando essa condução conjunturalmente e comportando um conjunto de divergências, incoerências e, mesmo, oposições internas. Complementa-se que, sob esse ponto de vista, qualquer Estado tem uma política de saúde, por menos explícita em programas que ela seja e por menor importância política que tenha a saúde no conjunto dos setores do Estado (LUZ, 2007).

Avançando-se mais na questão da atenção à saúde, constata-se que a história das políticas de saúde brasileiras revela variações nas concepções e na valorização da atenção primária em saúde por exemplo, influenciadas pelo contexto nacional e internacional. Ao longo de quase todo o século XX, a saúde pública pautou-se na prestação de cuidados aos mais pobres, nas mobilizações campanhistas que não conseguiram eliminar as doenças infecto-contagiosas ou a mortalidade materno-infantil. Já, as pessoas que tinham condições e recursos, optavam pelo modelo privatista incorporado pelos médicos e pelos interesses capitalistas. Ressalta-se que esse último modelo alavancou-se no período da ditadura militar com investimentos de grandes recursos governamentais na edificação de hospitais e na aquisição de equipamentos médicos (LUZ, 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

Essas prioridades, definidas como opção política, resultaram em precariedade na assistência, principalmente, direcionada à população pobre e provocaram, na década de 1970, a mobilização de toda a comunidade, de movimentos sociais, com a organização da sociedade civil em seus diversos setores de atuação (usuários, prestadores de serviço, agentes institucionais públicos, dentre outros), que se expressaram em acontecimentos concretos, por exemplo, a realização das Conferências Nacionais de Saúde no debate em torno do tema. Esse movimento social denominado Movimento Sanitário, se caracterizou como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional, responsabilizando o Estado pela proteção à saúde dos cidadãos (LUZ, 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

O Movimento Sanitário fomentou e organizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, considerada o marco no processo de reestruturação do modelo de atenção à saúde em que se discutiram os temas: a saúde como direito; a reformulação do Sistema de Saúde integrando aspectos orgânico-institucionais, descentralização, universalização e participação, redefinição

das atribuições das esferas de governo no tocante à prestação de serviços; e o financiamento dos serviços (PAIM, 2008).

Assim, a partir do início da década de 1990, as políticas de saúde brasileiras iniciaram um processo de consolidação do debate em torno da Saúde Coletiva, tendo, como marco, a Constituição Federal de 1988 que instituiu atenção à saúde, considerando saúde um *direito do cidadão e dever do Estado* (BRASIL, 2006b). Para tanto, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) cujo princípio básico é o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde. O SUS, portanto, contempla alguns princípios doutrinários, regulamentados na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde. A **universalidade** centra-se no direito ao atendimento; a **equidade** implica a premissa de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades; a **integralidade** requer que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde formem um todo indivisível, que não pode ser compartimentado e fragmentado (OLIVEIRA et al., 2008). Por sua vez, a Lei 8.142/1990 complementa, inicialmente, os meios de participação da sociedade, criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. E, em segundo lugar, as formas de transferência de recursos entre as três esferas estatais e as diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e, mais recentemente, emendas constitucionais e pactos pela saúde (LUZ, 2007).

Para a operacionalização do SUS, efetivaram-se alguns princípios organizativos: descentralização da gestão com comando único; regionalização e a hierarquização dos serviços; resolutividade no atendimento; participação efetiva da população no controle das ações de saúde e, ainda, a complementaridade do setor privado. Dentre esses princípios, a regionalização e hierarquização norteiam a estruturação dos serviços de saúde a partir de níveis de atenção que se estruturam da seguinte maneira: nível de atenção primária ou de Atenção Básica; Atenção Secundária ou de Média Complexidade; e Atenção Terciária ou de Alta Complexidade.

Considerando-se o nível de atenção básica, somente nos últimos anos o movimento de fortalecimento da Atenção Básica funde-se ao ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao processo de descentralização da política de saúde. A

própria opção pela denominação "Atenção Básica" decorre da negação de concepções restritivas sobre Atenção Primária, propostas por organismos internacionais, e da tentativa de diferenciação da estratégia brasileira, vinculando-a a uma concepção que denominam de universalista, compreendida como componente estratégico para estruturação, organização e equidade do sistema (VIANA; FAUSTO, 2005; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Sob esse enfoque, a Atenção Básica de Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006c). Assim, salienta-se que, em meados da década de 1990, o Ministério da Saúde implantou a estratégia Programática Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e a consolidação do SUS. Tendo, em sua base, os pressupostos do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) insere-se, no centro de sua proposta, a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Modelo de atenção ou modelo assistencial "é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, uma racionalidade, uma espécie de 'lógica' que orienta a ação (PAIM, 2003).

Orientada pela ESF, a atenção básica, apresenta alguns eixos de atuação: a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Neste contexto, o sujeito é considerado em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção socio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, e também a redução de danos ou de sofrimentos que comprometem o viver de modo saudável (BRASIL, 2006c).

Seguindo esse mapeamento das políticas públicas e práticas de saúde, no campo ideológico e estrutural – e do oferecimento de serviços, questiona-se: Quais ações se pautam no reconhecimento da violência contra as mulheres como problema de saúde e da Saúde Pública? Como se institucionalizam, distribuem-se geograficamente e qual é a repercussão de ações de enfrentamento dessa problemática? Como essas são pensadas, ou não, considerando-se as especificidades do rural?

Na última década do século XX, a violência contra as mulheres tornou-se mais visível como problema de saúde pública, tendo havido uma aceleração da criação de respostas do setor saúde e de pesquisas de campo, com avanços e limites (BRASIL, 2002a). Considerando-se as primeiras iniciativas informais, criadas ainda na década de 1980, pode-se dizer que, no Brasil, completam-se em torno de vinte anos de desenvolvimento de respostas e políticas na interface da violência com a saúde.

Historicamente, pode-se dizer que a saúde da mulher, no Brasil, foi incorporada às políticas de saúde nas primeiras décadas do século XX, acompanhando o movimento da saúde pública, e direcionava-se ao atendimento das demandas reprodutivas. Somente na década de 1970 ocorreu a implementação do *Programa de Saúde Materno Infantil*, voltado a prestar assistência aos filhos de mulheres que estavam fora do sistema de proteção social da época. Destaca-se que, naquele período, a atenção pré-natal era a única ação pública de saúde, de caráter universalista, voltada para as mulheres (BRASIL, 2007).

No campo das políticas e práticas, o movimento feminista fez constantes críticas ao modo com que a temática e os problemas de saúde da mulher estavam sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde. As críticas eram motivadas pelo fato de que, até então, a atenção à mulher estava sendo pensada de forma reducionista e não integral, desconsiderando seu contexto social e cultural e as diversas formas de dominação que estabeleciam especificidades ao adoecimento das mulheres (MATTOS, 2006; DINIZ, 2006). A partir de então, os grupos de saúde da mulher organizaram um movimento nacional, em 1983, e juntamente com o Ministério da Saúde, construíram o *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), anunciando-o como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” e cujo pressuposto era a valorização da mulher para além da função de procriação (DINIZ, 2006).

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam, também, a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde face ao conceito de integralidade do atendimento. No entanto, o que se reproduziu foram ações direcionadas apenas a situações relacionadas ao campo sexual, reprodutivo,

gravidez, parto, puerpério e contracepção. Esse programa sofreu várias críticas, com questionamentos direcionados aos pressupostos da integralidade, destacando contradição entre a denominação “integral” e os objetivos explicitados no conteúdo, que estariam direcionados aos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher, reforçando a visão, amplamente difundida na sociedade, de que a mulher se define pela sua capacidade de reprodução (OSIS, 1998).

Avançando no sentido de incorporar algumas críticas e tendo, como base as políticas, especificamente, na área da saúde, diversos instrumentos foram construídos na perspectiva de sistematizar os atendimentos e capacitar os profissionais que atuam na atenção às mulheres em situação de violência. Em 1998, foi elaborada a *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Esse documento foi um marco na organização do atendimento de saúde prestado a mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, representando um avanço e uma conquista da articulação entre o Estado e o movimento de mulheres e da sociedade civil organizada. Muito além da implantação de um protocolo, essa abordagem dirigiu atenção fundamental à sensibilização e à capacitação dos profissionais para o acolhimento da vítima. Esse agravo também pode guardar desdobramentos jurídicos que, em muitos casos, dependerão da ação informativa do profissional de saúde no sentido de orientar as vítimas ou os seus representantes legais sobre seus direitos e deveres (BRASIL, 2002b).

Outra estratégia, elaborada em 2001, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de orientação das práticas em serviço dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde, é o *Caderno de Atenção Básica sobre a Violência Intrafamiliar – orientações para a prática em serviço*, destinado aos profissionais de saúde, que visa subsidiar, as ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência no âmbito domiciliar. Em relação à violência intrafamiliar contra a mulher, o Caderno orienta sobre as manifestações clínicas, diagnóstico, abordagem terapêutica e medidas específicas a serem adotadas no caso de violência sexual – a profilaxia de doenças transmissíveis, HIV–Aids e prevenção da gravidez indesejada (BRASIL, 2001b).

Em termos de política pública de saúde, direcionada à violência, cita-se, também, a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*, lançada, em 2001, pelo Ministério da Saúde. Tal política busca reduzir a

morbimortalidade por meio de ações articuladas e sistematizadas nas diversas esferas governamentais em conjunto com a sociedade civil. No que tange à violência contra as mulheres, essa política enfatiza que o atendimento às mulheres contemple a melhora da autoestima e que elas sintam-se fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multidisciplinar, para as situações vivenciadas, e também para a prevenção de comportamentos violentos, buscando romper o ciclo da violência (BRASIL, 2002a).

Em 2004, em parceria com diversos setores da sociedade, entre os quais o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, institui-se a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes* (BRASIL, 2004). Nessa política há uma discussão mais ampliada do conceito de integralidade, a fim de expandir o horizonte no qual a saúde da mulher deveria ser pensada, significando a recusa, por parte dos que se engajaram na formulação de uma política, em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais a política incide.

Quanto à resposta às situações de violência contra as mulheres, a Política contém um objetivo específico: “Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”. E aponta, como ações, a organização de redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; a articulação da atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/Aids; a promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual. Observa-se, também que há o início de um debate sobre gênero quando a política anuncia-se sob o “enfoque de gênero”, no entanto, o debate da categoria *gênero* ainda é muito incipiente (BRASIL, 2004). Essa incipiência atesta que são limitadas as possibilidades de análise dessas situações considerando-se as assimetrias e as iniquidades sustentadas nas relações de poder homem-mulher com decorrências à saúde.

Dentre as estratégias construídas no nível estadual da atenção à saúde, no estado do Rio Grande do Sul destaca-se o *Programa de Prevenção à Violência* (PPV) que tem por objetivo contribuir para a redução dos índices de violência mediante a construção de uma rede social que identifique, integre, articule e promova ações governamentais e não-governamentais (Figura 1). A meta é diminuir em 20% as ocorrências de violência nos 50 municípios com maiores índices de

mortes por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito), até 2012 (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Figura 1 – Mapeamento da estruturação do Programa de Prevenção a violência, Rio grande do Sul.



Fonte: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2006.

O PPV integra as Secretarias Estaduais da Saúde, Cultura, Educação, Habitação, Segurança Pública, Justiça e do Desenvolvimento Social, Turismo, Esporte e Lazer, Planejamento e Gestão, Ciência e Tecnologia, Administração e dos Recursos Humanos, Fazenda, Casa Civil e Militar. Mediante parcerias com organizações governamentais e não-governamentais, integrantes do Comitê Estadual, se estabelece uma efetiva articulação com os Comitês Municipais, associando ações de prevenção e promoção da vida a serem desenvolvidas junto às comunidades com maior vulnerabilidade social, a partir de um diagnóstico e plano de ação construído junto à comunidade local (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Esse aparato e suas estratégias de implementação apresentam a violência contra as mulheres como objeto para análise, proposições e intervenções sociais de âmbito complexo e polissêmico. Assim, ao se pensar e construir políticas públicas de saúde para o enfrentamento desses agravos, incorpora-se a perspectiva da cidadania e traz-se, à cena, diferentes disciplinas e atores sociais com os quais o setor saúde tem o desafio de apreender a dialogar. Nesse sentido, questiona-se por que, mesmo fundamentadas em políticas e estratégias, as ações não são implementadas ou, quando o são, representam apenas experiências isoladas? Como ficam contempladas as áreas rurais, se inexistem políticas e estratégias específicas no campo da violência contra mulheres rurais? Como essa inespecificidade se reflete na ação dos serviços? Nesse cenário, existem ações

práticas na saúde que considerem o contexto familiar e socioeconômico das mulheres rurais?

Partindo-se dos textos das agendas públicas em nível federal e estadual (RS) trazidas como fundamento para ações e da formulação dos questionamentos acima, opta-se por recortar o espaço rural para análises locais e para o “confronto” do normativo e da intervenção prática.

Assim, analisar as agendas públicas de saúde locais, direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres, a partir da perspectiva de gestores e profissionais de saúde e as especificidades das áreas rurais, surge como um desafio investigativo, motivado pelos possíveis distanciamentos entre o que é proposto como política e o que, de fato, acontece nos serviços locais de saúde com repercussões no coletivo de mulheres rurais.

2.4 Agendas públicas locais rurais e práticas em saúde na perspectiva das Representações Sociais e de gênero

Considerando-se a gênese complexa da violência, exploram-se algumas possibilidades analíticas em referenciais que contemplam essa problemática até aqui explicitada. Resgata-se a historicidade do gênero como categoria de análise sociológica e sua incorporação aos estudos das relações sociais entre homens e mulheres, permitindo construções de olhares sobre a violência como manifestação de desigualdades de poder culturalmente constituídas com base em atributos biológicos e que por si só instituem iniquidades.

O gênero constitui-se categoria de análise a partir do movimento feminista contemporâneo, ligado, principalmente, às suas lutas. O movimento feminista, durante os séculos XIX e XX, enfatizou as discussões das desigualdades, historicamente construídas e expressas em “injustiças” sociais, questionando a dominação masculina naturalizada em diferentes contextos sociais. Seu uso, como categoria analítica, foi proposto, na década de 1970, por historiadoras ligadas aos movimentos feministas, buscando teorizar as assimetrias entre homens e mulheres com explicações no campo da organização social da relação entre os sexos. Nessa concepção, gênero enfatiza o aspecto relacional entre mulheres e homens definidos em termos recíprocos, em que a compreensão de qualquer um não pode ocorrer por meio de estudo inteiramente separado. Considera-se “gênero” um elemento

constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e como forma de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995; SAFFIOTI, 1999).

O significado apreendido de gênero e seu uso, em estudos acadêmicos, surge como uma maneira de oposição ao determinismo biológico, que objetiva a ordenação e o regimento dos comportamentos e capacidades dos humanos pela determinação biológica do sexo. Gênero, nessa perspectiva, é considerado uma construção simbólica, a partir do sexo biológico, mas extrapola e é independente da biologia. Assim, o ser ‘mulher’ e o ser ‘homem’ têm relação direta com construções sociais, políticas, ideológicas e históricas (OLIVEIRA, 2008).

Na concepção de Lopes (1996a), Oliveira e Meneghel (2009), gênero é uma força social organizadora que também afeta a saúde das pessoas, considerado produtor de desigualdades e iniquidades, atreladas, inicialmente, ao sexo, mas em uma transversalidade com outras categorias sociais – classe social, idade, raça/cor, nível de escolaridade, entre outras. Essa articulação, potencializadora ou “protetora”, no campo das desigualdades sociais constitui o gênero como um conceito de caráter histórico, dinâmico e plural que ratifica a existência de diversidades nas concepções de masculino/feminino e homem/mulher entre sociedades distintas ou em uma mesma sociedade, e também evidencia uma forma de poder.

Portanto, gênero constitui-se em um ângulo de leitura do social que tenta explicar as continuidades e descontinuidades e que, também, fornece respostas às desigualdades persistentes entre homens e mulheres. Essa “costura” analítica, traduzida pelo potencial de gênero como categoria teórico-analítica, segundo Lopes (1996a) possibilita compreender as diferenças/desigualdades entre os sexos, não somente no campo das diferenças anátomo-fisiológicas mas, igualmente, nos elementos constitutivos e móveis dos papéis masculinos e femininos, estabelecidos no domínio do tempo biológico, das construções socioculturais, nas representações e na subjetividade.

No entender de alguns autores, muitas vezes a noção de gênero é confundida e utilizada como sinônimo de sexo masculino e feminino. Porém, o sexo indica diferença anatômica, inscrita no corpo; gênero indica a construção social, material e simbólica a partir dessa diferença e transforma bebês em homens e mulheres, em cada época e lugar de distintas maneiras. Gênero, além de ser uma categoria analítica, é, também, uma categoria histórica. Portanto, o conhecimento da história

das mulheres, através dos tempos, é imprescindível para se entender de que modo as relações de gênero foram construídas e estabelecidas como verdades naturais, nas quais os papéis de homem e de mulher são definidos ao nascer e reforçam a crença de que algumas mulheres “nascem com o destino de se envolverem com homens violentos”, por exemplo (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999; SAFFIOTI, 1999).

Adotar o gênero, como perspectiva analítica, segundo Meneghel e Iñiguez (2007), pressupõe a desnaturalização das relações entre homens e mulheres e o entendimento de que a identidade sexual é construída histórica e socialmente, e modo primordial de significar relações de poder, representando recusa ao essencialismo biológico e à hierarquia sexista.

Assim, optando-se por incorporar, na discussão da violência contra as mulheres, a categoria analítica de gênero, busca-se uma compreensão aprofundada do fenômeno na perspectiva da saúde. As raízes da violência, nas relações de gênero, situam-se nas próprias relações entre homens e mulheres, sendo a violência um aspecto perverso dessas relações. Desfaz-se, portanto, a “relação entre dois sujeitos” e reduz-se um dos polos dessa relação à condição de objeto, expressando assimetrias de poder.

Considerando-se esse universo, as iniquidades de gênero potencializam-se para as mulheres em situações apresentadas nas distintas realidades; doméstica, do trabalho assalariado ou não, e em contextos urbanos ou rurais. Essa compreensão é, portanto, necessária para identificar as diferentes formas de adoecimento, morbidade e mortalidade que adquirem perfis próprios de gênero. Assim, a violência não é natural como sugerem determinados argumentos de que as mulheres “gostam de apanhar”, ou que “em briga de marido e mulher não se mete a colher”, independentemente das decorrências dessas relações conflituosas e da vitimização das mulheres. Essa naturalização isenta o agressor e aprofunda o sofrimento da vítima (LOPES, 2007).

No campo da saúde, por longo período histórico, essas naturalizações consolidaram condutas de omissão ou sustentaram a “inexistência de olhares” que permitissem o reconhecimento público (e diagnóstico) dos eventos de violência e sua constituição enquanto problema de saúde pública passível de prevenção e intervenção, para além dos limites da coerção policial e de sua redução, a uma questão de segurança pública.

Acredita-se que a compreensão dessas condutas de omissão, no campo da violência, requer elementos plurais de leitura analítica e, nesse sentido, propõem-se aproximações da categoria gênero com a noção de Representações Sociais.

A teoria ou noção de Representações Sociais é um produto típico dos tempos atuais e da transição paradigmática, tanto quanto as teorias feministas e outras que, à sua maneira, surgem como novas ferramentas conceituais para analisar ângulos da realidade postos em pauta por novos olhares, provindos das lutas dos movimentos sociais, da criatividade e dos questionamentos no seio da ciência (ARRUDA, 2002). Acredita-se que essa transição, contenha a possibilidade de a saúde repensar suas ações e construir novos olhares.

O termo Representações Sociais (RS) designa um conjunto de fenômenos, os conceitos que os englobam e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos. Situa-se, assim, nos pontos de interseção das contradições entre Psicologia Social e Sociologia, desenvolvido a partir do estudo *La psychanalyse, son image et son public*, de Serge Moscovici, na década de 1960, e reestruturou os aspectos conceituais da investigação do senso comum, tornando-o fundamental para a compreensão dos fatos e dos fenômenos sociais.

Moscovici buscou, na sociologia durkheimiana, o primeiro abrigo conceitual para suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social americana, que situa, efetivamente, a psicologia social na encruzilhada entre a psicologia e as ciências sociais (SÁ, 2004). Assim, Moscovici (1978) criou a Teoria das Representações Sociais no campo da psicologia social, entendendo que há uma inter-relação constante entre a estrutura social e o sujeito, e entre os sujeitos uns com os outros, fazendo com que as representações sejam construídas nessa relação, vindas da transformação de algo concreto (a face figurativa e a face simbólica). Para a teoria das Representações Sociais, sujeito e objeto não são fundamentalmente distintos, porque eles constituem a “realidade objetiva” definida pelos componentes objetivos da situação e do objeto (MOSCOVICI, 1978).

As representações têm, por principal finalidade, tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade, e, para tanto, utiliza dois mecanismos: a ancoragem e a objetivação que atuam tendo, por base, a memória. Esses mecanismos podem apreender o modo com que o social transforma um conhecimento em representação e como essa representação transforma o social, e

compreendem a articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que são construídas as representações (MOSCOVICI, 2003).

No que tange ao processo de ancoragem, este transforma “algo estranho e perturbador, que nos intriga” em nosso sistema particular de categorias e o compara a uma categoria que parece apropriada. Acrescenta-se que esse mecanismo é responsável pelo enraizamento – ou, como o próprio nome indica, pela ancoragem social da representação e de seu objeto (SÁ, 2004).

Já, o mecanismo da objetivação consiste em unir a ideia de não-familiaridade com a realidade. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, reproduzir um conceito em uma imagem, e cita, como exemplo, a comparação de Deus com um pai, que transforma, instantaneamente, o que era invisível em visível em nossas mentes (MOSCOVICI, 2003).

Diz Moscovici (2003) que nas sociedades contemporâneas, coexistem duas classes distintas de universos de pensamento: universos reificados e universos consensuais. Os universos reificados são aqueles em que se produz e circula o conhecimento científico, da tecnologia e das profissões especializadas, sendo, portanto, bastante circunscritos. Nas sociedades modernas, geralmente é nesse universo que surge o que há de novo, e a exposição a esse novo é que introduz a não-familiaridade ou a estranheza na sociedade mais ampla.

Segundo o autor, os universos consensuais correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana, em que o novo é incorporado e re-significado, trazido para o senso comum. É nesse universo que se produzem as Representações Sociais. Nesse sentido, as ações dos indivíduos são reguladas por essas formas de pensamento, mediadas por valores, posições sociais, preconceitos, entre outros. Moscovici afirma que esses dois tipos de conhecimento são eficazes e indispensáveis para a vida humana (ARRUDA, 2002).

Na perspectiva das aproximações analíticas deste estudo, a apropriação das Representações Sociais do fenômeno em estudo delinea-se a partir do núcleo central das representações. Esse modelo foi formulado por Jean-Claude Abric nos anos de 1970 aprofundando muitos elementos da chamada *Grande Teoria* formulada por Moscovici. Abric (1994) postula que toda a representação é estruturada a partir de dois sistemas – central e periférico – que compõem a Teoria do Núcleo Central.

O núcleo central é determinado, de um lado, pela natureza do objeto representado; de outro, pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto

e, enfim, pelo sistema de normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo (ABRIC, 1994). É o elemento mais estável da representação, aquele que assegura a continuidade em contextos móveis e evolutivos.

Com isso, o núcleo central tem uma dimensão funcional e outra normativa em relação ao objeto, e se referem, respectivamente, ao que existe de mais importante no objeto representado. Ao mesmo tempo esse objeto não é neutro para os sujeitos, pois estes mantêm uma relação ideológica, afetiva, e normativa com esse objeto. Essas dimensões, segundo Sá (1996), só se identificam pelo levantamento do núcleo central a partir do uso de técnicas associativas que objetivam conhecer o próprio objeto da representação, ou seja, para saber o que, afinal está sendo representado.

Já, o sistema periférico, segundo Sá (1996), a partir da perspectiva de Abric, constitui-se um complemento indispensável ao sistema central, atualizando e contextualizando as determinações normativas e outras formas consensuais, suportando dessa forma a heterogeneidade do grupo e resultando em mobilidade, flexibilidade (suporta as contradições) e expressão individualizada, ou seja, a integração das experiências e histórias individuais.

Com isso, cabe ao sistema periférico um importante papel na (re)estruturação, regulação e proteção do núcleo central, como também na (re)constituição e funcionamento das representações. Assim, núcleo central e sistema periférico, interdependentes, constituem a estrutura em torno da qual se assentam as representações (ABRIC, 1994).

Abric (1994) diz, ainda, que não é a frequência com que um dado elemento aparece que irá definir sua posição em termos de centralidade ou enquanto elemento periférico, mas o fato desse elemento dar significado a outros elementos mais frequentes. O conhecimento dos elementos mais centrais da representação e dos elementos mais flexíveis é que permitirá compreender a interação entre o funcionamento individual e as condições sociais, nas quais os atores sociais evoluem e, conseqüentemente, informam sobre qual a melhor forma de intervir, no sentido de provocar mudanças das representações, caso estas representem um obstáculo às mudanças desejadas. O autor menciona que é no sistema periférico o local em que as modificações das representações são possíveis. No campo da violência contra as mulheres rurais pode-se questionar se o “rural” se configura em

elemento significativo “potencializador” ou “invisibilizador” dessa violência? As condições ou situações, assim definidas e contextualizadas, problematizam diferentemente essa violência?

Embora originárias das ciências sociais, as RS foram, pouco a pouco, inserindo-se nos estudos da área da saúde, principalmente naqueles que dizem respeito às concepções da população sobre os processos de adoecer e ter saúde. Pesquisadores da área da saúde têm encontrado, neste domínio epistemológico, importante base teórico-metodológica para suas questões de pesquisa e objetos de estudos.

Nesse campo de estudo das Representações Sociais, destaca-se o interesse em entender fenômenos de natureza coletiva, principalmente desentendimentos provenientes de grupos de diferentes indivíduos. Nas reflexões de Herzlich (2005) suas investigações trabalham as representações sociais da saúde e da doença, relacionadas ao senso comum, à história ou à memória coletiva e que “o saber dos doentes é, pelo menos em parte, dependente do saber dos médicos”, porém não se reduzem à reprodução de um saber, porque há um movimento entre o pensamento erudito e o senso comum. Consideram-se necessários os estudos de representação social que abordem o âmbito coletivo, principalmente os que provocam tensão ou conflito e causam, assim, uma mobilização de ações coletivas e consequentes mudanças de sentidos.

Ainda no campo da saúde, e deste estudo, pode-se questionar, a partir dessas concepções, se as práticas profissionais, sob a ótica das representações sociais, compreendem olhares para além da esfera normativa, estritamente técnica, como expressão das intersubjetividades que se constituem em um dado espaço social. Os profissionais, nesse sentido, são suscetíveis e permeáveis a esse movimento de que fala Herlich (2005), entre o erudito (saber científico da saúde) e o senso comum? Esse movimento se constitui em mobilização (mudanças nas práticas) a partir dos sentidos que assumem para as usuárias? Qual o potencial de permanência e modificação das RS nas interações de indivíduos (mulheres e profissionais) e as efetivas condições da realidade social rural?

Remete-se, assim, a questão, ao duplo caráter das práticas: como ação legitimada pelo conhecimento científico e como papel de construção da realidade, função da experiência pessoal, da intervenção criativa e do conhecimento empírico (OLIVEIRA, 2005).

Ao se optar pela análise do fenômeno da violência contra as mulheres rurais, sob a ótica do gênero e das Representações Sociais, buscou-se descartar definições abstratas, direcionando o estudo para a relatividade dessas noções, da multiplicidade de valores orientadores de condutas e das interinfluências do campo social no qual são construídas. Nesse enfoque, entende-se, também, que aquilo, que os atores sociais nomeiam como violência segundo Porto (2009) “varia segundo as representações que fazem do fenômeno e segundo a natureza da sociedade na qual o fenômeno é definido”.

Assim, esta proposta de investigar as formas como são interpretadas e implementadas as políticas públicas de saúde no campo da violência contra as mulheres, considerando-se o meio rural e grupos de pessoas – os gestores municipais e profissionais de saúde – pressupõe análises das “representações de representações”. As “representações das representações”, definidas por Moscovici (2003), servirão para apreender a maneira como o grupo pensa a si mesmo em suas relações com os objetos políticos e técnicos, que o afetam, e, ao mesmo tempo, como interage no social a partir das representações sociais como formas interpretativas e mobilizadoras da intervenção sobre o meio.

Centralizando as análises nessas formas interpretativas da realidade, entendidas como uma construção que mescla universos consensuais e reificados, complementarmente, buscou-se agregar elementos nucleadores (em tese) das significações atribuídas e expressas nas RS dos participantes em sua diversidade. Entre esses elementos possíveis, assim considerados, elegeu-se um dos princípios norteadores da ação na saúde, na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), definido como integralidade. Em uma lógica política sistêmica, considerando-se o SUS, materializa-se, atualmente, a integralidade na proposta da “integralidade da atenção às mulheres vítimas de violência”, como estratégia propulsora de alternativas para o modelo de saúde fragmentado e desarticulado. Pode-se afirmar que, para o Sistema Único de Saúde, a integralidade assumiu a condição de princípio e modelo de ação, em um movimento sinalizador da complexidade e apelo à intervenção interdisciplinar e intersetorial. Assim, como pensar a lógica sistêmica considerando o rural? E a equidade de acesso, oferecimento, e acessibilidade? A eleição desse elemento tenciona servir de contraponto entre a normativa política e a normativa atitudinal da ação de gestores e profissionais no campo da “violência no

papel” e da sua “materialidade diagnóstica e terapêutica”. Nesse sentido, na sequência, faz-se algumas reflexões balizadoras dessa intenção.

2.5 Integralidade – possibilidade analítica balizadora das RS e das práticas de saúde no campo da violência contra as mulheres rurais

O princípio da integralidade é um dos pilares de sustentação da criação do Sistema Único de Saúde, consagrado pela Constituição de 1988. Assim, a ideia de atenção integral, vinculada ao princípio da *integralidade* em saúde, pressupõe que as ações de saúde sejam direcionadas à prevenção, à promoção e à recuperação, e também ao reconhecimento do usuário enquanto sujeito de cuidado. Pode-se considerá-la uma espécie de “condutora ética” na relação com os sujeitos.

A noção de integralidade, conforme se observa, pode conter elementos para análise e compreensão das RS e das formas de cuidar e realizar a gestão setorial e dos serviços, e das práticas em saúde dirigidas a grupos vulneráveis. Essa noção assenta-se no cuidado de pessoas, de grupos e coletividades, e centra-se no usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido (MACHADO et al., 2007). Neste caso, incorpora-se, necessariamente, a dimensão de sujeito generificado, aquela que permite olhares sobre a diversidade das culturas de gênero que marcam os sujeitos sociais, neste caso, as mulheres rurais.

Adotando-se essas ideias, em uma primeira aproximação conceitual, destaca-se que a integralidade é fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de equipes multiprofissionais no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. A essa dimensão compreensiva denomina-se “integralidade focalizada”. No encontro do usuário com a equipe, deveria prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde relatadas por aquela pessoa que busca o serviço de saúde, apresentadas ou travestidas em algumas demandas específicas (CECILIO, 2001).

No campo da violência, particularmente, e mais ainda, tratando-se da violência doméstica, as “demandas travestidas” fazem sentido, pois a “ilegitimidade ou impropriedade diagnóstica”, como sugere Leal (2010) coloca as vítimas como alvo da denúncia. Assim, o que não tem diagnóstico não “existe” para o campo das práticas. Consequentemente, a violência “não tem cura”, caso se considere a

abordagem biologicista predominantemente no campo da saúde. O estudo desenvolvido por Leal mostra essa “impropriedade diagnóstica” geradora do não acolhimento, do não reconhecimento e, conseqüentemente, do não comprometimento dos profissionais e dos serviços com suas vítimas.

Com esses elementos reflexivos, pode-se pensar a ênfase da gestão, organização da atenção e instrumentalização dos trabalhadores no sentido de uma mobilização, de uma ampliação da capacidade dos olhares puramente biológicos, para uma melhor capacidade de escuta e atenção às necessidades de saúde e de como elas se posicionam na diversidade de usuários e usuárias.

Sob esse enfoque, as necessidades de saúde constituem-se na busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida, que a pessoa viveu ou está vivendo, na procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, na necessidade de ter maior autonomia no modo de viver a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de prolongar a sua vida (CECILIO, 2001; MACHADO et al., 2007).

Poder-se-ia argumentar, portanto, que a integralidade da atenção às mulheres vítimas de violência, no espaço específico do rural e de cada serviço de saúde, poderia constituir-se no esforço e trabalho da equipe de saúde em traduzir e atender, da melhor maneira possível, as necessidades e sofrimentos dessas mulheres em sua complexidade, o que demandaria que fossem compreendidas em sua expressão singular.

Observa-se, atualmente, que a prática clínica de muitos profissionais de saúde é a do não acolhimento desse tipo de queixas das mulheres, restringindo suas ações a encaminhamentos (passando adiante), o que nem sempre resulta em resposta adequada à singularidade da situação trazida, ao serviço, pelas usuárias.

Esse fato configura o que Bonfim (2008) denomina de “troca de jurisprudência”, o “passar adiante” significa “isso não é para mim”, “essa responsabilidade não é minha”, atestando a (in) capacidade de assumi-la e também a ideia de “impropriedade com o campo da saúde” despertada pela noção de que a violência é responsabilidade da segurança pública ou da vida privada do casal, ou, ainda, da casa, salienta Leal (2010).

Salienta-se que tais situações, muitas vezes, “extrapolam” o que o serviço de saúde pode tradicionalmente “atender”. E, conforme os autores Cecilio e Matsumoto (2006) e Bonfim (2008), há um desafio que só uma organização da atenção mais

“vinculante”, “responsabilizadora”, “geradora de autonomia” – ou seja, que tome para si de forma mais ousada o tema das necessidades de saúde – pode oferecer.

Buscando-se entrecruzar sentidos e práticas, essa dimensão de “integralidade focalizada” pode ser articulada à “integralidade ampliada” que pressupõe a articulação em rede, institucional, intencional, processual das múltiplas “integralidades focalizadas” que tendo, como epicentro cada serviço de saúde, se articulam, em fluxos e circuitos, a partir das necessidades das pessoas, sendo a integralidade no “micro” refletida no “macro” conforme declara Cecilio (2001).

Na situação da violência contra as mulheres rurais, a integralidade ampliada estaria na relação articulada, complementar e dialética, entre a amplitude da integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços em consonância com as diretrizes políticas, técnicas e éticas, adicionalmente. A integralidade pressupõe o uso efetivo de uma ampla rede intersetorial que propicie esses caminhos diversos a partir das singularidades e dos projetos de vida de cada mulher. Mas como pensar singularidade de sujeitos se a própria definição do rural assenta-se em um “não lugar”? O que é, ou seria, o epicentro da atenção em saúde se os serviços (e a rede) são urbanos e impróprios?

Ampliando a discussão com base em princípios do SUS, as noções de acesso e acessibilidade, inseridas nas discussões da integralidade, principalmente, reportando-se às áreas rurais, ganha importância. Após a expansão e a estruturação da oferta de serviços durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sobretudo o da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou outras nuances.

Colocando “a” ou “as” política(s) na vida prática, do rural brasileiro em particular, acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, apresentam significados complementares. Assim, utilizando-se as reflexões de Starfield (2004), a acessibilidade seria a possibilidade que as pessoas têm ou não de chegar aos serviços. Já, o acesso diz respeito à oferta, permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, ou seja, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Nesse sentido, a universalidade insere-se nas suas dimensões ideológicas e operacionais, podendo-se questionar, localmente, e a partir desses referenciais conceituais, de que modo os serviços de saúde estruturam suas ações e consideram esses elementos – acesso e acessibilidade – nas especificidades do rural? Quais

princípios, constitutivos do SUS, estão na base das reflexões que norteiam o planejamento do enfrentamento da violência contra mulheres rurais nas instâncias gestoras municipais, nos serviços e práticas profissionais desenvolvidas no campo da ação política e técnica da saúde?

Nessa linha de raciocínio, argumentando-se com os estudos de Ayres et al. (2003) e Desclaux (1998), no plano das vulnerabilidades institui-se ou “institucionaliza-se”, acrescenta-se, a vulnerabilidade programática ou institucional que pode auxiliar a compreender a situação do rural (ou dos rurais brasileiros) e seu (des)amparo social. Com base nos estudos de Desclaux (1998), o conceito de vulnerabilidade conduz a um conjunto de fatores agressivos, mas também à capacidade de reação do indivíduo e à percepção que ele faz do ambiente ameaçador, e, portanto, dos recursos (material e simbólico) que mobiliza para desativar ou contornar um evento negativo. Assim entendida, a noção de vulnerabilidade compreende a ideia de pluralidade de adversidades e de eventos favoráveis à exibição do sujeito a um evento negativo. Com isso, a noção de vulnerabilidade agrega vários fatores aos quais o indivíduo ou um grupo humano está exposto, e a combinação destes fatores, frente a um evento negativo, o tornará mais ou menos vulnerável. De acordo com a combinação desses fatores, o indivíduo reage ou não ao evento, em termos de controle ou não da ameaça. Portanto, o conceito em si de vulnerabilidade não tem significado de agravo à saúde, neste caso. O significado do ameaçador passa a existir a partir dos elementos que se conjugam para definir uma “situação”; aí, sim, configurar-se-á um agravo.

Complementando, sabe-se que a noção de vulnerabilidade surge na Área dos Direitos Humanos, sendo incorporada ao setor da Saúde a partir dos trabalhos realizados por Mann na Escola de Saúde Pública de Harvard, sobre a aids (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001). Associa-se a essa noção a ideia de suscetibilidade na avaliação das chances de indivíduos ou grupos serem afetados por agravos à saúde.

A operacionalização da vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para seu enfrentamento. É importante mencionar que, no sentido da vulnerabilidade, estão contidas, simultaneamente, a resistência e a capacidade

criadora dos indivíduos e dos grupos para superação (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Para esses autores, a vulnerabilidade, em linhas gerais, compreende um esforço de produção e difusão de conhecimento, e apresenta, para fins analíticos, um esquema, reportando-se aos planos individuais, sociais e programáticos, salientando que, em realidade, as diferentes dimensões de vulnerabilidade formam um todo indivisível. No plano individual, diz respeito ao que determinada pessoa singular pensa, faz e quer, ocupa-se basicamente dos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer. No plano social, dimensionam-se alguns aspectos relevantes – acesso à informação, nível geral da saúde da população, aspectos sóciopolíticos e culturais, grau de liberdade de pensamento e expressão, grau de prioridade política, e condições de bem-estar social. Por fim, o plano programático está diretamente relacionado às estratégias estabelecidas para a proteção das pessoas pelos serviços de saúde e os demais serviços sociais (AYRES et al., 2003).

A presente tese também se direciona a compreensão da dimensão programática da vulnerabilidade, pois essa dimensão busca avaliar de que modo, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, atuam como elementos que reproduzem, ou aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade (AYRES et al, 2003).

O componente programático nos orienta a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante considerar elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando conforme menciona Ayres et al. (2003, p. 127) “a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço”.

Com isso, é indiscutível a ocorrência da violência contra as mulheres em cenários rurais nos âmbitos domiciliares e institucionais, direcionados, neste último, aos espaços de violência no que se refere à omissão do Estado na oferta de ações de enfrentamento/prevenção desse agravo, sendo dever do Estado assegurar a saúde enquanto direito de cidadania.

Ao se pensar a violência contra as mulheres rurais pode-se refletir sobre a sua sobreposição e potencialização em contextos rurais adversos e de exclusão. Em se tratando da violência, deflagrada em radicalizações de movimentos sociais, em espaços rurais, e em uma perspectiva coletiva, a mulher participa dos conflitos desde a época da colonização do Brasil, embora a literatura nem sempre evidencie a presença feminina em movimentos dessa natureza. Já, em relação à violência doméstica, pouco se conhece, pouco está dito, porque os cotidianos das mulheres rurais são tempos e espaços de invisibilização (BONFIM; LOPES; COSTA, 2011).

Em síntese, os elementos constitutivos da problemática da violência contra as mulheres rurais compreendem aspectos sociais, culturais, econômicos, além de especificidades próprias desse contexto. A par disso, entende-se que as representações, que os sujeitos elaboram como interpretação da violência, refletem a construção social de culturas masculinas e femininas e da violência como reflexo das assimetrias de poder nas relações de gênero predominantes. E as decisões por determinadas políticas de saúde só se materializam em práticas se, de alguma forma, a situação em foco, for representada como um problema de saúde, e assim considerada, e ainda visibilizada por diagnósticos legitimados.

Pode-se afirmar que as decisões políticas, no campo da saúde, são determinadas por múltiplos fatores, ancoradas em bases econômicas e epidemiológicas e, na capacidade de influência e pressão dos grupos sociais organizados. Entretanto, pode-se perguntar: o modo com que gestores municipais e profissionais da saúde problematizam, interpretam e representam esses eventos, influenciam a definição/implementação de intervenções em saúde?

Considerando-se os diversos elementos históricos e teóricos presentes nesta proposta e apontados na constituição da problemática da violência contra as mulheres rurais, e com a clareza de que pouco se conhece a respeito dessa especificidade geossocial, por assim dizer, da violência contra a mulher, optou-se por investigar, discutir e analisar quais as políticas públicas de saúde estão sendo consideradas e embasam (ou não) o enfrentamento desses eventos e como ocorre a implementação das ações decorrentes desse enfrentamento nos serviços locais de saúde, considerando-se as áreas rurais de pequenos municípios do Rio Grande do Sul. Essa opção implica em se analisar a perspectiva de gestores municipais, serviços e profissionais de saúde.

3 OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS

3.1 Objetivos

- Conhecer e analisar, em cenários rurais da metade sul do Rio Grande do Sul, as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde e as influências dessas representações na implementação de decisões políticas e técnicas em ações de saúde.

- Analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais, na perspectiva dos/as gestores/as e dos planos municipais de saúde.

- Analisar, por meio do domínio epistemológico das relações de gênero e das representações sociais balizadas pelo princípio da integralidade (SUS), as formas concretas de atenção às mulheres rurais vítimas de violência e o potencial de efetividade do enfrentamento local, considerando-se o contexto rural e as pequenas municipalidades.

3.2 Pressupostos em estudo

Considera-se que os pressupostos “façam parte ou sejam deduzidos das teorias, podendo, porém, também, surgir da observação e da experiência nesse jogo, sempre impreciso e inacabado, que relaciona teoria e prática” (MINAYO, 2008).

- Inexistem políticas e agendas públicas específicas no campo da violência contra as mulheres em cenários rurais pautadas nas concepções principalistas do SUS, que se concretizem em ações práticas nos executivos municipais e nos serviços de saúde da região em estudo.

- As práticas assistenciais voltadas a mulheres rurais em situação de violência despersonalizam, fragmentam a abordagem e são invisibilizadoras da violência.

- As representações sociais dos gestores e profissionais, atuantes na rede básica de saúde, influenciam, alimentam e reforçam o medo nas mulheres para a denúncia e a busca de ajuda pública, potencializando a culpa pela vitimização.

- Considerando-se as limitações de acesso e acessibilidade aos serviços e as precariedades socioeconômicas características de muitas comunidades rurais como fragilização adicional para as mulheres, a relação com os serviços públicos de saúde constitui-se como violência.

- Sob a ótica de gestores, profissionais e trabalhadores da saúde as mulheres rurais não reconhecem a violência como tal e, portanto, não denunciam esses eventos nas relações afetivo-sexuais e familiares, e vivenciam essa situação como “destino de gênero”.

- A dominação de gênero “justifica” e “naturaliza” a violência como constitutiva dessa relação, sendo socialmente aceitável nesse quadro de iniquidades, e esses argumentos são influentes nas atuais práticas e ações de gestores municipais e profissionais de saúde.

- O rural é um “não lugar” da saúde e de suas práticas, (des)constituindo de legitimidade o diagnóstico e o acesso a ele, e o sofrimento de mulheres vítimas de violência.

- O trabalho feminino no rural resulta em efeitos sobre a saúde das mulheres, porém é deslegitimado no domínio familiar e da produção, e também no reconhecimento dessa singularidade no planejamento de ações em saúde para as comunidades rurais.

- Gestores e profissionais da saúde não se reconhecem como representantes do poder público que tem o compromisso de consolidar a saúde enquanto direito de cidadania, e, assim, responsabilizar-se pelo sofrimento gerado pela violência contra as mulheres rurais.

4 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudo

A fim de atingir os objetivos propostos, optou-se por desenvolver um estudo qualitativo. O método qualitativo responde a questões particulares, permitindo que se trabalhe um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, que correspondem ao espaço das relações, dos processos e dos fenômenos envolvidos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Também, por ser adequado para os estudos da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões – produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito da forma como vivem, pensam e sentem – esse método é ideal para grupos e segmentos delimitados e focalizados, analisando-se histórias sociais sob a ótica dos sujeitos (MINAYO, 2008).

Agregou-se, além disso, o domínio e a perspectiva teórico-metodológica das Representações Sociais (RS). A pesquisa, nessa perspectiva, segundo Spink (2004), comprometida com situações sociais naturais e complexas, é, necessariamente, uma pesquisa qualitativa, uma tradição específica dentro das ciências sociais que depende, essencialmente, da observação de pessoas em seus próprios territórios e da interação com essas pessoas mediante sua própria linguagem e em seus termos.

A análise, portanto, deixa de ser centrada no indivíduo para se voltar aos fenômenos gerados por meio das construções particulares das realidades sociais, neste caso, as de grupos profissionais e de dirigentes municipais, envolvendo uma dinâmica diferente de um simples agregado de pessoas (JOVCHELIVITCH, 2003).

4.2 Campo de Estudo

Elege-se, como espaço de interação e “solo cultural”, a base geográfica do Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER), fruto de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB n° 330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Escola de Enfermagem – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/GESC e Departamento de Geografia), a Universidade Paris 7, a

Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2, e a Universidade Federal do Paraná (UFRGS, 2000).

Nessa proposta interdisciplinar, os olhares diferenciados e o posterior diálogo das várias disciplinas envolvidas objetivam compreender uma realidade complexa, para construir conhecimento e subsídios (políticas públicas) direcionadas ao desenvolvimento rural cujo enfoque é o da sustentabilidade socioambiental (ALMEIDA; GERHARDT; MIGUEL, 2004). Para tanto, os pesquisadores envolvidos construíram um quadro-síntese das etapas metodológicas (ANEXO A) para nortear o trabalho.

A região escolhida para o desenvolvimento desse programa foi a “Metade Sul” do Estado do Rio Grande do Sul (RS) que vem sofrendo crescente desaceleração econômica, quando comparada a outras regiões do Estado, o que torna visíveis as disparidades regionais. Porém, devido ao tamanho da área, surgiu a necessidade de reduzi-la a oito municípios: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul (ANEXO B). A escolha desses oito Municípios encontra sua justificativa em diferentes elementos: do ponto de vista social, sua justificativa centra-se na existência de uma diversidade/heterogeneidade de grupos sociais e sistemas produtivos e em interação; presença de remanescentes de quilombos e, mais recentemente, de vários assentamentos rurais (UFRGS, 2003). Para conhecer e explorar o contexto em que a pesquisa se insere, no Apêndice A constam os aspectos demográficos, territoriais e sociais da região em estudo.

Os estudos empíricos desenvolvidos têm mostrado que a área de estudo apresenta os mesmos problemas identificados para a chamada “Metade Sul” do RS como um todo, ou seja, uma estrutura social e produtiva, fortemente baseada em uma agricultura que, historicamente, tem-se mostrado incapaz de alavancar o desenvolvimento econômico e social regional.

No que tange à saúde, os projetos desenvolvidos partem da abordagem das “interfaces entre saúde pública e a antropologia em torno das desigualdades sociais em áreas rurais”. A partir da ótica de Gerhardt (2000), pesquisadora do Programa, a saúde permite uma análise das desigualdades existentes, considerando além dos determinantes materiais, os mecanismos de regulação ou de perturbação da saúde que são de origem social ou cultural – papel das relações sociais, as consequências

dos comportamentos individuais em relação às desordens corporais e a estrutura do sistema de assistência e de cuidados em saúde.

4.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 56 sujeitos constituídos de gestores municipais, profissionais responsáveis pela saúde da mulher, profissionais e trabalhadores da saúde que atuam em áreas rurais e que estavam em exercício no momento da geração de dados.

O primeiro grupo de participantes foi composto por todos os gestores e gestoras municipais de saúde em exercício nos municípios no momento da pesquisa; do segundo grupo, participaram profissionais de saúde que atuavam nos municípios sendo responsáveis pelo planejamento das ações direcionadas à saúde da mulher e responsáveis pelas ações da atenção básica de saúde.

Foram componentes do terceiro grupo profissionais e trabalhadores dos serviços que atuavam em áreas rurais, atendendo demandas de atendimento às mulheres e prestavam assistência a mulheres vítimas de violência, oriundos de diferentes áreas profissionais e que atuavam, no serviço, há mais de seis meses. Nesse grupo, optou-se pelos seguintes profissionais de saúde: médicos, enfermeiras⁴ e outros profissionais que atuam no campo intersetorial, e também pelos trabalhadores em saúde denominados Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

4.4 Geração de Dados

Opta-se pelo termo “geração” em vez de “coleta” pelo fato de englobar uma série de relações entre pesquisador, mundo social e dados mais amplos, o que se pretende na pesquisa qualitativa. Quando se fala em geração de dados e não em coleta de dados rejeita-se a ideia de que um pesquisador possa ser um coletor completamente neutro de informações sobre o mundo social. Em decorrência, o pesquisador é um construto ativo de conhecimento sobre o mundo, de acordo com

⁴ Opta-se neste estudo utilizar a denominação “enfermeira”, pois todas as profissionais dessa categoria eram do sexo feminino.

certos princípios, e com o uso de certos métodos derivados de sua posição epistemológica (MASON, 1996).

Para a produção/geração dos dados, além de formulários para registro de informações estruturais e organizacionais para cada município, utilizaram-se instrumentos que permitiram apreender elementos para a análise do conteúdo das representações. Nesse enfoque, um instrumento de pesquisa, segundo Filho (2004), parte de perguntas que suscitem aspectos do objeto de representação de níveis mais concretos, familiares e definidos até aspectos mais abstratos, estranhos e ambíguos. Essas representações podem ser consideradas matéria-prima para análise do social e, também, ação pedagógica e política de transformação, pois retratam a realidade. São reflexos do cotidiano traduzidos pelo sujeito, considerado um ser humano dotado de concepções próprias, autônomo no pensar e ao comunicar suas crenças, valores e visão de mundo, elaborados e compartilhados socialmente e com possibilidade de serem expressos em imagens, conceitos e categorias que contribuem para a construção de uma realidade inerente a determinado grupo social (MAINGUENEAU, 1993; JODELET, 2001; MINAYO, 2008).

Neste sentido, é recomendado que se adote procedimentos diversificados para geração e análise dos dados. Conforme Spink (2004), a diversidade contrapõe algumas arenas de consenso, duas das quais são especialmente relevantes e permitem demarcar um território próprio ou, até mesmo, definir um *in-group* e um *out-group* metodológico: ênfase nas condições de produção e uso de material espontâneo.

O primeiro eixo compreende o produto social, sendo produto desta tese os elementos da problemática da violência contra as mulheres rurais, remetendo-se às condições sociais que o engendraram, tendo como contraponto o contexto social em que emerge, circula e se transforma. No que tange ao segundo eixo, remete-se ao diálogo incessante entre os indivíduos tanto interno quanto externo que se deve acessar. Sob esse enfoque, torna-se necessário o uso de material espontâneo, seja ele induzido por questões, expresso livremente em entrevistas ou já cristalizado em produções sociais – livros, documentos, memórias, material iconográfico ou matérias de jornais e revistas (SPINK, 2004).

Para o presente estudo, os instrumentos de geração de dados foram definidos de forma diversificada de maneira a favorecer a compreensão das Representações Sociais dos participantes e do cenário do estudo. Assim, essa fase compreendeu

três etapas: na primeira buscaram-se informações pertinentes à contextualização do cenário, especificamente quanto à estrutura dos serviços de saúde e sua organização no nível básico de atenção. Para tal, construiu-se um roteiro estruturado com questões abertas (APÊNDICE B) no qual se buscou uma aproximação do campo institucional. Inicialmente, agendou-se encontro com profissionais dos serviços dos oito municípios em estudo, tendo sido informantes 17 profissionais de diferentes formações e ocupações (enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e gestores municipais).

A segunda etapa consistiu em uma pesquisa documental em que foram analisados os Planos Municipais de Saúde, a fim de contextualizar como o município planeja e estrutura ações referentes à saúde das mulheres rurais e das mulheres em situação de violência em particular.

Na terceira etapa, buscou-se individualmente os participantes da pesquisa. Assim, utilizaram-se instrumentos adaptados e advindos dos métodos associativos e interrogativos de geração de dados, para esse tipo de pesquisa, com base nas orientações de Abric (1994). O método associativo procurou explorar a expressão verbal menos controlada, mais espontânea e mais autêntica. Optou-se, para este estudo, utilizar a associação livre de palavras, considerando-se a dimensão ampla da violência e da violência contra as mulheres rurais.

Em relação aos métodos interrogativos (ABRIC, 1994), buscou-se apreender a expressão dos indivíduos a respeito do objeto estudado – violência contra as mulheres rurais – utilizando-se o instrumento entrevista em profundidade.

A associação livre é uma técnica majoritária para o reconhecimento dos elementos constitutivos do conteúdo de uma representação, o núcleo central de entendimento, por reduzir a dificuldade ou os limites da expressão discursiva. Com essa técnica, solicitou-se ao agente entrevistado que dissesse todas as palavras, termos ou expressões que lhe viessem à mente a partir das palavras indutoras – violência e violência contra mulheres rurais. O caráter espontâneo e a dimensão projetiva dessa técnica permitiu acessar os elementos que constituem o universo semântico (significado) do objeto estudado. Foi objetivo, também, provocar uma preparação à entrevista que viria, em sequência, configurando uma oportunidade para o entrevistado se manifestar sobre o objeto de representação e os temas abordados em seus próprios termos, antes que as questões sugeridas pudessem atuar de forma diretiva, seguindo-se, desse modo, as orientações de Abric (1994).

Essa técnica foi tratada em dois momentos: no primeiro para reconhecer e analisar o sistema categórico utilizado pelos sujeitos entrevistados o que permitiu cercar o próprio conteúdo da representação. O segundo momento permitiu destacar os elementos organizadores desse conteúdo, a partir da frequência do item na população, sua ordem de aparição na associação e a importância do item para os sujeitos. Na geração de dados referente à associação livre de palavras, optou-se pela ordem natural das evocações. Outros pesquisadores também optaram por essa possibilidade por considerarem “mais aderente ao objeto de estudo” (FLEURY, 2008; FERREIRA, 2010; LEAL, 2010).

Justifica-se a pertinência da técnica utilizada com o argumento de que a associação livre de palavras permitiu estudar os estereótipos sociais (sobre a violência contra mulheres rurais, no caso), que são partilhados, espontaneamente, no grupo social pesquisado, além de visualizar as dimensões estruturantes do universo semântico específico das RS e sua unificação, em face dos estímulos indutores, (violência) utilizados na pesquisa. Os estímulos indutores foram previamente definidos a partir dos objetivos da pesquisa e do objeto de estudo. Essas considerações basearam-se nos autores Nóbrega e Coutinho (2003).

Em busca de elementos discursivos mais complexos, desenvolveu-se a entrevista em profundidade, contemplando o método interrogativo. Considera-se que a melhor forma de expressão a ser usada pelo sujeito para a (re)produção de RS e da situação mais adequada, de modo a permitir maior validade, é usar a forma de linguagem e situação o mais perto possível da realidade natural onde (e como) o fenômeno ocorre (FILHO, 2004). Assim, dar voz aos entrevistados permitiu extrair enunciados (SPINK, 2004), que se constituíram em rico material, principalmente quando se relacionaram às práticas sociais, no caso dos gestores e profissionais.

Triviños (1994), também auxiliou na sustentação do método ao afirmar que esse tipo de técnica valoriza a presença do pesquisador e proporciona perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade, necessária, o que enriquece a investigação.

As entrevistas foram realizadas a fim de orientar e facilitar a apreensão e o aprofundamento da comunicação, visando compreender o ponto de vista dos participantes, de acordo com os objetivos da pesquisa. Nessa perspectiva, construiu-se um roteiro para a entrevista, organizado em três eixos: o primeiro dedicado à caracterização sociodemográfica dos entrevistados; em seguida, palavras indutoras

de associações livres, vinculadas ao objeto de representação (violência e violência contra as mulheres rurais); e, no terceiro eixo, questões abertas semiestruturadas que contemplaram o objeto de estudo (APÊNDICE C e APÊNDICE D). Um roteiro para a entrevista buscou ampliar e aprofundar a comunicação, evitando o cerceamento à expressão, por parte do sujeito, de suas visões, juízos e relevâncias a respeito dos fatores e das relações que compõem o objeto. Assim, o roteiro buscou permitir a flexibilidade nas conversas, a fim de que novos temas e questões, inseridos pelo interlocutor, pudessem ser absorvidos, além de induzir uma conversa sobre as experiências dos sujeitos (MACRAE, 2004; MINAYO, 2008).

As entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade dos profissionais, e realizaram-se nas unidades de saúde nas quais estavam inseridos. O registro das entrevistas foi feito por meio da gravação em MP3 a partir do consentimento dos sujeitos. Para os dados não convencionais, a gravação é um meio que clarifica o comportamento de grupos e indivíduos. Assim, a opção por esse recurso deveu-se a não preocupação do pesquisador no registro imediato das falas, proporcionando observar as expressões e gestos dos entrevistados (MINAYO et al., 2002). Durante todas as etapas da coleta de dados, utilizou-se o diário de campo (ROESE et al., 2006) a fim de contribuir para a aproximação da realidade dos indivíduos, apreendendo informações que ficariam imperceptíveis na realização de entrevistas caso não fossem salientadas.

Os dados produzidos foram organizados e apresentados de forma articulada, possibilitando a análise de particularidades acerca do objeto de estudo e também a análise conjunta de aspectos comuns evidenciados nas técnicas utilizadas.

4.5 Análise dos Dados

Para a organização e análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo proposta por Minayo (2008) e Bardin (2004). Minayo (2008) entende que o texto é considerado um documento a ser compreendido, o qual ilustra determinada situação a ser interpretada.

A análise da associação livre seguiu o esquema proposto por Abric (1994), destacando os elementos organizadores da representação, a partir de três indicadores: frequência do item na população, sua ordem de aparição na associação e a importância do item para os sujeitos. Para esse autor, a congruência dos dois

critérios (frequência e ordem) é indicador da centralidade do elemento da representação. Neste estudo optou-se por utilizar a frequência e ordem da associação aos termos indutores “violência e violência contra as mulheres rurais”.

O produto das evocações foi organizado previamente, constituindo-se em um corpus para análise. A organização do corpus para o programa EVOC e as variáveis constam no Apêndice E. O material foi tratado pelo *software Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* (EVOC), criado por Vergès (2000) que calculou, para o conjunto do corpus, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de evocação de cada palavra e a média das ordens médias de evocação.

Esse *software* possui sub-programas que permitiram a emissão de dados estatísticos. Esse recurso auxiliou a organizar e permitiu a quantificação das palavras evocadas, o cruzamento entre a frequência de cada uma delas e a ordem de evocação (VERGÈS, 2002). O programa e a descrição de cada sub-programa constam no Apêndice F.

O conjunto de programas permitiu dois tipos de análise: a *lexicografia* e a *categorização para análise de conteúdo*. A utilização do *software* compreendeu em linhas gerais, os seguintes passos: criação de um fichário no *software excel* com as palavras evocadas; essas palavras foram inseridas nesse *software* que criou automaticamente vários fichários de distribuição de palavras, as mais evocadas, as diferentes; e, por fim, um gráfico de frequência e ordem média das palavras em forma de um quadrante de quatro casas, conforme se demonstra no Quadro 1. Apresenta-se, no Apêndice G, mais detalhadamente, o Relatório *Ramgmot* e o quadro de quatro casas do corpus “violência contra as mulheres rurais” nas evocações de todos os participantes. Esses programas forneceram as informações para identificar os possíveis elementos estruturais das Representações Sociais, que respaldam a análise estrutural das palavras.

Quadro 1 - Quadro de quatro casas: gráfico de frequência e ordem média para análise da evocação de palavras.

QSE Núcleo Central Atributos com alta frequência e prontamente evocados	QSD Elementos intermediários Atributos com alta frequência e tardiamente evocados
QIE Elementos intermediários Atributos com baixa frequência e prontamente evocados	QID Elementos periféricos Atributos com baixa frequência e tardiamente evocados

Fonte: ABRIC, 1994 - Elaborado pela autora COSTA, M.C., 2011.

A partir da distribuição dos dados no “quadro de quatro casas” obteve-se as palavras que compõem o universo semântico do sistema central e do sistema periférico. No alto e à esquerda (quadrante superior esquerdo) ficaram situados os termos verdadeiramente significativos para os sujeitos e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. As palavras localizadas no quadrante superior direito denominam-se primeira periferia; no inferior esquerdo, localizaram-se os elementos de contraste; e aquelas localizadas no quadrante inferior direito constituíram a segunda periferia da representação. Essa organização analítica é proposta por Sá (1996) e Vergès (2002).

Também se realizou análise a partir do sub-programa COMPLEX do EVOC 2000 que permitiu uma análise estatística das palavras, o que possibilitou conhecer se a Representação Social é mais característica a um subgrupo do que a outro, e os elementos comuns entre os subgrupos. Para diferenciar esses subgrupos utilizaram-se as variáveis das características dos participantes.

O COMPLEX gerou uma lista que abarca comparação entre os termos emitidos por dois subgrupos, com as palavras ditas somente por um grupo e também as comuns aos dois, com cálculos estatísticos marcando a qual subgrupo o termo é característico, sendo que o programa considera as mais comuns a partir da frequência > que 5. No Apêndice H consta o relatório das palavras mais frequentes e comuns encontradas no grupo dos agentes comunitários de saúde e das enfermeiras.

Para a análise das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo temático proposta por Minayo (2008), com fundamentação na abordagem proposta por Bardin

(2004). A análise temática visou descobrir núcleos de sentido, componentes das comunicações, significativas para o objetivo analítico visado.

Para tanto, utilizou-se o *software* Nvivo versão 7.0⁵ como ferramenta de apoio para a análise. Segundo Bardin (2004), o uso de sistemas informatizados para essa atividade possibilita o acréscimo ao rigor da organização dos dados coletados, e a manipulação de dados complexos. Esse processo de análise auxiliou a desenvolver momentos de criatividade e reflexão, porque a visualização dos dados tornou-se mais flexível.

Na fase de pré-análise segundo as autoras Minayo (2008) e Bardin (2004), ocorreu a organização do material gerado e a sistematização das ideias iniciais. Nessa etapa, recorreu-se à leitura do conjunto das comunicações (contato exaustivo com o material, impregnando-se do conteúdo), na constituição do corpus. Buscou-se responder a algumas normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Para essa fase realizou-se a transcrição das entrevistas, leitura flutuante das transcrições e inserção dos textos em formato digital no *software*, sendo criado um documento para cada entrevista dentro do *software*. Também foram criados os atributos para cada documento: idade, sexo, profissão/ocupação, formação acadêmica, tempo de formação, tempo de atuação na atenção básica e local de trabalho.

O momento posterior foi destinado à exploração do material que consistiu na operação de codificação, buscando-se a classificação, a agregação dos dados, a transformação dos dados brutos, de modo a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesse momento, criaram-se, inicialmente os *nodes* (unidades de registro) no *software* a partir de partes do texto ou núcleos de sentido articulados ao referencial teórico e aos objetivos propostos pelo estudo. Em sequência, criaram-se os *nodes free* (categorias livres) para a categorização dos dados e, após essa primeira categorização, construiu-se os *nodes tree* (categorias hierarquizadas) a partir da interseção entre o material empírico e o referencial teórico.

⁵ Esse software foi produzido pela *Qualitative Software Reserach International* (QSR), integrante de um conjunto de programas de computadores desenvolvidos com o intuito de orientar o tratamento de informações em pesquisas qualitativas.

A última etapa consistiu no tratamento e interpretação dos dados. Essa etapa colocou em evidência as informações coletadas e, nela, buscaram-se inferências, facilitando outras possibilidades em torno de dimensões teóricas. Finalmente, articulou-se o material empírico com o referencial teórico, com o objetivo de ultrapassar a simples descrição dos dados.

Buscando-se compreender os elementos da vulnerabilidade programática em relação à violência, nas falas dos participantes e na busca documental, utilizou-se para a análise as dimensões da vulnerabilidade programática propostas por Mann, Tarantola e Netter (1993) e Ayres et al. (2003) que trazem as seguintes dimensões: expressão do compromisso; transformação do compromisso em ação; desenvolvimento de coalização e controle social; planejamento e coordenação; sustentabilidade das propostas; respostas às necessidades de prevenção; respostas às necessidades de tratamento e avaliação do progresso.

De acordo com os objetivos do presente estudo, optou-se por utilizar alguns desses elementos para a análise da vulnerabilidade programática à violência:

Expressão do compromisso - o grau e a qualidade do compromisso dos programas e serviços de saúde, ou seja, o envolvimento de níveis decisórios das políticas públicas de saúde e das agendas públicas locais no reconhecimento da violência enquanto problema relevante para a saúde; criação de ações e programas e definição de política específica.

Transformação do compromisso em ação - existência de projetos ou planos de ação, nas áreas de prevenção e assistência; definição de parâmetros ético-políticos direcionados aos direitos humanos.

Planejamento e coordenação – competências de suas gerências e técnicos para o planejamento, a coordenação e o gerenciamento das ações: definição do plano; realização de monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações; educação permanente e disponibilidade de recursos humanos necessários.

A partir da busca documental obteve-se os Planos Municipais de Saúde, e sua análise baseou-se nos estudos desenvolvidos por Peiró et al (2004) e Borrell et al. (2005). Os autores, estudando as questões de gênero e desigualdades em saúde nos planos de saúde das comunidades autônomas da Espanha, utilizaram um roteiro de leitura e propuseram a construção de um índice de sensibilidade dos planos na abordagem das questões de interesse. Embora sem uma relação explícita com a temática violência contra as mulheres rurais, crê-se que a abordagem se

mostrou adequada aos propósitos deste estudo, que também se baseou em um estudo brasileiro em que Ferreira, Veras e Silva (2009), utilizaram essa proposta.

Para a organização da análise construiu-se um roteiro de leitura abrangendo as três partes que constituem os planos: **(a)** *introdução e análise da situação de saúde*, **(b)** *objetivos e metas* e **(c)** *propostas de intervenção*, as questões foram adaptadas a partir do estudo de Ferreira, Veras e Silva (2009). A Tabela 1, a seguir, apresenta o roteiro utilizado na análise dos Planos Municipais de Saúde.

Para as partes dos planos **a**, **b** e **c** foram elaboradas três questões, totalizando nove questões, que foram preenchidas com respostas dicotômicas (sim/não). Foram quantificadas as menções afirmativas para cada questão, dentro de cada tema, de acordo com o número de citações referentes, sendo consideradas três menções como corte, seguindo a classificação proposta pelos autores espanhóis (PEIRÓ et al, 2004; BORRELL et al.,2005).

Com base no número de menções afirmativas, foi construído o índice de sensibilidade que variou de 0 a 5, sendo considerado 0 = índice de sensibilidade nulo, quando nenhuma resposta foi afirmativa; 1 = índice muito baixo, quando houve de 1 a 5 menções; 2 = índice baixo, de 6 a 11 menções; 3 = índice médio, para 12 a 16 menções; 4 = índice alto, para 17 a 21 menções e 5 = índice muito alto, quando houve mais de 22 menções. Entendeu-se que quanto maior o número de respostas afirmativas, maior a sensibilidade dos planos as temáticas propostas. A construção do índice de sensibilidade possibilitou identificar em que medida é contemplada a violência contra as mulheres rurais, em cada município (PEIRÓ et al, 2004; BORRELL et al.,2005; FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009).

Tabela 1 - Roteiro de leitura utilizado para sistematização e análise dos dados, foco na violência contra as mulheres rurais.

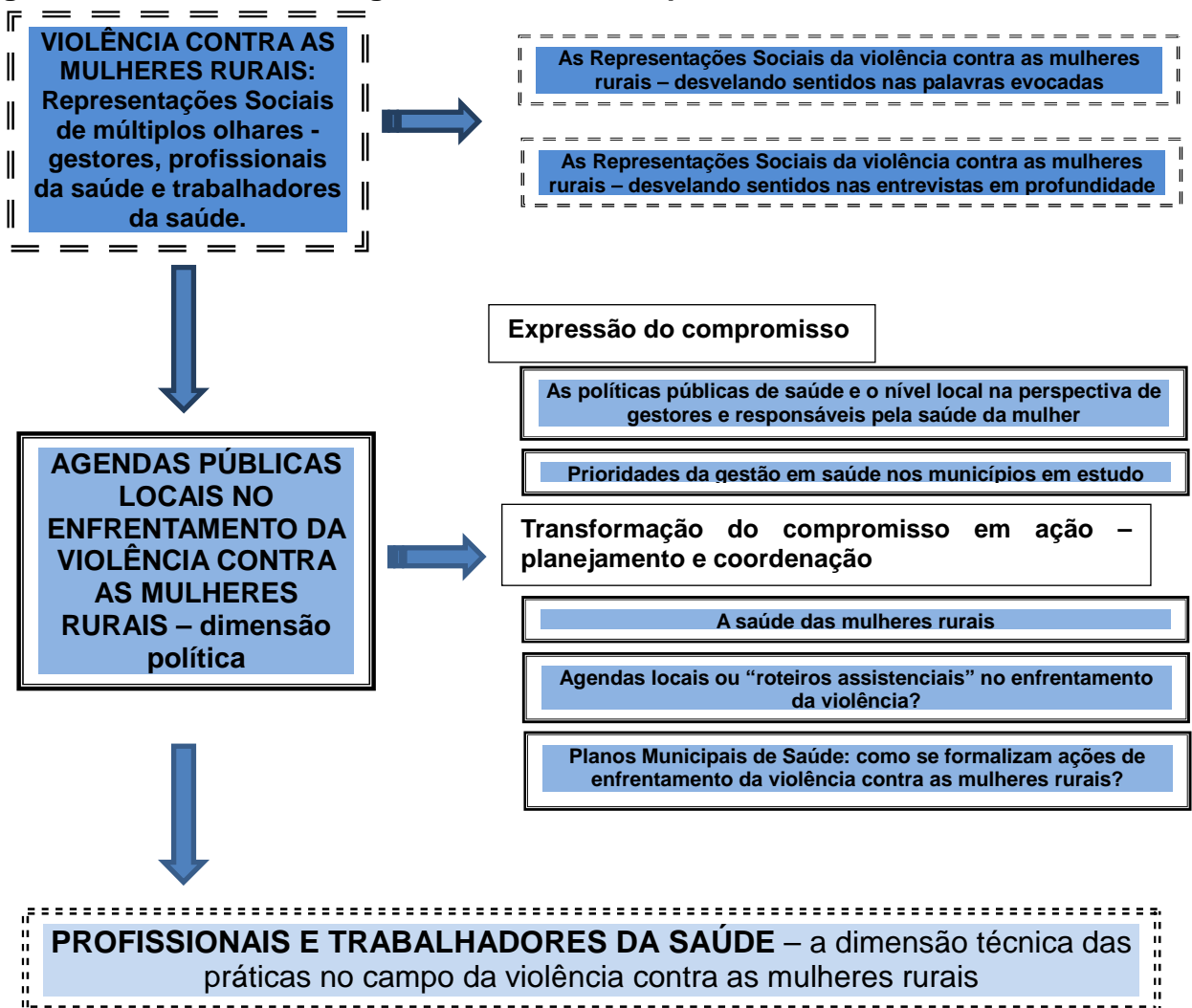
METAS	Número/Menções			
	0	1	2	3
1. Introdução e análise da situação				
1.1 Entre os valores e princípios do Plano existem referências à violência contra as mulheres rurais?				
1.2 Na descrição situação municipal de saúde é mencionada a situação da violência contra as mulheres rurais?				
1.3 Na análise da situação de saúde é mencionada a violência contra as mulheres rurais?				
2. Objetivos e metas				
2.1 Mencionam a violência contra as mulheres rurais?				
2.2 Sugerem formas de atuação contra a violência dirigida às mulheres rurais?				
2.3 Propõem metas dirigidas à violência contra as mulheres rurais?				
3. Propostas de intervenção				
3.1 Descrevem ações de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais?				
3.2 Propõem linhas de ação de prevenção da violência contra as mulheres rurais?				
3.3 Incluem mecanismos institucionais que garantam a atuação no combate à violência contra as mulheres rurais?				

Fonte: Tabela adaptada dos estudos de Peiró et al, 2004; Borrell et al., 2005 e Ferreira; Veras; Silva, 2009.

Essa metodologia permitiu a verificação da consistência e da coerência interna dos Planos Municipais de Saúde, particularmente em relação às intenções expressas, em cada uma das partes, referente à temática em estudo. O agrupamento das informações possibilitou um panorama das respostas às questões formuladas em cada município, e que se estabelecessem comparações entre elas. Ferreira, Veras e Silva (2009) contribuíram com a utilização metodológica citada.

A partir das análises realizadas construiu-se a Figura 2, mostrando as categorias analíticas elaboradas com o auxílio do Software Nvivo.

Figura 2 – Síntese das categorias construídas após análise.



Fonte: Elaborada por COSTA, M.C.; 2012, a partir da categorização com uso do software Nvivo.

4.6 Considerações Éticas

Este estudo foi realizado de maneira a respeitar as normas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos (BRASIL, 1996). Obteve-se a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sob o protocolo CPS-ESP 496/09 (ANEXO C).

Os participantes do estudo foram informados sobre seu desenvolvimento e, para tanto, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), no qual constavam os objetivos e a justificativa da pesquisa, de forma clara e simples, e onde manifestaram concordância por meio de sua assinatura e/ou dos responsáveis legais, de forma voluntária. Foi respeitado o anonimato e a privacidade

dos entrevistados, sendo que foram esclarecidos que poderiam recusar ou interromper sua participação a qualquer momento. O documento foi redigido em duas vias, permanecendo uma delas com o participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Os dados foram gerados, analisados e apresentados de forma a preservar a identidade pessoal dos participantes.

4.7 Compartilhando as experiências vivenciadas no campo de estudo e no contato com os(as) participantes: facilidades e dificuldades

Apresentam-se alguns aspectos vivenciados durante a pesquisa, com o objetivo de discutir facilidades e dificuldades experienciadas no decorrer das diferentes etapas e do contato com os participantes do estudo. Deseja-se, com isso, partilhar com os leitores desta pesquisa experiências que podem ser úteis ao desenvolvimento de estudos semelhantes.

A geração de dados, foi realizada a partir de dois momentos de inserção no campo empírico. No primeiro buscou-se a aproximação da realidade e do contexto da estrutura e a organização dos serviços de saúde; no segundo explorou-se o objeto de estudo sob a ótica dos(as) participantes. Em ambas as etapas a pesquisadora contou com a colaboração de uma bolsista, Joannie dos Santos Fachinelli Soares, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, que auxiliou na busca e geração dos dados.

A primeira etapa teve início no mês de dezembro de 2009. Inicialmente elaborou-se um formulário com questões abertas e fechadas a fim de conhecer os elementos estruturais dos serviços. Para a ida a campo, estruturou-se um roteiro prévio de agendamentos, e, após contato direto com cada município, realizado nos meses de dezembro de 2009 e janeiro de 2010, iniciaram-se os deslocamentos para exploração do campo.

As entrevistas, nessa etapa, aconteceram nas unidades de saúde em que o profissional desenvolvia suas atividades, e os participantes, em sua maioria, mostraram-se receptivos e preocupados com a temática. Nessa primeira aproximação, evidenciaram-se dificuldades na articulação das ações no campo da saúde para as áreas rurais dos municípios em estudo, em especial as direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres em cenários rurais. Essa etapa foi

fundamental para sustentar a problemática de estudo, pois permitiu à pesquisadora um olhar prévio da realidade empírica.

A segunda etapa aconteceu entre os meses de julho a novembro de 2010. Para essa etapa, agendaram-se previamente as entrevistas com cada participante, as quais aconteceram nas unidades de saúde. Para início do desenvolvimento das entrevistas, realizou-se um teste-piloto com dois participantes, sendo um de cada grupo (grupo dos gestores/responsáveis pela saúde da mulher e grupo dos profissionais e trabalhadores da saúde das áreas rurais) o que foi de extrema relevância, pois permitiu a adequação do roteiro de entrevista organizado após o teste.

O contato inicial com os participantes da pesquisa visou apresentar e esclarecer sobre os objetivos do trabalho, e as finalidades do estudo. Concomitantemente, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Informado, no qual se descreveu detalhadamente os objetivos do estudo e a participação dos sujeitos, assinado o Termo, cada participante recebeu uma via.

Um dos elementos centrais de ambas as etapas foi a receptividade obtida em todos os municípios, por parte das equipes das secretarias municipais de saúde e das unidades de saúde, desde o agendamento das entrevistas até o acolhimento no momento da geração dos dados. Esse fator foi de extrema relevância no sentido de construir uma relação de confiança entre a pesquisadora e os participantes do estudo, e também com todas as pessoas que se envolveram nesse processo.

Outro fator observado durante as entrevistas foi a valorização que todos atribuíram à participação, especialmente por parte dos agentes comunitários de saúde, mostrando que esse momento lhes permitiu expressarem suas vivências, experiências e o seu cotidiano de trabalho. Além disso, muitos dos participantes disseram ser a primeira vez que falavam sobre essa temática, considerando esse momento importante para refletirem sobre a necessidade de estruturarem ações de enfrentamento dessa problemática.

*Eu gostaria de falar assim que a **gente fica feliz** que alguma coisa está se mexendo em relação a isso, acho que em qualquer espécie de violência. E **o trabalho de vocês a gente fica satisfeito**, porque é um suporte para nós também, e torcer pra que isso vire algum resultado positivo e que gere alguma coisa que venha a melhorar. A gente está satisfeito e acho que a equipe vai ficar feliz de saber disso aí também, e eu também me senti feliz em poder colaborar (ACS₂).*

Dentre as dificuldades encontradas ao longo da busca das informações, pode-se citar a distância dos municípios do local de moradia da pesquisadora, e também o difícil acesso a alguns municípios, visto que essa etapa foi realizada por meio de transporte coletivo, como mostra a Figura 3, a pesquisadora deslocando-se do município de Camaquã para Arambaré.

Figura 3 - Imagem fotográfica da pesquisadora em deslocamento por transporte coletivo na etapa de geração de dados, Metade Sul/RS.



Fonte: Direta, elaborada pela autora, Municípios da Metade Sul⁶/RS, 2010.

Pode-se citar o município de São Lourenço do Sul, como uma situação peculiar, pois possui cobertura de Estratégia de Saúde da Família em aproximadamente 98% das áreas rurais. O município disponibiliza transporte para os profissionais que atuam nas unidades, e foi por meio desse transporte que a pesquisadora deslocou-se mais facilmente para as unidades desse município, como mostra a Figura 4 a seguir. Esse município, e os demais do estudo, apresentam grande extensão territorial rural, o que implica deslocamentos de até 60 quilômetros em 'estrada de chão', como ocorreu em uma situação. No entanto, essa experiência foi relevante, pois permitiu conhecer as áreas rurais dos municípios e observar as dificuldades de acessibilidade que muitas pessoas, especialmente as mulheres das áreas rurais têm em chegar até a "**cidade**", expressão dita pelos participantes do estudo.

⁶ Quando se menciona "Municípios da Metade Sul" faz-se referência aos municípios em estudo: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Cristal, Chuvisca, Encruzilhada do Sul, São Lourenço do Sul e Santana da Boa Vista.

Figura 4 - Imagem fotográfica do veículo de transporte e de uma das unidades pesquisadas na etapa de geração de dados, Metade Sul/RS.



Fonte: Direta, elaborada pela autora, Municípios da Metade Sul/RS, 2010.

Outra dificuldade encontrada na segunda etapa foi o fato que alguns municípios realizaram concurso público e estavam em processo de remanejamento e troca de profissionais da saúde que atuavam em áreas rurais, por esse motivo muitos foram excluídos do grupo de participantes, pois estavam atuando em período menor do que o estabelecido como critério de inclusão no estudo.

As dificuldades, as experiências, as ações e estratégias de cuidado descritas pelos participantes do estudo foram muito significativas, principalmente por representarem contribuições fundamentais para o conhecimento do seu cotidiano, ampliando as possibilidades de compreensão da realidade e contribuindo de modo especial para o enriquecimento deste estudo. Outro fator relevante a destacar é a importância da atuação, enquanto pesquisadora, na fase de busca e geração dos dados, pois propiciou uma aproximação com o contexto e a realidade estudada, aumentando as possibilidades compreensivas desse universo.

5 APROXIMAÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DE ESTUDO

Neste capítulo inicial de apresentação dos resultados descrevem-se e analisam-se o cenário cultural e a organização e estrutura da rede de serviços de saúde da região em estudo, contemplando o espaço rural.

5.1 Características Étnico-culturais da Região

Nesse eixo exploram-se algumas questões étnico-culturais, pois apresentam relevância em decorrência da existência de uma população constituída por diferentes grupos étnicos, apresentando variados modos de uso dos recursos naturais, e de organização do espaço familiar, das relações interpessoais e do espaço de interação social. Dentre os grupos étnicos existentes na área do estudo, destaca-se as origens polonesa, portuguesa e espanhola. Enfatiza-se a origem pomerana presente em todos os municípios do estudo, com maior concentração nos municípios de São Lourenço do Sul, Canguçu, Cristal e Chuveíca.

No decorrer da geração dos dados, em muitas das entrevistas, os profissionais, trabalhadores e gestores mencionaram em suas falas elementos da cultura pomerana, os quais refletem formas de organizar-se em comunidade e no espaço doméstico, nas quais se perpetuam atitudes e condutas de dominação masculina, e que de certa forma, são considerados justificadores e perpetradores de atos agressivos contra as mulheres nesse cenário. Pelo fato da cultura ser menção recorrente entre os participantes do estudo, optou-se, nesse eixo, em descrever os elementos dessa cultura que a permeiam, a fim de compreendê-los e, posteriormente discuti-los e correlacioná-los com os achados do estudo.

A cultura pomerana e as mulheres

Os pomeranos chegaram ao Brasil, a partir de 1824, instalando-se nos Estados do Espírito Santo (em maior número na região da serra), Santa Catarina (em maior número na região norte) e Rio Grande do Sul (grande parte na região sul do Estado). Situada no litoral do Mar Báltico, com uma extensão de 500 km e banhada no interior por muitos rios e lagos, a Pomerânia Ocidental e Oriental foi

muito disputada pelos escandinavos (Vikings), dinamarqueses, poloneses e alemães. Desde os seus primórdios, houve guerras e invasões, e segundo os historiadores, foi uma terra arrasada em quase todas as gerações. O domínio final foi efetivado pelos alemães através da cristianização dos pomeranos, considerados pagãos, a partir do ano de 1124. Esta germanização e também cristianização “durou de 1128 até o ano de 1400, com o surgimento das primeiras cidades (EGGERT, 2004).

Ao migrarem para o Rio Grande do Sul, a partir de 1858, os pomeranos se estabeleceram na serra dos Tapes. Por serem de religião luterana protestante, em terras onde o catolicismo era a religião oficial, e por terem um modo de produção diferente da pecuária não foram integrados à sociedade brasileira e nem receberam apoio do Governo Imperial. Sem esse apoio, isolados e discriminados, os pomeranos formaram um sistema comunitário e religioso que se preservou de diversas formas (educação, festas, língua pomerana). Por muitas décadas, a identidade pomerana e o caráter desconfiado e fechado na relação com alguns grupos étnicos, mantiveram a sua particularidade e identidade (EGGERT, 2004).

No seu cotidiano, os homens pomeranos estão envolvidos com o mercado e as mulheres com a casa – o público e o privado. Os homens estão mais liberados para lidar com a sociedade nacional e as mulheres são responsáveis pela manutenção da cultura (LINK, 2007). Bahia (2000) diz que “o elemento que permite a manutenção da germanidade e também do modo de vida camponês é a mulher” (p. 49). Assim, o casamento de um homem pomerano com uma brasileira é mais tolerado, ao passo que o casamento de uma mulher pomerana com um brasileiro sofre muitas críticas, pois ameaça a reprodução da condição camponesa e étnica.

O namoro é visto pela comunidade como uma forma de preparação para o casamento. Socialmente, há um controle na quantidade de namoros, quer dizer, não é permitido trocar muitas vezes de parceiro. A aprovação do namoro pelos pais é condicionada às habilidades técnicas para trabalhar com a terra e para a lida na casa, há preferência por parceiros que receberão herança. Outro fator fundamental é a fecundidade, e as famílias costumam viabilizar a relação sexual antes do casamento. Geralmente, a noiva já se casa grávida (LINK, 2007).

O mercado é o lugar da sociabilidade masculina e de inúmeras trocas que ultrapassam a esfera econômica. A honra, as relações de parentesco e as reciprocidades (trocas) são elementos presentes. É ali que, muitas vezes, se

resolvem conflitos. A socialização das mulheres, por sua vez, acontece no âmbito da religião, das festas e da comercialização de produtos caseiros. É nos cultos que ocorrem encontros com vizinhos e parentes. Tanto antes quanto depois dos cultos, homens e mulheres trocam conversas. Nas festas, as mulheres preparam as comidas. A produção caseira, seja dentro de casa ou no terreiro, pertence à mulher, cabendo-lhe a sua comercialização (LINK, 2007).

O trabalho é salientado por todos os pesquisadores como grande qualidade do povo pomerano (GAEDE NETO, 1978; EGGERT, 1998; BAHIA, 2000). Na tese de Eggert (1998) desenvolvida com mulheres pomeranas dos municípios de São Lourenço e Canguçu, a autora observou a sobrecarga da mulher na divisão sexual do trabalho. Além dos afazeres domésticos, que realizam sem o auxílio dos homens, elas trabalham em igual proporção de rendimento, com eles, na lavoura. Por outro lado, cabem-lhes tarefas de, tirar leite, tratar os animais, o cuidado da horta e do jardim, buscar o pasto na roça, carregar lenha, entre outros.

Destaca-se a importância que a igreja luterana e a figura do pastor tiveram e têm, especialmente na construção da identidade étnica desse povo. Bahia (2000) relata que a Igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil (IECLB) e a Igreja Missouri são consideradas 'suas igrejas' pelos pomeranos, pois ao migrarem em busca de terras e melhores oportunidades para a reprodução de sua condição camponesa, eles, afirmam: 'Iremos para aonde tiver a nossa igreja' (p. 92). As igrejas e os pastores, através de sua pregação, da manutenção da língua alemã, das festas comunais, do dia da Reforma, reinventam a ideia de unidade nacional do Estado Alemão (p. 96). Nas palavras de Bahia, "a importância da IECLB no ensino da língua alemã e na reinvenção das festas comunais e dos símbolos da cultura nacional alemã a fim de identificar de que forma estes elementos são percebidos e reinterpretados pelo grupo" (p. 18).

Nessa direção, um dos rituais dos pomeranos é o período da confirmação em que o jovem assume diante de Deus, de ser membro fiel da Igreja de Cristo. Ele passa a ter o compromisso de estar a serviço de Deus e da comunidade. A preparação dura cerca de três anos e compreende a faixa etária dos 13 aos 16 anos para os meninos e dos 12 aos 15 anos para as meninas, período correspondente à passagem do primeiro para o segundo grau na escola (BAHIA, 2001). Esse período é marcado pela inserção do jovem, no espaço público, tornando-se reconhecido pela sociedade.

É, portanto, dentro de um contexto diverso de interações humanas e práticas técnicas no âmbito da agricultura que se constituem os cenários estudados.

5.2 Organização e Estrutura da Rede dos Serviços de Saúde na Área em Estudo

Situando-se elementos para a aproximação compreensiva do campo empírico, os dados apresentados a seguir contemplam informações que possibilitam conhecer contextos institucionais e sustentam objetivos e pressupostos deste estudo.

Inicialmente, na Tabela 2, descrevem-se os serviços de saúde existentes nos municípios, segundo os diferentes níveis de atenção.

Tabela 2 – Distribuição dos serviços de saúde disponíveis nos municípios em estudo, em 2010.

	Atenção Básica de Saúde*	Atenção de Média Complexidade*	Atenção de Alta Complexidade*	ESF	EACS
Arambaré	2	1	-	2	-
Camaquã	13	2	-	5	-
Canguçu	26	2	-	4	-
Chuívisca	1	1	-	-	-
Cristal	3	1	-	-	-
Encruzilhada do Sul	8	1	-	5	1
Santana da Boa Vista	5	1	-	1	1
São Lourenço do Sul	13	2	-	7	-

Fonte: Dados Primários e Secundários, tabela elaborada por COSTA, MC., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

*Atenção Básica de Saúde: unidades básicas de saúde.

*Atenção Média Complexidade: pronto-socorro geral, hospital geral.

*Atenção Alta Complexidade: pronto-socorro especializado, hospital especializado.

A Tabela 2 mostra que a principal forma de atendimento nos municípios é a Atenção Básica, e em apenas dois dentre eles não há equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Isso faz com que as demandas por atenção de média e alta complexidade sejam buscadas em municípios de referência, além de consultas médicas especializadas.

Cabe destacar, que os municípios tem investido em novas estratégias para o fortalecimento das práticas e ações básicas de cuidado, e também na tentativa de reorganização dos serviços de saúde, isso mostra o número de ESF e EACS nos municípios em estudo.

Para a reorganização da atenção básica a que se propõe a estratégia Saúde da Família, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, e de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida. Nesse sentido, questiona-se: essas estratégias, nos municípios em estudo, estão possibilitando novos olhares e fazeres em saúde, especialmente direcionadas as áreas rurais?

No Quadro 2 demonstra-se a estrutura e a organização dos serviços de saúde dos municípios, contemplando as áreas rurais. O quadro referido é constituído de informações locais, é inédito e subsidia o conhecimento da estrutura, indicando caminhos para a busca de elementos de compreensão das situações implicadas nos agravos violentos contra as usuárias de serviços rurais.

Quadro 2 – Estrutura e organização dos serviços de saúde nas áreas rurais dos municípios em estudo, em 2010.

Município	Organização dos serviços de saúde rurais
Arambaré	Possui uma Unidade de Saúde em área rural com equipe de Saúde da Família, com equipe mínima e serviço de odontologia, e uma unidade central no município que realiza atendimentos durante o dia e plantão noturno. O município também tem cobertura em algumas áreas rurais através da EACS.
Camaquã	O trabalho na área rural é realizado por meio de postos volantes: segue um cronograma em que a população é avisada das datas, horário e profissionais que irão prestar o atendimento.
Canguçu	Possui vinte e duas Unidades de Saúde na área rural, com atendimentos quinzenais. Consultas médicas, de enfermagem e odontológica. No ano de 2010 ocorreu a implantação de uma equipe mínima de ESF em uma área rural adscrita.
Chувиска	Possui uma Unidade sede de atenção básica e pronto atendimento na área central da cidade, que atende todo o município tanto a área urbana quanto rural.
Cristal	As Unidades na área rural têm atendimento de enfermagem (nível técnico) de segunda a sexta-feira e atendimento médico uma vez por semana. Os atendimentos aos usuários das áreas rurais ocorrem na sua maioria na unidade central do município.
Encruzilhada do Sul	Não há Unidades de Saúde na área rural, a referência é o “plantão” (ambulatório) na unidade central na cidade. Conta com o trabalho da EACS nas áreas rurais, sendo que quatro micro-áreas rurais estão cobertas pela ESF, e a unidade de referência localiza-se na área central do município.

São Lourenço do Sul	Possui seis Unidades de Saúde em área rural com equipes de Saúde da Família, essas equipes, no turno da manhã, realizam os atendimentos clínicos individuais e à tarde são realizados grupos de educação em saúde, planejamento e reuniões.
Santana da Boa Vista	O rural conta com três Unidades de Saúde que abrigam a EACS. Uma vez por mês uma equipe com médico, enfermeira e técnico de enfermagem realiza atendimento em cada uma dessas unidades. Duas micro-áreas rurais têm cobertura de ESF, sendo que a Unidade de referência dessa estratégia é na área central do município.

Fonte: Pesquisa direta com os profissionais de saúde da região em estudo, elaboração do quadro COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2010.

O Quadro 2 foi elaborado a partir das informações oriundas da pesquisa diretamente nos municípios, onde pode-se observar que alguns municípios estabeleceram como critério de implantação das estratégias (ESF e EACS) a maior distribuição populacional. Também, evidenciou-se que, em alguns municípios, o critério estabelecido foram áreas de maior vulnerabilidade social.

Em relação ao atendimento básico de saúde nas áreas rurais, dois municípios não contam com ESF e EACS. Os municípios que contemplam essas estratégias apresentam algumas limitações na consolidação das equipes de ESF rurais. A vasta extensão territorial dessas áreas determina, para alguns municípios, a distância de aproximadamente 100 quilômetros a Secretaria Municipal de Saúde e uma comunidade rural. Outro fator mencionado pelos participantes do estudo é a rotatividade dos profissionais que atuam na estratégia, em decorrência da localização das unidades, e também das ofertas salariais.

Dentre os municípios, menciona-se a organização do município de São Lourenço do Sul que conta com seis equipes de Saúde da Família, perfazendo 91% de cobertura dessas estratégias nas áreas rurais. E três dos municípios em estudo – Camaquã, Canguçu e São Lourenço do Sul – no momento da pesquisa tinham implementado o Programa de Prevenção da Violência (PPV).

Em relação às ações de saúde propostas para as áreas rurais, constatou-se que são estruturadas centradas no modelo clínico, direcionadas ao atendimento de consultas e metas pactuadas, e algumas poucas ações de educação em saúde. A rede básica de saúde pouco tem pensado e, conseqüentemente, organizado ações específicas para as áreas rurais, reproduzindo-se, de maneira pontual, programas e protocolos preconizados pelas políticas específicas do Ministério da Saúde e

Secretarias, sem planejamento a partir das especificidades do nível local e das particularidades de cada área de atuação.

Kassouf (2005) analisou os determinantes da procura por atendimento à saúde devido à doença, nas áreas urbanas e rurais do Brasil, e constatou que a população adulta das áreas rurais considera seu estado de saúde ruim com maior frequência do que a da área urbana. Na área urbana, uma maior proporção de pessoas procura atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto que no meio rural o principal motivo são as doenças já estabelecidas.

Constata-se que a maioria dos serviços de saúde encontra-se na sede central dos municípios, provocando dificuldades de acesso/acessibilidade aos moradores das áreas rurais e, conseqüentemente, repercutindo em desigualdades na oferta e no atendimento das necessidades desses indivíduos. Mais negligenciadas ainda encontram-se as ações preventivas e promocionais nesse âmbito.

A seguir apresenta-se algumas imagens fotográficas (Figura 5, Figura 6, Figura 7) das Unidades de Saúde pertencentes aos municípios em estudo, a fim de descrever elementos estruturais, físicos e de acesso aos serviços observados ao longo da pesquisa. As Unidades foram fotografadas no momento da coleta das informações pela pesquisadora.

Na Figura 5 mostra-se a Unidade de Saúde do município de Santana da Boa Vista que conta com equipe mínima de ESF e serviço de odontologia. Essa equipe tem duas micro-áreas rurais adscritas. Observou-se que a Unidade apresenta instalações novas, com salas adequadas para o atendimento e acolhimento dos usuários, com boa estrutura física. No entanto, a forma de organização e dos atendimentos centra-se no modelo tradicional e a Unidade localiza-se na área urbana do município, sendo esses fatores dificultadores tanto do acesso quanto da acessibilidade aos serviços de saúde por parte dos usuários e usuárias rurais.

Figura 5 - Imagem fotográfica da Unidade Saúde da Família de Santana da Boa Vista.



Fonte: Direta, elaborada pela autora, Municípios da Metade Sul/RS, 2010.

A imagem fotográfica expressa na Figura 6 retrata a única Unidade de saúde do município de Chuvisca, o qual possui uma população rural de 94,5%, e dos municípios em estudo é o que tem maior população rural. Entretanto, no que tange à organização dos serviços de saúde, o município conta com apenas uma Unidade central de atendimento básico, urgência e emergência. Esse fato gera um alerta: os municípios em estudo, em sua maioria, ainda não conseguiram organizar a rede própria de serviços de saúde a partir da realidade e das necessidades das comunidades, em particular, das rurais.

Figura 6 – Imagem fotográfica da Secretaria Municipal de Saúde, Unidade Básica e de Pronto Atendimento – Chuvisca.



Fonte: Direta, elaborada pela autora, Municípios da Metade Sul/RS, 2010.

Entre os municípios em estudo, o município de São Lourenço do Sul possuía, no momento da pesquisa, seis Unidades de Saúde com ESF na área rural. A Figura 7, mostra a Unidade de Saúde de Santa Tereza localizada numa comunidade rural. Pode-se observar que, nesse município, todas as Unidades de Saúde rurais apresentam boa estrutura física e recursos materiais adequados. Além disso, identificou-se uma proposição de trabalho em equipe, principalmente, quanto à inserção dos ACS na qualidade de trabalhadores que compõem e são parte integrante das equipes. E, em algumas Unidades de Saúde rurais constataram-se tensionamentos no agir/pensar articulado com a realidade e com as demandas da comunidade adscrita.

Figura 7 – Imagem fotográfica da Unidade Saúde da Família Santa Tereza – São Lourenço do Sul.



Fonte: Direta, elaborada pela autora, Municípios da Metade Sul/RS, 2010.

Buscando-se entender processos de adoecimento local apresenta-se a distribuição epidemiológica da morbidade nos municípios, evidenciando-se, dentre os principais agravos: doenças do aparelho respiratório, circulatório, e digestivo, seguido das neoplasias e doenças do aparelho geniturinário. Essa configuração mostra um quadro clássico de distribuição epidemiológica. Não necessariamente é exclusividade do rural e não é sensível a outros eventos “não clássicos” de morbidade.

Em relação à mortalidade geral observou-se que os principais agravos em todos os municípios incluem, em primeiro lugar, doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias e das doenças do aparelho respiratório. Observa-se diferença entre os agravos de morbidade e de mortalidade nos municípios, pois a

mortalidade centra-se nas doenças do aparelho circulatório e nas neoplasias e a morbidade em maior número de doenças do aparelho respiratório (DATASUS, 2011).

No tocante à morbidade por causas externas (acidentes e violências), foco deste estudo, observa-se que ainda são precários e deficitários os registros disponíveis, nos diferentes níveis de atendimento em saúde. Os dados de morbidade existentes e informados são decorrentes, quase exclusivamente, das internações hospitalares, prejudicando a visibilidade, compreensão e a magnitude das causas não fatais na Atenção Básica de Saúde, além de seus custos sociais. Sendo assim, considerando-se essas limitações, descreve-se, na Tabela 3, dados da morbidade hospitalar geral e por causas externas, para que, ilustrativamente, se tenha um panorama desses eventos e sua relação de ocorrência entre homens e mulheres.

Tabela 3 – Morbidade geral, morbidade por causas externas e morbidade por causas externas entre homens e mulheres, nos municípios em estudo no período de janeiro de 2008 a novembro de 2010.

	Morbidade Geral	Morbidade por Causas Externas		Morbidade por Causas Externas Homens		Morbidade por Causas Externas Mulheres	
	N	N	%	N	%	N	%
Arambaré	745	45	6	28	62	17	38
Camaquã	12382	873	7	611	70	262	30
Canguçu	11574	311	2,6	221	71	90	29
Chuívisca	806	65	8	55	84,6	10	15,4
Cristal	1357	95	7	71	74,7	24	25,3
Encruzilhada do Sul	5989	250	4,1	171	68,4	79	31,6
Santana da Boa Vista	1653	66	3,9	41	62,1	25	37,9
São Lourenço do Sul	10127	363	3,5	257	70,7	106	29,2
TOTAL	44633	2068	4,6	1444	69,8	613	29,6

Fonte: DATASUS, elaboração da tabela por COSTA, MC., 2011.

Os dados da Tabela 3 mostram que a morbidade por causas externas representa 4,6% dos atendimentos em todos os municípios do estudo, no período de janeiro de 2008 a novembro de 2010. Pode-se questionar se esses dados representam a totalidade das ocorrências de acidentes e violências nos municípios

em estudo, ou se esses agravos, por não serem reconhecidos no campo da saúde, estão sendo registrados por diagnósticos outros, mais “palpáveis”?

Assim, nas ocorrências por Causas Externas em relação a homens e mulheres, observa-se maior exposição dos homens às ocorrências violentas, o que representou 69,8% dos atendimentos. As ocorrências relativas às mulheres representaram 29,6% dos registros. Estudos desenvolvidos pelo Grupo de Estudo em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS) que buscaram conhecer e analisar a morbidade por Causas Externas na Atenção Básica de Saúde de uma região de Porto Alegre/RS corroboram esses achados e atestam com maior exposição aos eventos violentos os homens, ocorrendo, na sua maioria na esfera pública. Já, as ocorrências as mulheres, em menor proporção ocorrem na esfera privada, ou seja, no domicílio (BUENO, 2006; COCCO, 2007).

As entrevistas com os gestores, profissionais e trabalhadores da saúde dos municípios atestam elevado número de suicídios. No entanto, esses mesmos profissionais não conseguem falar em morbidade e violência. Outra constatação é a ausência de desagregação urbano/rural de informações em saúde para violências e acidentes o que dificulta produzir estatísticas confiáveis. Com essas limitações, buscaram-se dados na base do DATASUS para identificar o que consta nos dados oficiais. Na Tabela 4, em relação a área do estudo, constam dados de mortalidade por Causas Externas e, especificamente, por lesões autoprovocadas voluntariamente.

Tabela 4 – Mortalidade por Causas Externas e mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente, nos municípios em estudo, no período de 2004 a 2008.

	Mortalidade por Causas Externas (Violência e acidentes)	Mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente	
	N	N	%
Arambaré	9	2	22,2
Camaquã	156	27	17,3
Canguçu	164	43	26,2
Chувиска	10	3	30
Cristal	28	3	10,7
Encruzilhada do Sul	74	27	36,4
Santana da Boa Vista	25	6	24
São Lourenço do Sul	128	37	28,9
TOTAL	594	148	24,9

Fonte: DATASUS, elaboração da tabela por COSTA, M.C., 2011.

Os dados da Tabela 4 mostram que 24,9% das ocorrências de mortalidade por Causas Externas, nos municípios em estudo, são oriundas de lesões autoprovocadas voluntariamente. Evidencia-se que as maiores taxas de ocorrências desse tipo de lesões encontram-se nos seguintes municípios: Encruzilhada do Sul (36,4%), seguida de Chувиска (30%) e São Lourenço do Sul (28,9%). Isso mostra uma porcentagem significativa de suicídios dentre os agravos por causas externas nesses municípios. Entre os principais fatores associados à ocorrência desse evento, segundo relato dos participantes, pode-se citar: dívidas com banco, depressão, desestrutura familiar, “cultivo do fumo”, entre outros.

O município de São Lourenço do Sul, segundo relato dos participantes, faz parte de uma pesquisa, juntamente com mais quatro municípios da região, desenvolvida pela Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, que investiga a relação do suicídio com a plantação de fumo e o tipo de agrotóxicos utilizados no cultivo.

Alguns estudos desenvolvidos já mostram a relação entre o uso de agrotóxicos e o suicídio (PIRES; CALDAS; RECENA, 2005; MEYER; RESENDE; ABREU, 2007). Especificamente, o estudo desenvolvido por Meyer, Resende e Abreu (2007) que

analisou a incidência de suicídios em Luz (MG) verificando as eventuais relações com agrotóxicos, em trabalhadores rurais, encontrou que a incidência de suicídios no período estudado foi mais que o dobro da maior média estadual brasileira, mostrando certa relação entre suicídio e a utilização de agrotóxicos.

Ao se buscar informações de agravos violentos oriundos das fontes de dados do setor saúde, evidenciou-se a inexistência de informações que desagreguem o urbano e o rural, assim, a seguir apresentam-se dados de ocorrências de fontes oriundas de outros setores, os quais possibilitaram ilustrar as ocorrências violentas contra as mulheres nas áreas rurais do estudo.

Ocorrências violentas contra as mulheres: panorama das áreas rurais em estudo

Buscando-se aproximar e conhecer alguns dados referentes à violência contra as mulheres, especificamente no contexto rural, buscou-se fontes de informações de outros setores institucionais. Inicialmente, destacam-se dados obtidos por meio da Central de Atendimento à Mulher/Ligue 180, relativos ao ano de 2008 no cenário nacional (BRASIL, 2008). Naquele ano, a Central de Atendimento à mulher registrou 24.729 denúncias de mulheres em situações de violência. Destas, 22.538 residem na área urbana, 1.167 residem em área rural e 1.024 não informaram se residem em área urbana ou rural.

Recortando somente os registros das mulheres em áreas rurais, no caso da tipificação da violência doméstica e familiar, das 93,7% das mulheres do campo e da floresta que as denunciaram, assim as definiram. Apenas 6,3% das violências denunciadas ocorreram fora da casa ou família. Isso mostra que a violência contra as mulheres, nesse contexto, tem como local principal os seus domicílios.

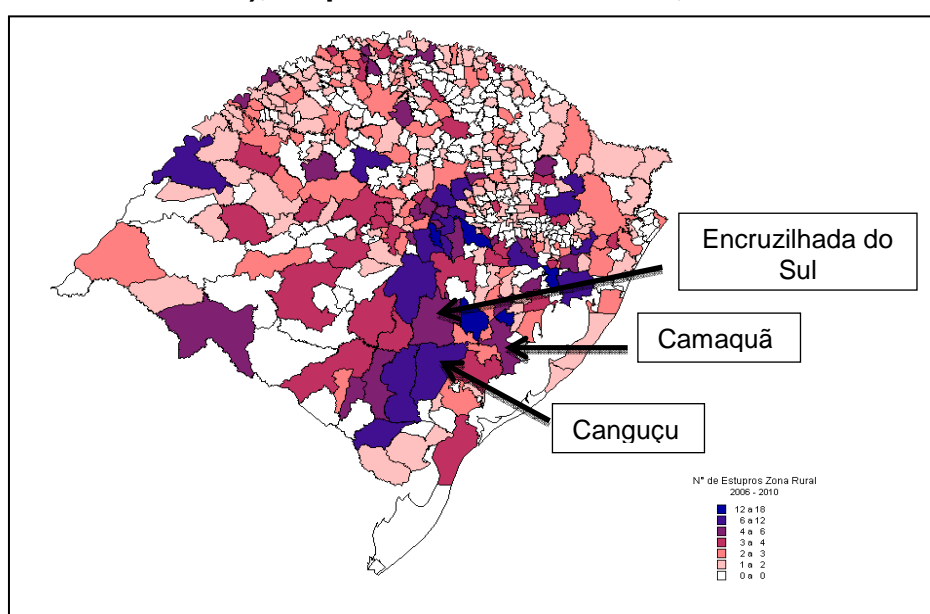
Outro dado identificado foi o tipo de violência que as mulheres em áreas rurais denunciaram ter sofrido em 2008: – violência física, com 64,1%; – violência psicológica, com 23,7%; – violência moral, com 5,8%; – violência sexual, com 3,5%; – violência patrimonial, com 1,7% e cárcere privado, com 1,2%.

Outra fonte de informações que permitiu abstrair dados referentes a essa problemática em cenários rurais foi o sistema de informações policiais da Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul. O Grupo de estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS) firmou parceria, especificamente com a Divisão Estadual

de Estatística Criminal (DEIC), o que possibilitou acesso direto aos registros dos boletins de ocorrências no sistema.

Antes de se discorrer sobre os dados buscados nesta pesquisa e provenientes do sistema de informações policiais, de violência contra as mulheres rurais, menciona-se um estudo desenvolvido pela DEIC, que baseou-se nos registros de ocorrências de estupro nas áreas rurais no período de 2006 a 2010. Conforme consta na Figura 8 a região da Metade Sul do estado do RS apresenta números elevados desse tipo de violência.

Figura 8 – Registro de ocorrências de estupro em áreas rurais (consumado ambos os sexos), no período de 2006 a 2010, Rio Grande do Sul.



Fonte: Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, 2011.

Em pesquisa realizada diretamente no sistema de informações policiais do Estado do Rio Grande do Sul, nas informações dos boletins de ocorrência policial (BO), investigaram-se dois tipos de crimes contra as mulheres em áreas rurais nos municípios em estudo: o homicídio, envolvendo um período de cinco anos (2006 a 2010); e as lesões corporais, no período de um ano (2010). Essa foi uma tentativa de ilustrar, dar visibilidade a esse tipo de ocorrência considerando o rural. Cabe salientar que dos oito municípios em estudo, dois deles não contam com delegacia de polícia civil: Arambaré e Chuvisca, ambos pertencem à delegacia de Camaquã.

Em relação aos homicídios em mulheres rurais pesquisaram-se as tentativas e os casos consumados. Dentre os oito municípios em estudo, os municípios de Arambaré, Chuvisca, Encruzilhada do Sul e Santana da Boa Vista, no período

investigado não registraram nenhum crime dessa natureza. No Quadro 3 citam-se os municípios que tiveram registros nesse período.

QUADRO 3 – Ocorrências de homicídios em mulheres tentados e consumados em áreas rurais nos municípios em estudo, no período de 2006 a 2010.

MUNICÍPIO	TENTATIVA	CONSUMADO	TOTAL
Canguçu	2		2
Camaquã	2	4	6
Cristal		1	1
São Lourenço do Sul	1		1
TOTAL	5	5	10

Fonte: Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul - DEIC, elaboração do quadro COSTA, MC., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

A partir desses dados, constata-se, que, no período investigado, houve 10 casos de homicídios – cinco consumados e cinco tentados. Observou-se que o município de Camaquã apresentou número maior de homicídios, sendo quatro consumados. Esse dado chama atenção, pois esse município apresenta número populacional rural menor do que os demais municípios.

Em relação à faixa etária, quatro casos ocorreram na faixa etária dos 20 aos 40 anos, e um caso em menor de 20 anos. Três casos de 40 a 60 anos e dois casos de mulheres acima de 60 anos mostram que metade das ocorrências desses agravos incidiu em mulheres acima de 40 anos, revelando, talvez, certa especificidade do rural, porque os dados de estudos disponíveis que são provenientes de contextos urbanos mostram que a maioria dos casos concentram-se nas faixas etárias mais jovens.

Em relação ao local de ocorrência desses agravos, cinco casos aconteceram no domicílio, dois casos no espaço público e três casos não tinham registro dessa informação. Isso vem ao encontro da literatura que mostra que os casos de violência contra as mulheres, em sua maioria, acontecem no espaço privado – no contexto do domicílio. Chama a atenção o fato de que, dos cinco casos consumados, quatro deles ocorreram no domicílio, isso pode atestar o “isolamento” rural dos domicílios como facilitador para a consumação desse fato.

Pesquisou-se, também, nesses registros a relação do agressor com a vítima. Menciona-se que para essa informação houve certa dificuldade, pois, no sistema constava o nome do agressor e na descrição do boletim de ocorrência, muitas vezes, não estava descrita a relação entre ambos. No entanto, identificou-se, entre esses casos, que quatro eram vizinhos, um “amante”, um ex-companheiro, um

cunhado, o que revela que a maioria dos agressores mantinha relação de proximidade com a vítima. Para os outros três casos, constava que dois foram por agressor desconhecido e em um caso não continha essa informação.

Quanto ao agente causador, em quatro casos foi utilizada arma de fogo, em três casos arma branca, um por estrangulamento e dois casos sem registro de informação. Esse achado revela que as formas utilizadas pelo agressor são, em sua maioria, severas e mostram a agressividade do evento.

Frente aos dados descritos, destaca-se o *Mapa da violência 2011* desenvolvido por Waiselfisz (2011), contém dados sobre a problemática da vitimização feminina por homicídio. Essa pesquisa, de certa forma, corrobora os dados acima, ao mostrar que quanto ao local de ocorrência que originaram as lesões causadoras da morte da vítima, quando se tratava de homens, somente 17% dos casos aconteceram na residência ou habitação. Já, entre as mulheres, essa proporção se elevou para 40%. Waiselfisz também relata que as armas de fogo continuam sendo a principal causa dos homicídios, tanto femininos quanto masculinos.

Ilustrando as situações de violência para as mulheres rurais da área em estudo, foram pesquisadas as ocorrências de lesões corporais relativas ao ano de 2010, identificando-se 66 registros desse agravo. A Tabela 5 expressa as ocorrências por município e as variáveis demográficas investigadas.

Tabela 5 - Distribuição das ocorrências de lesões corporais – municípios e as variáveis demográficas, 2010.

Lesões corporais – municípios e variáveis demográficas	Nº=66	%
<i>Municípios</i>		
Arambaré	1	1,5
Camaquã	21	31,8
Canguçu	28	42,4
Chuívisca	4	6,1
Encruzilhada do Sul	4	6,1
Santana da Boa Vista	1	60
São Lourenço do Sul	7	10,6
Total	66	100
<i>Idade</i>		
11-20	4	6,1
21-30	13	19,7
31-40	23	34,8
41-50	18	27,3
51-60	5	7,6
61-70	2	3,0
71 e mais	1	1,5
Total	66	100,0
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeta	6	9,1
Semi-alfabetizada	9	13,6
Ensino fundamental	42	63,6
Ensino médio	5	7,6
Ensino superior	4	6,1
Total	66	100,0
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	20	30,3
Casada	28	42,4
Separada	2	3,0
Viúva	2	3,0
Amigada (reside com ao companheiro)	12	18,2
Divorciada	1	1,5
Sem Informação	1	1,5
Total	66	100,0

Fonte: Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul – Divisão Estadual de Estatística Criminal, elaboração da tabela COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Observando-se a Tabela 5 evidencia-se que os municípios de Camaquã e Canguçu foram responsáveis por 74,2% das ocorrências registradas. Dentre os, municípios do estudo, esses são os mais populosos. No município de Canguçu

houve o maior número de registros (42,4%), talvez pelo fato de possuir 63% da população em áreas rurais.

Já, em relação à faixa etária observou-se que a maior quantidade de registros atingiu a faixa etária dos 31 aos 40 anos, com 34,8%, seguida pela faixa etária 41 a 50 anos, com 27,3%. Isso revela que 62,1% das lesões corporais ocorreram na faixa etária entre 31 e 50 anos. Esse dado pode estar mostrando certa diferença na ocorrência dos agravos violentos entre mulheres rurais e urbanas no que se refere à faixa etária. Garbin et al (2006), ao investigar lesões corporais e maus tratos em mulheres a partir dos laudos periciais constantes em inquéritos policiais em relação à idade das vítimas, relataram o predomínio de 51,5% dos casos na faixa etária de 0-15 anos. Em estudo realizado por Schraiber et al. (2002) na atenção básica de saúde, constata-se a predominância de agressões nas idades de 15-24 anos, em um total de 47,2% dos casos. Portanto, características específicas das áreas rurais podem estar relacionadas a esse achado, dentre elas o número mais elevado de mulheres em idade mais avançada, pois muitas mulheres rurais jovens, com certa frequência, abandonam a atividade agrícola e buscam novas oportunidades de trabalho e estudo em áreas urbanas.

No que tange à escolaridade, salienta-se que as subcategorias dessa variável seguiram os dados do banco da Secretaria de Segurança Pública. Nessa variável, identificou-se 63,6% das mulheres com escolaridade fundamental, porém não foi possível identificar se completa ou incompleta. Mesmo não tendo essa informação, constata-se o elevado número de mulheres com baixa instrução, o que pode ser um agravante nas situações e na permanência na violência. O estudo de Galvão e Andrade (2004) que caracterizou o perfil de mulheres vítimas de violência atendidas em um centro de atendimento à mulher em Londrina corrobora esse achado, ao mostrar que, em relação às lesões corporais, prevalecem as mulheres que não chegaram a concluir o ensino fundamental, correspondendo a 58,1% das ocorrências.

A última variável demográfica da Tabela 5, refere-se ao estado civil: – 42,4% são casadas; – 30,2% solteiras; e 18,2% amigadas. Somando-se as casadas e amigadas tem-se um percentual de 60,2%, o que mostra que a maioria das mulheres rurais vítimas de violência vivem com companheiro.

Analisando-se as variáveis relativas à ocorrência, na Tabela 6, tem-se a primeira variável relacionada ao local da ocorrência e observa-se que 71,2% dos

registros tiveram como local o domicílio. Esse achado também é encontrado em outros estudos (SCHRAIBER et al, 2002; GALVÃO, ANDRADE; 2004; LEAL, LOPES; 2005). Com isso, o domicílio parece constituir-se fortemente em espaço privilegiado da violência contra as mulheres rurais, porque esse ambiente, muitas vezes, é resguardado da interferência de outras pessoas, e o agressor conta com o medo e a vergonha da pessoa agredida em denunciá-lo.

Tabela 6 - Distribuição das ocorrências de lesões corporais - variáveis da ocorrência, 2010.

Lesões corporais – variáveis da ocorrência	Nº=66	%
Local da ocorrência		
Domicílio	47	71,2
Via pública e espaço público	8	12,1
Sem Informação	11	16,7
Total	66	100,0
Agressor		
Marido/companheiro	34	51,5
Inimigo	5	7,6
Cunhado	2	3,0
Genro	2	3,0
Amante	2	3,0
Ex-marido/Ex-companheiro	4	6,1
Sobrinho	1	1,5
Nora	1	1,5
Ex-namorado	1	1,5
Outros	8	7,5
Sem Informação	6	9,1
Total	66	100,0
Agente Causador		
Agressão Física	30	45,5
Arma Branca	16	24,2
Sem Informação	20	30,3
Total	66	100,0

Fonte: Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul - Divisão Estadual de Estatística Criminal, elaboração da tabela COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Em relação a Tabela 6, observa-se que o principal agressor é o marido/companheiro, com 51,5%. Somando-se amante, ex-marido/ex-companheiro, ex-namorado essa estatística sobe para 62,1%. Além disso, o principal agente causador da violência são atos agressivos físicos que corresponderam a 45,5%. Chama a atenção, nessa última variável, que em 24,2% das ocorrências foi utilizado algum tipo de arma branca, sendo algumas dessas armas (ferramentas)

características das áreas rurais – facão, enxada, pedaço de pau, bambu, entre outros.

Ao se ilustrar o cenário das violências menciona-se a ausência de ações direcionadas à problemática da violência contra as mulheres rurais, e a precariedade dos registros de informações em saúde, repercutindo na dificuldade de conhecer o perfil epidemiológico desse grupo populacional.

Essas informações “panorâmicas” – dito assim com o intuito de ilustrá-las – ajudam a destacar que os municípios deste estudo apresentam carências estruturais e de acesso, principalmente aos serviços de saúde, o que resulta em vulnerabilidades decorrentes do próprio contexto e da falta de oferta de ações de saúde por parte do serviço público às comunidades rurais.

Em relação aos contextos de trabalho observou-se que formam um perfil de serviços bastante similares entre si, com equipes pequenas e pouco diversificadas e com grande demanda de atendimentos. Em geral, identificaram-se atividades assistenciais e de atendimento bastante convencionais, com tímidas tentativas de se articularem ações curativas e preventivas.

Evidencia-se, portanto, que as comunidades rurais permanecem desassistidas pelo setor saúde, embora pontualmente ocorram algumas ações de cunho curativista aos usuários. E, tratando-se da violência contra as mulheres rurais, infere-se que permanece oculta e invisibilizada na ideologia e na prática, ou seja, essa problemática não integra o campo de formação, da informação e da atuação da saúde no cenário deste estudo.

6 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES RURAIS: Representações Sociais em múltiplos olhares - gestores, profissionais da saúde e trabalhadores da saúde

6.1 Os participantes do estudo quem são?

Inicia-se este capítulo analítico apresentando-se os participantes do estudo, descrevendo-se, nesse eixo, algumas características sócio-demográficas, pois se acredita que essas características apontem indicativos para análise do fenômeno em estudo. Para auxiliar na caracterização utilizou-se o programa *sequência-excel – XP* pela estatística descritiva, sendo apresentada na forma de tabelas. Traçam-se, inicialmente, as características gerais do grupo, e, em sequência, alguns elementos específicos de cada grupo de participantes.

Participaram do estudo 56 sujeitos distribuídos em dois grupos. O Quadro 4 mostra o quantitativo de cada grupo de participantes e suas categorias profissionais.

Quadro 4 – Distribuição dos grupos de participantes da pesquisa, em 2010.

GESTORES MUNICIPAIS E PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA SAÚDE DA MULHER	
Gestores Municipais de Saúde	8
Responsáveis pela saúde da mulher	5
PROFISSIONAIS/TRABALHADORES EM SAÚDE QUE ATUAM EM ÁREAS RURAIS	
Enfermeiras	14
Médicos (as)	9
Psicóloga	1
Agente Comunitário de Saúde	19
Total	56

Fonte: Pesquisa com os profissionais de saúde da região em estudo, elaboração do quadro COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Em relação aos participantes, 75% são do sexo feminino e 25%, do sexo masculino, o que reforça a predominância de mulheres atuando nos serviços de saúde. No que se refere à idade, identificou-se que 16 estão na faixa etária dos 21 aos 30 anos; 14, na faixa etária dos 31 aos 40 anos; e 14, entre 41 e 50 anos; na faixa dos 51 aos 60 anos há nove participantes, e acima dos sessenta anos três.

Isso mostra um número considerável de gestores, profissionais e trabalhadores adultos jovens atuando nos serviços de saúde. Descreve-se mais detalhadamente a faixa etária de cada grupo de participantes na sequência.

Em relação à escolaridade dos entrevistados, 63,5% possuem ensino superior completo; 14,2%, ensino superior incompleto. Já, 7,1% apresentam ensino médio completo; 5,3%, ensino médio incompleto; 3,5%, ensino fundamental completo e 7,1% não concluíram o ensino fundamental.

Quanto à formação profissional evidenciou-se que dos 35 participantes com ensino superior completo 20 possuem especialização – alguns deles possuem mais de uma especialização – concentrada em diferentes áreas (Tabela 7). Observa-se que a concentração maior de especializações encontra-se na área da Atenção Básica de Saúde (ABS).

Tabela 7 - Distribuição dos participantes do estudo segundo área de especialização, 2010.

Área especialização dos participantes	Profissionais (N)
Saúde da Família e Saúde Comunitária	11
Saúde Pública	4
Gestão em Saúde	4
Ginecologia e Obstetrícia	3
Pediatria	1
Formação pedagógica	1
Medicina Interna	1
Medicina Social e Preventiva	1
Controle de Infecção	1
Cirurgia Geral	1
Total	28

Fonte: Pesquisa direta nos serviços de saúde da região em estudo, elaboração da tabela, COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Em relação ao **grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher** que corresponde a 13 participantes, oito do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Somente entre o grupo de gestores que compreende oito sujeitos, houve predominância do sexo masculino (cinco) e três do sexo feminino, sendo que as responsáveis pela saúde da mulher em sua totalidade são mulheres. Em relação à idade três participantes estão na faixa etária dos 21 aos 30 anos; quatro na faixa dos

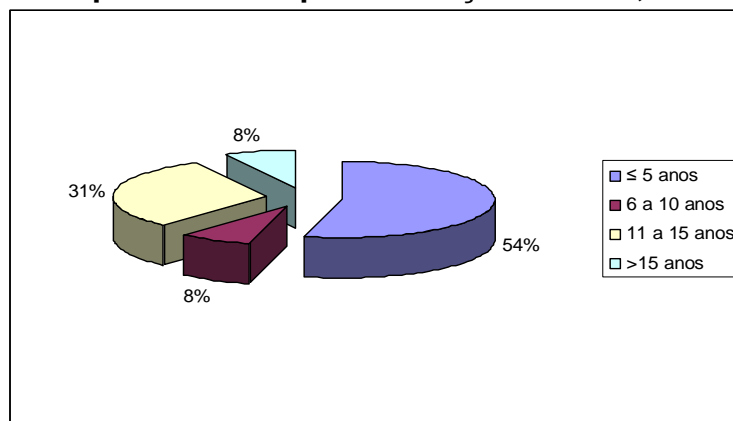
31 aos 40 anos; três dos 41 aos 60 anos; dois na faixa etária dos 51 aos 60 anos e um acima dos sessenta, o que representa que a faixa etária variou entre 26 e 68 anos, com média de 41,6 anos.

O estudo de Junqueira et al (2010), em que os autores analisaram a lógica da organização da gestão de recursos humanos em nível da atenção primária em saúde, na perspectiva dos gestores municipais, corrobora os dados do perfil dos gestores municipais da saúde encontrados no presente estudo, em que a maioria dos secretários municipais de saúde são do sexo masculino (53,3%), e a média de idade é de 39,4 anos.

Já, em relação a escolaridade desse grupo, apenas dois dos 13 participantes não possuem ensino superior completo, mas ambos, no momento da coleta, o estavam cursando. Além disso, dos oito gestores municipais da saúde, quatro têm formação na área da saúde e os demais em outras áreas: administração de empresas, pedagogia, entre outras. Em decorrência da falta de formação específica na área da saúde, pode-se inferir certo despreparo desses profissionais para atuarem nesse campo. Especificamente, no reconhecimento da violência contra mulheres rurais para além da dimensão da segurança pública, pode-se inferir que faltam elementos para a visibilidade das múltiplas dimensões que essa problemática assume.

Ainda no grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher destaca-se que o tempo médio de formação dos participantes de ensino superior é de 16,6 anos. Já, em relação ao tempo de atuação na atenção básica de saúde tem-se uma média de 7,57 anos, como se mostra na Figura 9. Apenas um dos participantes atua na ABS de seis a dez anos e outro acima de 15 anos. Isso mostra que apesar de terem um tempo considerável de formação o mesmo não acontece para a atuação na rede básica de saúde.

Figura 9 - Distribuição do grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher quanto ao tempo de atuação na ABS, 2010.



Fonte: Pesquisa direta nos serviços de saúde da região em estudo, elaboração da figura, COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Esse achado pode mostrar que os profissionais que estão na 'linha de frente' do pensar e planejar a saúde nos municípios, ainda que apresentem um nível elevado de escolaridade, não possuem necessariamente qualificação para atuarem frente aos agravos violentos. A formação centrada na clínica (médica) nem sempre dá conta desses eventos.

No que se refere à profissão, evidencia-se que dos 13 participantes sete são enfermeiras, todas são do sexo feminino. Entre os oito gestores entrevistados, duas são enfermeiras, dois administradores de empresa, um médico, um dentista, um funcionário aposentado do Banco do Brasil e uma futura pedagoga. E entre as profissionais responsáveis pela saúde da mulher, as cinco participantes são enfermeiras. Isso revela uma tendência da profissional enfermeira inserir-se nas atividades de gestão dos serviços de saúde. Sobre esse enfoque, ressalta-se que a enfermagem adquire maior relevância na atuação sistêmica da saúde, sendo valorizada pelo seu desempenho profissional e sua contribuição para a implantação e a manutenção das políticas de saúde e, conseqüentemente, à gestão de sistemas de saúde e do SUS em particular.

Tem-se observado, nos últimos anos, que a enfermagem apresenta potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde. Em estudo desenvolvido por Miranda, Guimarães e Alves (2009) que buscaram conhecer e analisar elementos das Representações Sociais dos gestores municipais de saúde de Goiânia sobre a descentralização do SUS, também se constatou expressivo número de enfermeiras ocupando cargos na gestão do SUS.

Contudo, mesmo ocupando mais espaços estratégicos na gestão do SUS, alguns estudos têm constatado que a atuação da enfermeira configura-se em "inexpressiva participação social, ausência de preparo político para conduzir determinadas situações e ausência de reflexão sobre a sua prática frente às transformações ocorridas" (SILVA, 2003, p. 127).

Os autores Melo e Santos (2007) buscaram identificar a concepção das enfermeiras quanto à participação política e aos espaços onde esta é exercida, e constataram que as enfermeiras vinculam sua participação política ao compromisso técnico, não percebendo que também é exercida em outros momentos, por exemplo, em negociações e acordos. Os autores destacam, que é necessário que a enfermeira reconheça a sua participação política no desempenho de suas funções gestoras, pois o que se constatou no estudo é que ela, mesmo não as valorizando, desenvolve ações políticas importantes na consolidação do SUS.

No **grupo de profissionais e trabalhadores da saúde que atuam em áreas rurais** composto por 43 participantes, evidenciou-se que 79% deles são do sexo feminino e 21% do sexo masculino. Na categoria das enfermeiras são mulheres. Quanto aos agentes comunitários de saúde, 15 são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Apenas na categoria profissional dos médicos aparece maior número do sexo masculino: cinco, e do sexo feminino, quatro participantes. Esses achados atestam o predomínio feminino na ocupação de cargos no cenário da saúde.

Quanto à faixa etária desse grupo identificou-se 13 participantes na faixa etária dos 21 aos 30 anos, 10 na faixa etária dos 31 aos 40 anos, 11 na faixa etária dos 41 aos 50 anos, e sete na faixa etária dos 51 aos 60 anos, e dois participantes acima de sessenta.

Em relação à escolaridade desse grupo evidenciou-se que 55,8% tem ensino superior completo; 13,9%, ensino superior incompleto; 9,3%, ensino médio completo e ensino fundamental incompleto; 6,9%, ensino médio incompleto e 4,6%, ensino fundamental completo. Dentre a categoria dos agentes comunitários de saúde (19 participantes) quanto à escolaridade observou-se que seis estão cursando ensino superior, quatro concluíram o ensino médio. Também, identificou-se que nove não concluíram o ensino médio, sendo que quatro destes não concluíram o ensino fundamental.

Os ACS são os trabalhadores em saúde da equipe que atuam em maior proximidade com a comunidade e desempenham relevante papel como veículo multiplicador de conhecimentos e informações, mediando o saber popular e o técnico-científico. Por sua ligação com a comunidade onde atua, o ACS imprime novas estratégias ao fazer saúde. No início do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde em 1991, o Ministério da Saúde não exigia grau de escolaridade para a função de agente, o critério seletivo era ler e escrever. Em 2002 com a regulamentação da profissão de ACS, estabeleceu-se que um dos requisitos é ter ensino fundamental completo, por isso acredita-se que os ACS pesquisados tenham ingressado nessa atividade em período anterior às exigências da nova regulamentação.

O grau mais elevado de escolaridade dos ACS permite melhorar a capacidade de apreensão e compreensão de novas informações e conhecimentos, situações que os favorecem e os capacitam. Entretanto, reconhece-se que o saber prático, relacional desses trabalhadores, às vezes, é mais importante para o que fazem do que a escolaridade formal.

Dentre os profissionais desse grupo que possuem ensino superior completo, quanto ao tempo de formação, observou-se que 37% têm mais de 15 anos de formados; 29%, tem entre 11 a 15 anos, seguidos de 17% entre seis a 10 anos, e 17% menos de cinco anos.

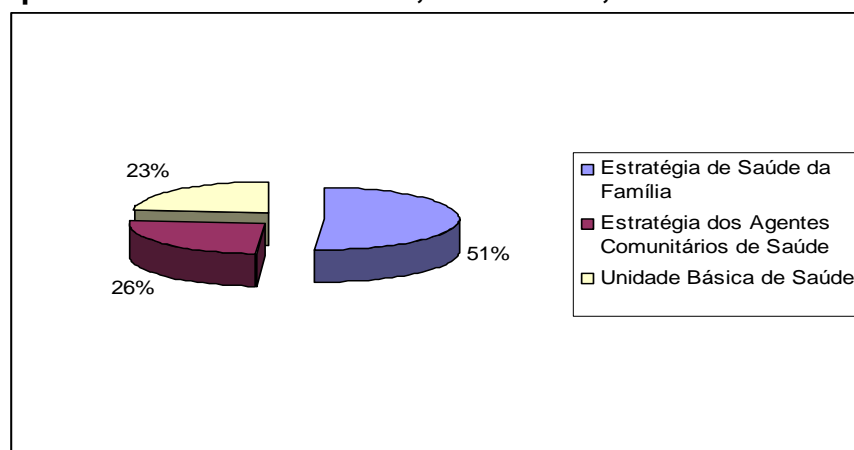
Em relação ao tempo de atuação na Atenção Básica de Saúde, para o grupo de profissionais e trabalhadores da saúde identificou-se que 47% atuam na atenção básica há cinco anos ou menos, 35% atuam entre seis e 10 anos, e 18% acima de 10 anos. Com isso, fazendo uma aproximação do tempo de formação e o tempo de atuação na Atenção Básica, observa-se que os profissionais e trabalhadores do presente estudo têm pouco tempo de atuação nesse nível de atenção. Por sua formação básica mais “antiga” pode-se sugerir uma atuação centrada na clínica clássica, dificultando sua atuação na atenção integral ao indivíduo, para além do recorte do seu corpo ou órgão, e para as dimensões sociais, culturais imbricadas no adoecimento. Isso também pode repercutir no não reconhecimento de fenômenos sociais, por exemplo, a violência contra as mulheres enquanto problemática do fazer em saúde.

Já, em relação ao local de trabalho do grupo de profissionais, trabalhadores da saúde que atuam em áreas rurais, observa-se que 51% desenvolvem suas

atividades nas Estratégias de Saúde da Família e 26% na Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme se consta na Figura 10. Com isso, 77% dos profissionais atuam junto às novas estratégias implementadas na Atenção Básica de Saúde que visam reorganizar as práticas em saúde buscando a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

As estratégias Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde apresentam-se em caráter substitutivo ao buscar um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde. Têm como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2009).

Figura 10 - Distribuição do local de trabalho dos profissionais/trabalhadores que atuam em áreas rurais, Metade Sul, 2010.



Fonte: Pesquisa direta nos serviços de saúde da região em estudo, elaboração da figura, COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

A proposta da Estratégia Saúde da Família apresenta potencial para a intervenção e o enfrentamento da violência contra as mulheres rurais, considerando-se a promoção da saúde e a intersetorialidade como eixos condutores das ações.

Em síntese, essa aproximação proporcionada pela caracterização dos participantes do estudo, destaca, principalmente, o perfil dos gestores municipais de saúde, por mostrar que suas características ainda não atendem as diretrizes, orientações e expectativas do SUS para o exercício dessa função. Constatou-se precária qualificação para o cargo e pouca experiência (tempo) para o exercício da gestão municipal de saúde. Dessa forma, esses elementos tornam-se dificultadores no direcionamento de políticas públicas de saúde a partir das realidades locais e que realmente contemplem as necessidades dos usuários. Além disso, pensando nas

agendas públicas de saúde direcionadas à violência contra as mulheres rurais, foco deste estudo, essas características podem repercutir, principalmente, no não reconhecimento dessa problemática enquanto responsabilidade do setor público como um todo, e da necessidade de construir estratégias interventivas e de enfrentamento no campo específico da saúde.

Enfim, essas primeiras reflexões serão acrescidas, nos próximos capítulos, dos olhares e representações dos participantes sobre a violência contra as mulheres rurais. Discute-se como essa leitura interpretativa influencia (ou não) o reconhecimento desse fenômeno como problema de saúde e da saúde pública, e suas responsabilidades enquanto profissionais dos serviços de saúde e representantes do poder público.

6.2 As Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais – desvelando sentidos nas palavras evocadas

Para se compreender as Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais, partiu-se da Teoria do Núcleo Central. Abric (1994) salienta que toda a representação é estruturada a partir de dois sistemas – central e periférico. Assim, a identificação de um núcleo central das representações ocorre por meio da pesquisa experimental não convencional, utilizando métodos associativos capazes de evidenciá-los. Dentre os métodos associativos optou-se pela associação livre de palavras em que o indivíduo emite palavras ou expressões sobre o objeto em estudo identificando-se, assim os elementos semânticos.

O emprego dessa técnica ofereceu, portanto, oportunidade para o aparecimento de múltiplos elementos para a análise da violência contra as mulheres rurais. Para este estudo foram definidos como indutores das associações os termos⁷ *violência* e *violência contra as mulheres rurais* sugeridos separadamente. Foram construídas duas afirmações e lançadas a cada participante, sendo elas: *Liste três ou mais palavras que lhe vêm à cabeça quando você ouve a expressão violência.* *Liste três ou mais palavras que lhe vêm à cabeça quando você ouve a expressão violência contra as mulheres rurais.*

⁷ Utilizaram-se as denominações: termos, expressões, evocações, vocábulos, palavras baseado no referencial teórico-metodológico das Representações Sociais (ABRIC, 1994; MOSCOVICI, 2003; LEAL, 2010).

A opção por esses termos foi orientada pelos objetivos da pesquisa associados às impressões e informações derivadas da pesquisa exploratória. Para a interpretação dos resultados obtidos, foi utilizado o conjunto de programas de análise de evocações inseridos no *software EVOC2000*, conforme já descrito na metodologia deste estudo.

Com o auxílio desse *software* foi possível identificar os termos mais frequentemente associados à palavra indutora, e também identificar os termos em que houve maior consistência entre o número de vezes em que foram evocados e a sua posição média na ordem de evocação, pressupondo-se que estejam ligados de forma mais central ao conteúdo da representação (FLEURY, 2008). A seguir apresentam-se os resultados obtidos para cada termo indutor em geral. Algumas especificidades de cada grupo de participantes serão discutidos nas subunidades.

6.2.1 VIOLÊNCIA como termo geral indutor de associações

Em relação ao *corpus* (conjunto), formado pelas evocações de todos os participantes ao termo “violência”, foram evocadas 64 palavras e expressões diferentes, sendo distribuídas em 202 evocações entre os 56 participantes.

Em ordem decrescente, as palavras mais citadas foram *agressão* (vinte e oito vezes), *agressão-física* (dezenove vezes), *desrespeito* (dezoito vezes), *difícil-acesso* (quinze vezes), *agressão-verbal* (treze vezes), *álcool* (oito vezes), *medo* (sete vezes).

Dessas evocações, 36 palavras deles foram citadas uma única vez e uma foi citada 28 vezes, como pode ser constatado na Tabela 8. A posição média em que as palavras foram evocadas no total da amostra foi 2,41, isto é, a maior parte dos vocábulos foi evocado, em média, entre a segunda e a terceira palavra associada pelos entrevistados, ao passo que a frequência intermediária ficou em sete e a frequência mínima em três.

Tabela 8 – Distribuição de frequência dos vocábulos associados ao termo violência

Frequência	Número de palavras/termo	Cumulativo de evocações		Inverso cumulativo de evocações	
1	36	36	17,8 %	202	100,0 %
2	5	46	22,8 %	166	82,2 %
3	8	70	3,7 %	156	77,2 %
4	6	94	46,5 %	132	65,3 %
5	3	109	54,0 %	108	53,5 %
7	1	116	57,4 %	93	46,0 %
8	1	124	61,4 %	86	42,6 %
13	1	137	67,8 %	78	38,6 %
18	1	155	76,7 %	65	32,2 %
19	1	174	86,1 %	47	23,3 %
28	1	202	100,0 %	28	13,9 %

Fonte: COSTA, M.C., Evocações gerais dos participantes do estudo, Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Realizando a associação entre as frequências de evocação, apresentadas na Tabela 8, e a média geral da posição de evocação, foram definidos os critérios para a avaliação da centralidade dos termos citados, ou seja, da importância relativa dos termos no conjunto de evocações. Considerando-se todo o universo de entrevistados, despontaram como elementos centrais *agressão*, *agressão-física*, *agressão-verbal*, *álcool* e *medo*.

Os vocábulos presentes no primeiro quadrante (acima e à esquerda) são considerados os mais estreitamente ligados à noção que esse grupo tem sobre *violência*. No quarto quadrante (abaixo, à direita) encontram-se os elementos que compõem o universo de associações ao termo indutor de forma mais periférica, ou seja, ainda que façam parte das associações, fazem-no de forma mais distanciada, não sendo decisivos para a definição do sentido que se atribui (ABRIC, 1994). Nessa posição, pode-se dizer que, geralmente, encontram-se os elementos que fazem parte do cotidiano mais recente dos participantes, ou que são citados nas conversas informais frequentemente, mas que ainda não são de fato incorporados ao núcleo das percepções (VERGES, 2002).

No Quadro 5 visualiza-se a relação entre frequência e a ordem de evocação, portanto, mostra-se, no quadro, a centralidade dos principais termos evocados. Após cada vocábulo, são apresentadas suas frequências e posição média de evocação, respectivamente.

Quadro 5 – Centralidade dos termos evocados pelo conjunto de participantes em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado ‘violência’.

OME < 2,4				OME ≥ 2,4		
Quadrante 1				Quadrante 2		
	Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≥7	agressão	28	1,750	desrespeito	18	2,500
	agressão-física	19	2,211			
	agressão-verbal	13	2,385			
	álcool	8	2,250			
	medo	7	1,143			
OME < 2,4				OME ≥ 2,4		
Quadrante 3				Quadrante 4		
	Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≤ 3 <6	caráter	3	1,667	abuso-sexual	3	3,000
	covardia	3	1,667	cultura	3	3,000
	desamor	4	2,000	desinformação	3	2,667
	drogas	4	1,750	educação	5	2,400
	escravidão	3	1,667	insegurança	5	2,400
	poder	4	2,000	morte	5	3,600
	transtorno-mental	4	2,000	privação	3	2,667
				revolta	3	3,333
			submissão	4	2,750	
			tristeza	4	2,750	

Fonte: COSTA, M.C., Evocações gerais dos participantes do estudo, Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

No Quadro 5 destacam-se no provável núcleo central (quadrante superior esquerdo), os vocábulos *agressão* e *agressão-física*. No quadrante inferior direito encontra-se *insegurança*, *educação* e *morte*, como elementos periféricos na estrutura representacional. Nos quadrantes superiores direito e inferior esquerdo, considerados periferia próxima ao núcleo central, situam-se os elementos *desrespeito*, *drogas*, *poder* e *transtorno mental*. Chama a atenção o termo *desrespeito*, por ser o terceiro termo mais evocado, mas aparece no quadrante 2, indicando que, nesse caso, há uma contradição entre os parâmetros de centralidade. Tal aspecto deve-se à sua posição média de evocação que se encontra acima da média geral (2,5, enquanto a média geral obtida foi 2,4). Também o significado difuso de “desrespeito”, não sendo específico para as violências, pode indicar seu sentido mais amplo. Na perspectiva de gênero, esse vocábulo pode ser um indicador de que as mulheres não são sujeitos plenos e de direitos na relação homem-mulher, e o respeito e o desrespeito as submetem a regras próprias, privadas e atestam a dominação masculina.

Em relação aos possíveis elementos do núcleo central é importante destacar que a palavra *agressão* apresenta a maior frequência de evocações, ao mesmo tempo em que foi evocada mais prontamente. Assim, esse vocábulo foi citado, ao todo, 28 vezes; 16 em primeiro lugar; quatro em segundo; sete em terceiro e em quarto lugar foi citado uma vez. No que tange às outras palavras, *agressão-física* foi evocada dezenove vezes, *agressão-verbal* treze vezes, e em ambas com OME maior, o que indica sua citação menos prontamente.

Abric (1994), Lopes e Bueno (2007) salientam que se as representações têm um núcleo central é porque elas são uma representação do pensamento social e, em todo o pensamento social, certa quantidade de crenças, coletivamente produzidas e historicamente determinadas, não são questionadas (conscientemente pelo grupo), posto que elas são os fundamentos dos modos de vida e garantem a identidade e a permanência de um grupo social. Bourdieu (2009) diria que constituem as “disposições” que se incorporam à vida. Assim, para esse grupo a violência, de modo geral, lembra *agressão e agressão-física*, como um reflexo social e os aspectos “negativos” desse fenômeno, restringem-se, principalmente, aos danos físicos. Essa lógica de pensamento não questiona intencionalidade ou assimetrias socioculturais e se limita ao fato em si.

Esse achado atesta e reforça o olhar cristalizado sobre os eventos violentos no campo das práticas em saúde, em que somente se reconhece a violência na dimensão dos agravos que resultam em lesões físicas. Isso mostra que a violência, de modo geral, para os participantes do estudo, é representada pelo senso comum, em que a maioria dos eventos violentos é banalizado, o que provoca certa inércia, resultando em perplexidade (imobilidade) frente aos casos extremos que repercutem em perda da vida ou lesões físicas graves, e na naturalização das ocorrências de menor gravidade.

Leal, Lopes e Gaspar (2011) buscaram apreender as dimensões significantes das Representações Sociais da violência contra a mulher em um grupo de enfermeiras(os) de uma escola pública de enfermagem de Lisboa, e seus achados corroboram os deste estudo. As autoras identificaram a representação central que as profissionais têm sobre violência como *agressão física associada à tristeza e à dor*.

Muitas situações de violência vivenciadas pelas usuárias e trazidas por elas nas Unidades de Saúde, acabam não sendo reconhecidas como tal, porque para a

identificação dos agravos que não resultam em lesões aparentes necessita-se de uma compreensão ampliada sobre saúde e de um olhar sensível, capaz de desnaturalizar essas situações, reconhecendo a legitimidade da queixa e possibilitando um agir compreensivo e integral sobre elas.

6.2.2 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES RURAIS como expressão indutora de associações

Na construção do *corpus* da expressão indutora “violência contra as mulheres rurais” na associação livre de palavras, obteve-se 53 palavras e expressões diferentes, distribuídos em 213 evocações manifestadas pelo conjunto de participantes.

As palavras mais evocadas, citadas dezesseis vezes, foram *medo* e *cultura*, seguidas das palavras *álcool* e *submissão* (quatorze vezes), *sobrecarga-trabalho da mulher* (onze vezes), *agressão-verbal* e *desrespeito* (dez vezes), *agressão-física* e *agressão* (nove vezes).

Dentre os vocábulos, cita-se que uma palavra foi mencionada 23 vezes, e 11 palavras foram citadas apenas uma vez. A distribuição dos vocábulos entre as frequências de evocação está apresentada na Tabela 9. Quanto à posição média em que os termos foram evocados no total da amostra foi 2,4, ou seja, a maior parte dos termos foi evocada, em média, entre a segunda e a terceira palavra a ser associada pelos entrevistados, ficando com frequência intermediária oito e frequência mínima três.

Tabela 9 – Distribuição de frequência dos vocábulos associados ao termo violência contra as mulheres rurais.

Frequência	Número de palavras/termo	Cumulativo de evocações		Inverso cumulativo de evocações	
1	23	23	10,8 %	213	100,0%
2	10	43	20,2 %	190	89,2 %
3	4	55	25,8 %	168	79,8 %
4	2	63	29,6 %	158	74,2 %
5	3	78	36,6 %	150	70,4 %
6	2	90	42,3 %	135	63,4 %
7	2	104	48,8 %	123	57,7 %
9	2	122	57,3 %	109	51,2 %
10	2	142	66,7 %	91	42,7 %
11	1	153	71,8 %	71	33,3 %
14	2	181	85,0 %	60	28,2 %
16	2	213	100,0 %	32	15,0 %

Fonte: COSTA, M.C., Evocações gerais dos participantes do estudo, Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Associando-se a frequência de evocação dos termos com suas posições médias de evocação, gerou-se o Quadro 6, de centralidade. No quadrante superior esquerdo (Quadrante 1) estão os elementos com menor ordem de evocação (mais prontamente evocados) e com maiores frequências, atributos que indicam o provável núcleo central. No universo dos participantes evidenciaram-se, como elementos centrais, os vocábulos *medo*, *álcool*, *sobrecarga-trabalho da mulher*, *desrespeito*, *agressão-física* e *agressão*.

No quadrante inferior direito (Quadrante 4) localizam-se as palavras de menor frequência e com maior OME (menos prontamente evocadas), que integram o sistema periférico, situando-se as palavras *covardia*, *privação*, *poder* e *desestrutura-familiar*. Reitera-se que o sistema periférico mantém uma relação dialética com o sistema central, em que toda a mudança no núcleo central depende da relação entre sistema central e sistema periférico, porque este absorve as informações e filtra-as (ABRIC, 1994). Pode-se dizer que o sistema periférico, é questionador do núcleo central e é potencialmente indutor de mudanças para esse núcleo.

Nesse sistema identifica-se que os vocábulos mencionados pelos participantes mostram atributos que refletem a dominação masculina e podem indicar uma “tomada de consciência” da dominação de gênero. É possível que se comece a admitir ou: – “não admitir” – “diferença como desigualdade de poder” e o exercício do poder masculino comece a ser questionado em sua legitimidade

simbólica, tornando inadmissível seus reflexos na vida prática, poder (dominação física e mental), hierarquias, entre outros.

Quadro 6 – Centralidade dos termos evocados pelo conjunto dos participantes do estudo, em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado ‘violência contra mulheres rurais’.

		OME < 2,4		OME ≥ 2,4			
		Quadrante 1		Quadrante 2			
		Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≥8	agressão		9	2,000	agressão-verbal	10	2,600
	agressão-física		9	1,444	cultura	16	3,250
	álcool		14	1,929	submissão	14	3,000
	desrespeito		10	2,100			
	medo		16	2,250			
	sobrecarga-trabalho da mulher		11	1,350			
		OME < 2,4		OME ≥ 2,4			
		Quadrante 3		Quadrante 4			
		Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≤ 3 <7	abuso-sexual		7	2,286	covardia	7	2,714
	desamor		4	1,750	desestrutura-familiar	5	2,800
	insegurança		3	2,333	difícil-acesso	4	2,750
	machismo		5	2,200	falta-lazer	3	3,333
	situação-financeira		3	2,333	ignorância	3	3,000
					poder	6	3,167
				privação	6	2,500	
				velada	5	3,400	

Fonte: COSTA, M.C., Evocações gerais dos participantes do estudo, Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

No estudo de Leal (2010), a autora menciona que essa constatação é instituinte dos papéis masculinos e femininos como elementos de dominação entre os sexos, o que acaba “justificando” e “naturalizando” a violência como constitutiva dessa relação e socialmente aceitável. Mas, admitindo-se o potencial “transformador” desses significados poder-se-ia dizer que as justificativas que se assentam nesses argumentos de dominação são possíveis de serem superados. No campo da saúde, por exemplo, as noções de integralidade podem alimentar novos olhares sobre a dominação de gênero e serem instituintes de novas práticas.

Entre os elementos do quadrante superior direito (Quadrante 2) destacam-se dois termos por reforçar o núcleo central – *cultura* e *submissão* – que foram evocados respectivamente 16 vezes e 14 vezes, mas com um OME maior que a média. Já, no quadrante inferior esquerdo (Quadrante 3) destacam-se os vocábulos *abuso-sexual*, *machismo* e *desamor*. Ambos os quadrantes que representam o

sistema intermediário são assim denominados por suas aproximações do núcleo central ou dos elementos periféricos (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Assim, admitindo-se essa influência, os elementos em ambos os quadrantes qualificam a mulher como submissa e justificam as motivações do agressor para os atos violentos, atrelando aos vocábulos cultura e machismo. Essa constatação reforça a dominação simbólica sofrida pelas mulheres rurais, principalmente nas relações conjugais, seja incidindo na decisão da mulher que incorporou comportamentos de submissão ou de pressões para a manutenção da família, ou ainda, na imagem que se tem de “mulher ideal”. O termo cultura é possível que seja evocado “pejorativamente”, fazendo particular referência à “cultura pomerana” presente com força nessa região. Nesse sentido, “serve bem” para justificar o imobilismo nas ações institucionais e dos profissionais, em seu isolamento, nas práticas de consultório. As dificuldades em produzir atenção adequada, considerando-se essas “vidas em violência”, induzem a justificativas legitimadas pela cultura particular dos grupos sociais.

Essa justificativa para a omissão não passa pelos elementos conscientemente refletidos – direitos, cidadania, responsabilização e comprometimento dos serviços e dos públicos em particular, com o sofrimento dessas mulheres “abandonadas a sua sorte, ao seu destino de gênero”.

O possível núcleo central (Quadrante 1) sugere, inicialmente, a representação relacionada ao vocábulo *medo*, o que representa a determinação de aspectos pautados no gênero, ou seja, na posição social e cultural de inferioridade da mulher, o que justifica e naturaliza a violência. Associados a isso, os termos *álcool* e *desrespeito* aparecem como elementos associados e considerados desencadeadores, muitas vezes, dos atos de agressão, o que contribui para justificar e para dar invisibilidade a esses atos contra as mulheres rurais, em decorrência do efeito desses “momentos de descontrole”.

Para o vocábulo *medo*, infere-se que esse não se atrele somente à figura da mulher em situação de violência, mas também à atitude de muitos profissionais de saúde frente a essa problemática, em que esse medo e a sensação de impotência dos profissionais e das mulheres diante dos agressores refletem a dominação masculina presente na sociedade e, em particular, em algumas culturas, em que a violência se sustenta “naturalmente” nas desigualdades de poder instituídas na relação homem/mulher.

Buscando-se a complexidade na compreensão aprofundada das associações de palavras entre os grupos de participantes do estudo, a partir de suas categorias profissionais e local de trabalho, e também da relação dessas associações entre mulheres e homens, utilizaram-se recursos do subprograma COMPLEX. Os quadros apresentados a seguir permitem visualizar melhor essas relações, e pelo fato de os grupos serem constituídos de reduzido número de participantes, optou-se por excluir a frequência menor que 2. Também foram utilizadas, simultaneamente, algumas falas dos entrevistados no sentido de melhor consubstanciar as reflexões e argumentações.

No grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher observou-se que, dentre as palavras mais frequentes para os gestores surgiram: *desestrutura-familiar* e *agressão*. Já, entre os responsáveis pela saúde da mulher evidenciou-se a palavra *submissão*. Quando analisadas as palavras comuns entre ambos identificou-se **álcool**, **cultura** e **medo**, como se demonstra no Quadro 7.

Quadro 7 – Palavras mais frequentes e comuns no grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado ‘violência contra mulheres rurais’.

Palavras mais frequentes				Palavras comuns		
Gestores		Responsáveis pela SM			GES	RES SM
desestrutura-familiar	2	submissão	2	álcool	4	3
agressão	2			cultura	4	3
				medo	3	3
				desrespeito	2	1

Fonte: COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Os vocábulos **álcool** e **cultura** nas evocações dos gestores e responsáveis pela saúde da mulher são comuns em decorrência do contexto da presente pesquisa, em que a utilização frequente de bebidas alcoólicas pelos homens é justificada nos costumes étnico-culturais, principalmente, vinculados a cultura pomerana, naturalizando tanto esse consumo, como a violência contra a mulher, como “efeito” e “costume” na relação homem-mulher.

Nesse enfoque, isenta-se o agressor da responsabilidade pelas atitudes violentas, reconhecidas como ‘naturais’ ou ‘normais’ entre os costumes dessas comunidades rurais. Essa isenção de culpa do agressor também é subentendida nas falas dos representantes do poder público do setor saúde. Entendem, muitas vezes, que, nesse contexto, a violência contra as mulheres e o uso de álcool são naturais e transitam entre a esfera pública e privada, envolvendo valores morais, culturais e

são modulados pelas diferenças baseadas nas construções de gênero, portanto não são de responsabilidade ou passíveis de intervenção pelo poder público.

O segundo grupo analisado foram os profissionais e trabalhadores da saúde que atuam nas áreas rurais, agrupados, inicialmente, em profissionais enfermeiras e profissionais médicos. Nessa análise observou-se que para as profissionais enfermeiras, *machismo*, *agressão-verbal* e *difícil-acesso* foram palavras mais frequentes, sendo que *abuso-sexual* foi a palavra mais frequente para os médicos, (Quadro 8). Já, em ambas as categorias profissionais as palavras **submissão** e **cultura** foram as mais comuns, seis e cinco vezes, respectivamente, para o grupo das enfermeiras. Entretanto, cada vocábulo foi citado somente uma vez entre os médicos, o que pode configurar um elemento de análise influenciada pelo “gênero”, considerando-se que o grupo das enfermeiras é constituído exclusivamente por mulheres, e o dos médicos, em sua maioria, é composto por homens.

Quadro 8 – Palavras mais frequentes e comuns no grupo de enfermeiras e médicos(as) em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado ‘violência contra mulheres rurais’.

Palavras mais frequentes				Palavras comuns		
Enfermeiras		Médicos (as)			Enf	Méd
machismo	3	abuso-sexual	5	submissão	6	1
agressão-verbal	2			cultura	5	1
difícil-acesso	2			álcool	3	3
				desrespeito	3	3
				covardia	2	1
				agressão	3	1
				medo	3	1
				poder	3	1
				sobrecarga-trabalho da mulher	1	4
				desestrutura-familiar	2	1
				privação	1	2

Fonte: COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

As palavras **álcool** e **desrespeito** foram as mais comuns para os dois grupos, ambas com frequência 3 para cada grupo. A fala de um médico sugere a compreensão de que o desrespeito ocorre, muitas vezes, pelo marido estar alcoolizado.

[...] a maioria dos maridos vão para diversão e a diversão seria bebida, álcool, e chegam em casa bêbados e desrespeitam a mulher, e elas acabam aparecendo com manchas roxas, com cortes, hematomas, escoriações, às vezes elas vêm relatando até estupro, sofrem abuso sexual (MED₁₀).

Observa-se associação entre os vocábulos álcool e desrespeito, em que se justificam as atitudes de desrespeito do homem contra a mulher em decorrência da utilização do álcool. Evocações que qualificam o homem como alcoolista, também podem indicar que o desrespeito à mulher ocorre apenas quando o homem está sob efeito do álcool (LEAL, 2010), desconfigurando a violência de gênero, a que incorpora as desigualdades de poder na relação homem-mulher e que institui legitimidade aos atos violentos ocorridos nessa relação.

Realizou-se, também, a análise das palavras mais frequentes e comuns na categoria profissional enfermeira na relação com os agentes comunitários de saúde. Entre as enfermeiras, a palavra mais frequente foi *desestrutura-familiar*, já, as palavras *velada*, *desvalorização*, *falta-diálogo* e *opressão* foram mais frequentes para os agentes comunitários de saúde, conforme consta no Quadro 9.

Quadro 9 – Palavras mais frequentes e comuns no grupo de enfermeiras e agentes comunitários de saúde em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado ‘violência contra mulheres rurais’.

Palavras mais frequentes		Palavras comuns				
Enfermeiras		Agentes Comunitários			Enf	Acs
desestrutura-familiar	2	velada	3	submissão	6	4
		desvalorização	2	medo	3	6
		falta-diálogo	2	agressão-verbal	3	6
		opressão	2	cultura	1	5
				agressão-física	1	4
				agressão	3	3
				sobrecarga-trabalho da mulher	1	4
				machismo	3	1
				desrespeito	3	1
				álcool	1	3
				poder	3	1
				privação	1	3
				difícil-acesso	2	1
				covardia	2	1

Fonte: COSTA, M.C.; Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Na aproximação das palavras comuns encontrou-se, entre os grupos a palavra **submissão** com seis evocações para as enfermeiras e quatro para os agentes comunitários de saúde. O discurso de uma enfermeira traz esse elemento para análise.

[...] as mulheres do campo ainda são mais submissas, muitas vezes desconhecem direitos, desconhecem proteção que hoje em dia elas têm muita proteção do sistema em geral e eu acho que no campo elas ainda desconhecem muito isso, elas ainda acreditam que elas

têm que participar daquela rede ali de submissão, de maus tratos e de dependência do marido [...] (ENF₃₉).

Pode-se inferir que a submissão persiste instituída como modelo social “admissível” para as mulheres, o que reforça a culpabilização e a naturalização desse tipo de violência. Retoma-se essa discussão mais adiante.

As palavras comuns **agressão-verbal** e **medo** aparecem mais na categoria dos agentes comunitários de saúde. Isso pode revelar a proximidade dos ACS com as mulheres de suas comunidades, o que lhes permite identificarem como forma mais expressiva da violência as agressões-verbais e o medo. O medo representa a permanência, muitas vezes, dessas mulheres em situações de violência, pelo receio do que poderá acontecer caso tentem reagir às situações vivenciadas. Também reflete o medo desse trabalhador em saúde de envolver-se com essas situações, o que ajuda a perpetuar os eventos violentos como parte do cotidiano dessas mulheres, no qual muitas delas apresentam histórias de resignação como “destino de gênero”, e os profissionais nada podem fazer.

Dentre as palavras mais comuns identificou-se, entre ambos os grupos, a evocação **agressão**. Isso mostra que para esses dois grupos, a violência contra as mulheres rurais centra-se na agressão o que demonstra direcionamento nas formas mais plausíveis e perceptíveis da violência, ou ainda naquelas que deixam alguma marca visível e diagnosticável.

Ao se analisar as evocações dos agentes comunitários de saúde na relação com os médicos, identificou-se que as palavras *agressão-verbal*, *desamor*, *desvalorização*, *falta-dialogo*, *machismo* e *opressão* foram mais frequentes entre os agentes comunitários de saúde, e para os médicos a palavra *desestrutura-familiar* foi mais frequente, conforme consta no Quadro 10. Chama a atenção o termo abuso-sexual, nas palavras comuns, mencionado seis vezes pelos médicos, e apenas uma vez pelos agentes comunitários.

Quadro 10 – Palavras mais frequentes e comuns no grupo de agentes comunitários de saúde e médicos(as) em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouviu o enunciado ‘violência contra mulheres rurais’.

Palavras mais frequentes				Palavras comuns		
Agentes Comunitários		Médicos (as)			Acs	Med
agressão-verbal	6	desestrutura-familiar	2	abuso-sexual	1	6
desamor	2			sobrecarga-trabalho da mulher	4	4
desvalorização	2			agressão-física	4	1
falta-diálogo	2			cultura	4	1
machismo	2			submissão	4	1
opressão	2			álcool	3	1
				privação	3	1
				velada	3	1

Fonte: COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Os dados do Quadro 10 revelam que para os médicos a violência contra as mulheres rurais vincula-se aos atos que se revestem de dominação masculina sobre o corpo e a sexualidade feminina, mostrando a reprodução social do direito sexual do homem sobre sua esposa. Infere-se que as culturas de gênero masculinas hegemônicas (heteronormativa) possam estar influenciando esse tipo de referência ao “abuso sexual”, pois, nesse grupo, há número maior de homens. Giffin (1994, p.150) salienta que nas análises de gênero é comum encontrar esta visão de sexualidade como impulso biológico instintivo e é “historicamente aplicada muito mais à sexualidade masculina que domina, controla e é violenta”, sendo aceita, muitas vezes, como natural.

Entre os termos mais comuns em ambos os grupos identificou-se com quatro evocações, o termo **sobrecarga-trabalho da mulher**. Isso se reporta à sobrecarga de atividades desenvolvidas pelas mulheres rurais, seja no contexto doméstico ou no espaço da agricultura, da lavoura, o que, de certa forma, é inferido pelos participantes do estudo como forma de violência contra essas mulheres.

As mulheres rurais têm sobrecarga de trabalho, com duplas ou triplas jornadas, determinadas pelos “papéis sociais” masculinos e femininos. Na leitura dos participantes esse fato configura-se violência pela sobrecarga de trabalho, estando vinculado às desigualdades de gênero, pois os serviços domésticos e o cuidado com a casa e os filhos são considerados específicos das mulheres. As mulheres rurais ocupam uma posição subordinada e seu trabalho geralmente aparece como ‘ajuda’, mesmo quando elas trabalham tanto quanto os homens ou desenvolvem atividades

iguais a eles. Essa é uma indicação de que o trabalho da mulher é visto como uma extensão do trabalho doméstico, reforçando a invisibilidade que cerca a percepção sobre o papel feminino na agricultura familiar.

Feita as análises das evocações entre as categorias profissionais, observa-se que ao se analisar as evocações dos médicos e das enfermeiras em relação aos agentes comunitários de saúde, a palavra **desestrutura-familiar** foi a mais frequente. Surge, então, vários questionamentos: será que isso é resquício de que existia uma estrutura anterior adequada que “era boa”? Será que quando as mulheres não tinham consciências de seus direitos e apanhavam caladas era melhor? Ou quando as mulheres limitavam-se ao seu papel na família e na hierarquia sociofamiliar era melhor? Ou ainda, os profissionais representam a (des)estrutura familiar para tirar de si a responsabilidade de intervenção, uma vez que se trata de problema privado?

Também se observou nessas representações, um tensionamento mais sensível ao sofrimento em si entre os ACS do que entre os demais profissionais e gestores, fugindo das representações simplesmente biológicas ou próprias do “destino de mulher”. Isso pode estar atrelado à capacidade dos ACS de visualizarem essa problemática no cotidiano dos domicílios, e no âmbito social, e não somente na sua centralidade biológica, o que mostra maior responsabilização pelas demandas contextuais e relacionais das comunidades rurais.

Do mesmo modo, realizou-se aproximação das associações dos vocábulos quanto ao local de trabalho dos profissionais que atuam em áreas rurais, agrupando os que atuavam nas Estratégias Saúde da Família e Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde, correlacionando-os aos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (Quadro 11). Identificou-se que as palavras mais frequentes para os profissionais das ESF e EACS foram: *agressão-verbal*, *agressão-física*, *velada*, *difícil-acesso* e *desvalorização*, já, os vocábulos *ignorância* e *máscara* foram mais frequentes nas evocações dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

Quadro 11 – Palavras mais frequentes e comuns no grupo de participantes quanto ao local de trabalho em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado ‘violência contra mulheres rurais’.

Palavras mais frequentes, segundo o local de trabalho				Palavras comuns, segundo o local de trabalho		
ESF/EACS		UBS			ESF/EACS	UBS
agressão-verbal	8	ignorância	2	submissão	10	4
agressão-física	7	máscara	2	machismo	6	7
velada	5			sobrecarga-trabalho da mulher	7	2
difícil-acesso	3			medo	6	6
desvalorização	3			álcool	6	2
depressão	2			agressão	6	1
falta-diálogo	2			abuso-sexual	5	1
negligência	2			privação	5	1
vergonha	2			poder	5	1
				cultura	2	4
				covardia	1	3
				desrespeito	3	1
				desamor	2	1

Fonte: COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Ainda que o número de participantes da ESF e da EACS seja maior do que o das Unidades Básicas de Saúde pode-se inferir, a partir das palavras mais frequentes que os profissionais que atuam nas estratégias – por estarem mais próximos das comunidades, pois trabalham com áreas adscritas – apresentam olhares ampliados que retratam elementos mais complexos que envolvem a violência contra as mulheres rurais. Esses achados, segundo Leal (2010), podem indicar maior sensibilidade ao “sofrimento” das mulheres e a tentativa de rever as condutas puramente biologicistas para esses eventos.

Quanto às palavras comuns entre os profissionais e o local de trabalho evidenciaram-se as palavras – **submissão**, **machismo** e **medo**. Ressalta-se, portanto, que entre os profissionais e trabalhadores da saúde, ainda que apresentem uma leitura ampliada dessa problemática, prevalecem os estereótipos da dicotomia dos papéis de homem/mulher, sendo próprio da mulher a submissão e a responsabilidade pela sua permanência em situação de violência. Por sua vez, o homem é considerado mais forte, e a violência seria a forma utilizada por ele para perpetuar as desigualdades, até certo ponto, consideradas como “toleráveis” e “naturais”. Nessa perspectiva, Schraiber e D’Oliveira (1999) dizem que o masculino e o feminino, como constructos sociais, se contrapõem à noção da essencialidade dos

comportamentos sociais com base nas características sexuais: o homem sempre poderoso e agressor; a mulher sempre desprotegida e vítima.

Finalizando as análises das associações de palavras, destaca-se os termos mais frequentes e comuns evocados por todos os participantes do estudo, segundo homens e mulheres. Salienta-se que nessa correlação opta-se pela análise das palavras mais frequentes, pois o grupo de participantes mulheres por ser maior resulta centralidade das palavras comuns nesse grupo. No Quadro 12 destacam-se as palavras mais frequentes ouvidas das participantes mulheres: *poder*, *machismo*, *desamor*; e as palavras *caráter* e *descontrole* foram mais frequentes nos participantes homens.

Quadro 12 – Palavras mais frequentes e comuns dos participantes do estudo em comparação a mulheres e homens em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado ‘violência contra mulheres rurais’.

Palavras mais frequentes, segundo mulheres e homens				Palavras comuns, segundo mulheres e homens		
Mulheres		Homens			M	H
poder	6	caráter	2	submissão	13	1
machismo	5	descontrole	2	medo	12	3
desamor	4			cultura	12	3
velada	3			álcool	11	3
vergonha	2			agressão-verbal	9	1
revolta	2			sobrecarga-trabalho da mulher	8	3
opressão	2			desrespeito	7	3
falta-informação	2			agressão-física	7	2
falta-diálogo	2			agressão	6	2
desvalorização	2			abuso-sexual	5	2
				covardia	4	3
				privação	4	2
				desestrutura-familiar	3	2
				difícil-acesso	2	2
				falta-lazer	2	1

Fonte: Costa, 2011, Metade Sul/RS.

O Quadro 12 referente aos termos mais frequentes na perspectiva das participantes mulheres, reforça as análises com base no gênero, em que a violência contra as mulheres rurais encontra “justificativas” em “funções sociais” hierarquizadas, baseadas no “poder de gênero” – em regras que reforçam a valorização diferenciada para os atributos sociais masculinos e femininos. Isso fica evidente quando as participantes mencionam os vocábulos *poder* e *machismo*.

No universo dos participantes homens, ou seja, sob a ótica masculina, as palavras mais frequentes foram *caráter* e *descontrole*, podendo deduzir que o

reconhecimento das atitudes violentas como “condutas morais” e “deslises” parte de certo tipo de comportamento masculino tolerável pela sociedade e para o qual “não se tem o que fazer”.

Sintetizando-se este primeiro capítulo de “aproximação” dos elementos que constituem as Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais, construiu-se um Quadro-síntese (Quadro 13). Nele constam os possíveis elementos centrais e periféricos – formas interpretativas do fenômeno em estudo – e os elementos frequentes e comuns entre os grupos de participantes.

Quadro 13 – Quadro-síntese dos elementos centrais e periféricos do universo de participantes e elementos comuns/frequentes entre os grupos de participantes.

PARTICIPANTES	NÚCLEO CENTRAL	ELEMENTOS PERIFÉRICOS
Universo dos 56 participantes	medo álcool sobrecarga-trabalho desrespeito agressão-física agressão	covardia privação poder desestrutura-familiar velada difícil-acesso falta-lazer
GRUPO DE PARTICIPANTES	ELEMENTOS FREQUENTES	ELEMENTOS COMUNS
Gestores e responsáveis pela saúde da mulher	desestrutura-familiar agressão submissão	álcool cultura medo
Enfermeiras e médicos	machismo abuso-sexual	álcool desrespeito
Enfermeiras e agentes comunitários de saúde	desestrutura-familiar velada	submissão cultura agressão
Agentes Comunitários de saúde e médicos	agressão-verbal desestrutura-familiar	sobrecarga-trabalho da mulher
Universo dos participantes por local de trabalho ESF/EACS e UBS	agressão-física agressão-verbal ignorância máscara	cultura medo machismo
Universo dos participantes segundo homens e mulheres	poder machismo caráter descontrole	submissão medo cultura

Fonte: COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

A partir dos vocábulos mencionados, pode-se evidenciar que os participantes, consideram que, para algumas mulheres rurais, a situação de violência é um “destino”, que advém do consentimento/resignação, culpa/medo. Dessa forma, as violências também são tratadas no âmbito institucional da saúde e acabam sendo “naturalizadas” e “banalizadas” pela tradição sociocultural marcada pelas relações hierárquicas de gênero.

As evocações também mostram elementos do contexto das áreas rurais, em que o lugar do produtivo (a lavoura, os cultivos) é domínio simbólico, produtivo, masculino; o domínio feminino institui-se no espaço privado, ou seja, o do reprodutivo e, de certa forma, (im)produtivo, no que se refere, principalmente, ao sistema de produção-geração de renda. Esses domínios, na prática agrícola das mulheres, fazem-nas transitar e ter responsabilidades nas duas esferas, o que resulta em sobrecarga de trabalho e em uma relação desigual entre homens/mulheres nos espaços de produção e (re)produção.

Assim, essas análises das evocações livres, desencadearam um processo reflexivo aprofundado tratado a seguir.

6.3 As Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais – desvelando sentidos nas entrevistas em profundidade

Nessa etapa de apresentação/análise dos resultados foram buscados elementos mais complexos, compreensivos das Representações Sociais dos participantes do estudo, articulando-se aos elementos anteriormente evocados. No conjunto das entrevistas em profundidade, a violência contra as mulheres rurais está representada por *ideias associadas*, categorizadas em quatro núcleos de sentido, descritos a seguir.

6.3.1 Existe violência contra as mulheres rurais? O visível e o (in)visível

No primeiro núcleo de sentido, identificou-se, nas representações sociais dos participantes, a “invisibilização” da violência contra as mulheres rurais. Dentre os elementos representativos e sugestivos dessa invisibilidade, pode-se observar nas falas dos participantes que as ocorrências de atos violentos contra as mulheres centram-se nas áreas ‘suburbanas’ e ‘áreas pobres urbanas’, o que atesta, para

alguns dos entrevistados, a não existência desse fenômeno em cenários rurais. Segundo Strey e Werba (2001), a invisibilização da violência contra as mulheres é mais uma das formas de se transportar esse fenômeno para longe dos olhos e, conseqüentemente, para “longe do coração”, ou, dir-se-ia de qualquer possibilidade de intervenção terapêutica ou responsabilização profissional ou institucional.

[...] a gente não pega muitos casos, a gente tem, a gente identifica mais as questões de violência ligadas ao pessoal da nossa zona suburbana, que eles são mais ociosos. Então a menos que seja uma coisa assim muito mal resolvida (GES₁₃).

*[...] graças a deus, nos três anos que eu to aqui trabalhando no meio rural, eu não peguei um caso de agressão física [...] mas **acontece nas áreas pobres** aqui da área urbana (MED₁₅).*

*Eu acho um absurdo a violência, mas na minha área, graças a deus, até hoje não me deparei ainda com esse tipo de caso, de violência. **Dentro desses oito anos e meio que eu já estou trabalhando na minha área, não teve nenhum caso** (ACS₄₇).*

Nessa perspectiva, Moscovici (2003) reitera que a invisibilidade não se deve à falta de informação, mas à fragmentação preestabelecida da realidade, que faz com que algumas coisas sejam visíveis e outras invisíveis, como se não estivéssemos conscientes do óbvio, do que se encontra diante dos olhos, como uma percepção eclipsada.

Essa forma de representar a violência mostra a visão predominante desse fenômeno relacionada com às condições socioeconômicas. Entretanto, esses argumentos reproduzem ideologias dominantes, afirmando que apenas os pobres praticam e sofrem violência, como se a violência fosse “normal” e “aceitável” apenas nas camadas menos favorecidas economicamente da população. Imputar-lhes, pois, uma cultura violenta significa pré-conceito e não conceito. A violência de gênero, especialmente em sua modalidade doméstica e familiar, ignora fronteiras de classes sociais, de grau de industrialização, de renda *per capita*, de distintos tipos de cultura (SAFFIOTI, 1999).

Minayo (2003) contribui para essa discussão quando diz que essa é uma representação nostálgica de retorno ao passado e de autoritarismo que imputa ao urbano, à favela e à periferia a responsabilidade pela violência, ignorando a violência estrutural, a do Estado e a cultural, considerando “*criminosa potencial*” a população imigrante-pobre das classes trabalhadoras.

Chama a atenção que a primeira fala transcrita acima é de um gestor municipal da saúde, que tem a função de planejar ações em saúde. Nesse sentido, pode-se argumentar sobre como pensar em ações de intervenção/enfrentamento da violência em áreas rurais se os responsáveis por instituir políticas e planejá-las localmente não a representam nem a identificam como problemática.

A “violência mal-resolvida”, referida por esse gestor, seria aquela que se torna visível aos olhares e ao diagnóstico, que se materializa em agressões. Essas agressões são incômodas aos serviços. No entanto, o “silenciamento” sobre a violência representaria não a sua inexistência, mas, possivelmente, a conformidade e convivência com a sua prática. Nos argumentos apresentados parece que o “bem-resolvido” da violência seria não enxergá-la. Para tanto, conta-se com a conduta de submissão e com o sofrimento “discreto” das mulheres.

O fato de a violência estar representada na pobreza pode ser mais um motivo pelo qual os elaboradores de políticas de saúde e as autoridades governamentais negligenciam, ao tratar sobre a violência, as abordagens de saúde pública – abordagens que poderiam significar maior parcela de serviços e recursos direcionados a famílias e comunidades pobres – em prol do policiamento e das prisões (OMS, 2002, p. 242).

Também foi possível evidenciar outros elementos que integram o campo representacional da violência contra as mulheres rurais como agravo que está “escondido, velado, mascarado”.

*[...] na maioria das vezes, ninguém fica sabendo, principalmente no meio rural assim, onde às vezes uma casa é bem longe da outra e não tem essa do vizinho escutar, **às vezes as coisas acontecem ali dentro da casa que ninguém fica sabendo** (ENF₆).*

*Violência contra a mulher no meio rural ela é mais **velada**, mais **escondida**, **restrita ao lar** e até pelo perfil das pessoas, porque a mulher na zona rural parece mais submissa do que as da zona urbana (GES₃₁).*

*No meio rural é o oposta da cidade, do ambiente urbano, é o **sofrimento solitário**, o **sofrimento sozinha**, aonde a mulher não divide com ninguém, nem com a própria família o sofrimento, elas sofrem caladas, **então fica difícil de intervir** (ENF₃₅).*

Considerando-se que as Representações Sociais implicam sempre a representação de algo e alguém situado em um tempo e espaço e que são definidas por conteúdos de natureza relacional a um objeto, informações, atitudes, imagens,

relacionando-se, ainda, a uma representação de um sujeito (indivíduo, família, grupo, classe) em relação a outro sujeito, os relatos enfatizam a violência contra as mulheres rurais como problema estritamente do espaço privado, ou seja, do domicílio, e com isso representa-o escondido, velado. E a situação geográfica reforça e “empurra para mais longe” esse problema, isentando os serviços e os profissionais da responsabilidade de desvelar esse fenômeno. Schraiber et al (2003) chamam a atenção para o silêncio e a invisibilidade que envolvem a violência contra as mulheres, destacando a natureza do problema situado no âmbito da vida privada e das relações familiares. Existe uma dificuldade em falar e tratar do assunto, tanto por parte das mulheres agredidas quanto por parte dos profissionais da saúde. As autoras dizem que por trás desse silêncio estão duas questões importantes: o não reconhecimento de que a violência contra a mulher é problema de atenção à saúde, e a tendência de se usar a linguagem do adoecimento, o que dificulta a comunicação entre os profissionais da saúde e as usuárias dos serviços.

Sob esse raciocínio, outro elemento representacional contributivo a invisibilidade da violência é o não reconhecimento desse fenômeno para além da lesão física, a difícil inclusão da violência nas agendas da saúde sem enquadrá-la em um diagnóstico de doença. Institui-se e reconhece-se um ato de violência somente quando esse gerou alguma marca visível na mulher e que ela o relate. O biologicismo das intervenções em saúde restringe-se a cuidar da lesão, desqualificando os motivos que a geraram e o sofrimento decorrente (a não doença). Sabe-se que as mulheres que chegam aos serviços de saúde trazem marcas, visíveis e invisíveis, da violência da qual são vítimas. No entanto, mesmo visíveis, muitas vezes essas marcas, não são contempladas pelos modelos clínico-diagnósticos de atendimento utilizados pelos profissionais de saúde, pois esses profissionais baseiam suas atitudes e ações práticas em um modelo norteado pela legitimidade biológica do diagnóstico formal e a consequente conduta terapêutica prescritiva e farmacológica em particular.

*[...] porque é uma coisa que não aparece, **tu não enxerga**, daí se chega uma usuária pra mim aqui com algum **hematoma** ou alguma coisa, eu vou saber se ela falar que é violência, se não faço os procedimentos necessários, agora, pressão psicológica, essas coisas de omissão, é muito difícil porque tu não enxerga (ENF₃₇)*

[...] “a gente só vê aquilo que a gente conhece”. Então aquilo passa despercebido a gente não dá bola [...] eu acho que é importante tu ter assim alguma coisa de reciclagem, isso aí eu acho legal pra

gente poder prestar mais atenção nos sinais que podem aparecer, que a gente não vê (MED₄₁).

A forma mais visível quando acontece, é a forma de lesões físicas, a forma inaparente e mascarada e disfarçada é a forma emocional, que se traduz nas diferentes formas: transtorno do humor, depressão, agressividade, insatisfação no trabalho, no rendimento, essas coisas que podem ter uma raiz na violência contra a mulher (MED₃₃).

Os profissionais da saúde materializam a fragmentação e a despersonalização da ação e do seu sujeito-objeto de atenção, neste caso, as mulheres rurais, reduzindo a abordagem ao que sabem concretamente fazer na dimensão predominantemente da doença e dos saberes estritamente biomédicos. Dessa maneira, as falas acima evidenciam que somente frente a uma situação de violência física visível os profissionais sentem-se 'obrigados' a agir, pois situam-se no campo da racionalidade biomédica, direcionando o atendimento ao "órgão ou à parte do corpo" afetada. Essas representações e as condutas decorrentes mostram o não envolvimento dos profissionais com as dimensões socioculturais que determinam a violência e suas consequências, o que acarreta a não responsabilização profissional.

*[...] muitas vezes a gente não sabe que a coisa é tão intensa de repente a gente vê tantos casos e a gente acha que, como as coisas não chegam né, **aquilo não é uma coisa que por exemplo, como uma doença né, se tem um surto de diarreia** aquilo vem, tem que tomar providências e ver, então são casos esporádicos que de repente não chega a gente, **o que muitas vezes chega é aquele caso da agressão física mesmo (ENF₁₄).***

Observa-se, na fala acima, que a enfermeira, por representar a violência contra as mulheres rurais como uma "doença" ou como um evento físico legítimo de atuação da saúde, não a reconhece como situação de agravo fora desse referencial clínico-diagnóstico. A difícil percepção, mas não só isso, a "impropriedade diagnóstica" da violência (LEAL, 2010) (não doença) é o argumento que focaliza a ação nas agressões físicas que se revertem em lesões, hematomas e que podem, assim, ser acolhidas e a violência "difusa" perde seu sentido e importância. Isso revela a aplicação dos diagnósticos e concepções de doença à violência (trauma) resultando no acirramento da ideia de vitimização, reforçando os estereótipos de que as mulheres agredidas seriam sujeitos frágeis e carentes.

Minayo (2006b) complementa essa ideia mencionando a dificuldade dos profissionais da saúde e das instituições de aceitarem mudanças que incluam problemas complexos, cuja tônica são questões da vida social e não enfermidades.

Outro fator representacional que contribui para encobrir o reconhecimento da violência contra as mulheres rurais é a dificuldade (ou falta de qualificação) dos profissionais, trabalhadores, e dos gestores, em intervir nessas circunstâncias. Na visão dos entrevistados, “o que fazer” ante as situações de mulheres vitimizadas é um desafio que transcende o setor saúde, e diante do qual os profissionais e gestores se sentem pessoal e institucionalmente desamparados.

Evidencia-se, assim, que a problemática da violência contra as mulheres rurais é ainda mais invisibilizada no cenário da saúde, porque as populações rurais vivem distantes dos centros urbanos e, conseqüentemente, dos serviços públicos de saúde. Assim, essas mulheres permanecem à margem da atenção à saúde – **anônimas e ocultas das ações de cuidado** – os programas e as redes de atenção são projetados quase exclusivamente para a população urbana. Portanto, o distanciamento das mulheres rurais dos recursos coletivos de atenção social e de proteção, e as grandes distâncias geográficas dos centros urbanos, onde se encontram esses recursos, favorecem a invisibilidade e o enfrentamento das situações de violência.

Pode-se inferir, além das representações já mencionadas que determinam e potencializam a invisibilidade da violência, que o seu não reconhecimento como problema de saúde e da saúde pública, em particular, reforça e reafirma a invisibilidade desse fenômeno. No atual argumento de definição de saúde como “não doença” fica impossível admiti-la nessa dimensão. Não é doença – muito bem – mas é o quê, para que seja reconhecida como problema que afeta a saúde e de responsabilidade de amplos setores?

*A gente trata vários assuntos e nem sempre dá ênfase a todos [...] dá prioridades né, então seria interessante mais essa parte desenvolver mais, até porque é uma parte de violência mesmo, mas acho que é **mais uma parte penal, judicial** (MED₁₅).*

*[...] eu acho que **não é problema de saúde tão específico**, tem que envolver a polícia, a justiça e outros órgãos e a saúde quando for específico para esse setor e ver o que pode ser feito com aquela família ou com os filhos (GES₄₄).*

As falas referem-se à representação da violência relacionada mais comumente com criminalidade e, por isso, objeto de reflexão exclusiva das ciências

jurídicas e seus códigos de conduta penais. Atualmente, ainda se tem a compreensão de que a violência é objeto a ser tratado no âmbito da segurança pública. Ao reconhecer esse fenômeno somente a partir da abordagem jurídica (punir o culpado) impede-se um olhar plural de entendimento e de abordagem, de acolhimento e responsabilização pelo sofrimento gerado na vítima, além de omitir-se do compromisso com a transformação quanto aos comportamentos violentos na relação homem-mulher.

Essas representações da violência contra as mulheres rurais mostram as dificuldades dos gestores e profissionais da saúde inserirem essa problemática no campo de atuação da saúde, mostrando a difícil compreensão da violência para além de problema de polícia, mas como problema de saúde e da saúde pública, passível de intervenção, sensível e qualificada. Essa dificuldade assenta-se em uma visão limitada tanto da compreensão que se tem sobre a saúde e a doença, quanto de sensibilidade e qualificação para identificar os eventos violentos e os recursos positivos dos sujeitos nos processos de ruptura com essas situações.

Em meio às representações dos participantes foi possível identificar outros elementos que mostram dimensões mais sensíveis de representação e de reconhecimento da violência, mais evidentes nas falas de alguns ACS.

*[...] eu acho que isso é **um problema extremamente de saúde**, com certeza eu acho que isso acaba se deparando, elas chegam principalmente nas unidades de saúde, e em nós ACS pois a gente é o referencial para elas, **então a saúde quando falo saúde falo em nós podemos fazer e devemos fazer algo para que seja atacado** (ACS₂).*

*[...] vejo essa problemática como algo que denigre a mulher rural, e precisa ser feito alguma coisa, eu tenho acompanhado alguns casos na minha área e temos conseguido fazer a mulher enxergar os seus direitos, **mas tem que ter uma “atenção” para ver isso**, porque o círculo da família rural ele é um círculo bem fechado, e como a gente visita todo mês, às vezes mais de uma vez, conversando, observando, tu pode fazer algo (ACS₅₃).*

As falas mostram as representações de alguns ACS ancoradas em um reconhecimento mais sensível do sofrimento gerado por esses agravos e às condutas voltadas a apoiar, entre as quais: deixar a mulher desabafar, observar o contexto, conversar, estando ancoradas na direção da produção de um cuidado nas dimensões sociais e relacionais, e de ações de orientação, promovendo certa horizontalização desse cuidado e corresponsabilização nas tomadas de decisões.

Assim, pode-se questionar: de que modo o modelo clínico vai reconhecer o sofrimento da maneira que os ACS o fazem? Como instituir (se é que é preciso) categorias diagnósticas que deem conta dessa “encrenra” para os profissionais e serviços?

Mesmo tendo outros elementos representacionais sensíveis a essa problemática manifestados por alguns participantes, especialmente os ACS pode-se mencionar que a maioria dos participantes do estudo representam esse fenômeno como *ahistórico* e *atemporal*, externo às condições sociais e humanas mais complexas. Essa visão tem conferido aparência individualizada, patologizada e subjetiva e quando a ampliam e a caracterizam como fenômeno macrossocial perde-se de vista os seus elementos específicos, o que dificulta a compreensão da necessidade de intervenção de todos os setores da sociedade, dentre eles o setor saúde. No campo das tecnologias poder-se-ia argumentar sobre as inadequações à abordagem das relações interpessoais e sociais e suas consequências para a saúde individual e coletiva, o que provoca a inexistência ou fragilidade de concepções sobre as tecnologias relacionais necessárias à construção do vínculo e da confiança, elementos fundamentais na identificação de situações possíveis de intervenção da saúde.

Rubens Alves (2007) sugere a construção de um “sofrenômetro” que seria um “instrumento” sensível ao sofrimento humano para além da dor física. Essa “ferramenta”, incluída como elemento da terapêutica, no entanto tensionaria os paradigmas da ciência e da saúde em particular, ao admitir outros pressupostos para se elaborar ou lidar com a dor e o sofrimento humano.

6.3.2 Masculino e feminino: poder e autoridade, natureza e cultura

Destacam-se como pressupostos dessas análises que a violência não é um produto direto de características inatas. Acredita-se que as diferenças de comportamento dos sexos não são explicadas simplesmente em termos de diferenças biológicas mesmo que sofram influências hormonais (bioquímicas), por exemplo, em relação ao que se diz em Neurofisiologia e em Neuroquímica. Sabe-se que os papéis sexuais (relações de gênero) de homens e de mulheres são construídos na cultura, nos processos de socialização e são históricos (CECCHETTO, 2004).

Nessa abordagem, a violência contra as mulheres, em cenários urbanos ou rurais, precisa ser entendida como violência de gênero, a qual designa a violência ocorrida em um contexto de desigualdades de gênero sustentadas por uma matriz hegemônica de gênero, em que as concepções dominantes de feminilidade e masculinidade configuram-se a partir de disputas simbólicas e materiais processadas nos diversos espaços sociais – família, a escola, a igreja, a sociedade, entre outros (SAFFIOTI, 2001). Essas desigualdades se formalizam e institucionalizam nas diferentes organizações privadas e públicas, e também nos diferentes grupos que constituem a sociedade, estando presentes no cotidiano de vida e trabalho das mulheres rurais.

As representações dos participantes quanto às relações violentas entre homens e mulheres rurais revelam, predominante, o **poder** e a **autoridade** do homem como provedor e chefe da casa. A mulher rural é vista sob a ótica da relação de serviço, subordinação e obediência. Nas falas a seguir, ela é considerada responsável pela reprodução biológica, cuida do lar e dos afazeres domésticos, sem direito de expressar e relatar seus sentimentos, e com pouca ou nenhuma legitimidade para “desconformidades”.

*[...] há uma cultura em vários lugares assim que a gente vê de usar os serviços da mulher em descanso do homem. **Até tem a piadinha aquela, feminino de homem deitado na sala lendo o jornal, sabe? “Mulher na cozinha, mulher na cozinha em frente a pia e o fogão”** (MED₁₅).*

*Eu no meu consultório com 40 e tantos anos, eu sempre percebi uma coisa: a mulher que trabalha no campo ela é muito mais judiada, ela tem um aspecto muito mais desgastado do que a mulher da cidade, por dois motivos. Um porque a mulher da cidade tem mais condições, e não é só o dinheiro, condições de procurar ambiente de se tratar. E se protege mais do sol, do frio, da umidade. Enquanto que a mulher rural, ela se expõe, e muitas vezes até obrigada pelo próprio marido. Uma vez um disse assim pra mim: **'me tira os dentes dela tudo, me bota uma chapa nela que assim ela não precisa vir mais na cidade e pode me ajudar todos os dias lá fora'**. 'Ela tem que fazer a comida, ela tem que cuidar dos meus dois guri que eu tenho um de dois anos e outro de seis, e ainda ela vai pra lavoura comigo fazer o trabalho' Ela vai pra lavoura as seis da manhã, onze horas ela volta pra casa pra fazer o almoço, me traz lá na lavoura de novo, volta em casa pra arrumar a casa e a uma hora e meia, duas horas volta pra lavoura até anoitecer.' Isso dito por um marido. E eu disse 'pô, mas o senhor tem uma escrava, não tem uma mulher em casa.' 'Não, não, não, ela tem que ajudar a mim' (GES₃).*

A partir das falas, observa-se que se impõe à mulher rural uma relação de trabalhadora e de mãe a “serviço” da família. Sem tempo e lugar próprio, ela está em disponibilidade permanente a serviço da família. Isso mostra que a organização da vida em família, principalmente, a organização do tempo e do espaço, permanece entre as obrigações femininas.

Nessa direção, e concordando com as ideias de Fougeyrollas-Schwebel (1994), estudiosa francesa, evidencia-se que o exercício de uma atividade profissional (nesse caso atividade na lavoura) para as mulheres, não põe em causa de modo fundamental sua disponibilidade permanente a serviço da família. A autora argumenta ainda que efetivamente a organização da vida cotidiana, principalmente a organização do tempo e do espaço, parece repousar sobre a negação do trabalho produtivo feminino. As coisas são feitas como se trabalho produtivo e trabalho doméstico não se referissem às mesmas pessoas.

Nesse sentido, os atributos e os papéis atribuídos ao gênero instituem um valor diferenciado e hierarquizado às atitudes de uns e de outros, legitimando condutas de dominação. No que tange às mulheres, Venturi e Recamán (2004) mencionam que os papéis tradicionais de mãe e esposa são valorizados na definição de “ser mulher”, como elementos positivos ou negativos de sua condição de mãe – pelo acúmulo de responsabilidades na criação dos filhos; de esposa – pela falta de autonomia decorrente do vínculo com o marido.

Os relatos acima transcritos, revelam que a mulher rural é, muitas vezes, destituída de autonomia e do direito de decidir, inclusive sobre o seu próprio corpo. Para Chauí (1985), a violência em diferentes dimensões nega a autonomia à parte da relação submetida, nega-lhe a possibilidade de ser sujeito, de construir-se e constituir-se como capaz de autonomia na relação. A violência apresenta-se como a ação que trata um ser humano não na condição de sujeito, mas de objeto; as relações de força materializam a violência porque coisificam pessoas, “instrumentalizam” indivíduos e quando aplicadas às relações sociais de sexo, significa dizer que são violentas porque tornam diferentes em desiguais, por meio de relações assimétricas e hierárquicas.

*[...] o homem do interior ele não tem cultura, geralmente são trabalhadores, são pessoas que trabalham em lavoura, eles não têm quase estudo, não tem nada [...] eles é pegar um dinheiro e ir para cidade, daí essas mulheres acabam pegando doenças venéreas, porque **para ser macho tem que ir para o cabaré, funcionar com as***

damas, machão, a mulher tá lá bonita porque a da lavoura tá mal cuidada, então isso é horrível eles podem tudo (GES₃).

Com isso, a violência contra as mulheres rurais, na representação dos participantes e sob a ótica das relações homem-mulher, mostra a permanência e a manutenção do poder do homem, menosprezando as mulheres, considerando-as simples objeto, conforme as palavras de Faria e Nobre (1997, p. 18) “expressando a demonstração de poder dos homens e a ideia de que as mulheres são objeto de posse”. Isso revela que a violência contra as mulheres, nesse contexto, pauta-se em permanência das assimetrias de poder, em que a desigualdade e a exclusão do poder para as mulheres são explicadas pelas diferenças físicas, sexuais e biológicas, justificando-se a natureza da sujeição feminina pela sua “funcionalidade” social. Tal constatação é reproduzida cultural e ideologicamente, e na “permanência inconsciente” das práticas profissionais.

Nessa perspectiva, as representações de culturas de masculinidade e feminilidade dominantes quanto à instituição de poder e valor de troca para o trabalho, por exemplo, podem ser avaliadas nas repercussões da utilização desigual dos atributos de uns e de outros, como a utilização da força física enquanto ferramenta e exercício desse poder, sendo que na aceitação e na naturalização desse exercício assenta-se a perpetuação dos atos violentos.

Na visão de Lamoglia e Minayo (2009), o masculino é ritualizado como o lugar da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade como sinônimo de provimento material. Em consequência, o masculino é investido significativamente com a posição social (naturalizada) de agente de poder da violência, havendo, historicamente, uma relação direta entre as concepções vigentes de masculinidade e o exercício do domínio de pessoas, de guerras e de conquistas.

Pode-se, também, identificar, nas representações dos entrevistados relativas às usuárias, a crença na persistência das desigualdades ou a não existência de igualdade entre homens e mulheres quando dizem “*acho que a igualdade dos sexos não existe*” (MED15), ou ainda, “*não existe essa coisa de direitos iguais*” (ACS40). Conforme diz a sempre atual Saffioti (1999, p. 82-83), a desigualdade de homens e mulheres está “longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos nas tramas das relações sociais”.

*[...] todo aquele que violenta, está **violentando um ser inferior**. Não que as mulheres sejam inferiores, mas na perspectiva do homem, do machista, ele considera a mulher, quando ele é um agressor, um ser*

inferior. E eu não acredito, acho que a igualdade dos sexos não existe (MED₁₅).

A fala é clara e evidencia essa persistência de disposição a mandar e a obedecer. Assim, entende-se que o processo de construção cultural das desigualdades de gênero, ao longo da história, constitui-se em disposições permanentes a “se submeter”, sendo que para as mulheres a sujeição na relação reconhece, na sua pouca força física uma inferioridade “natural” (BOURDIEU, 2009).

As desigualdades de poder entre os gêneros, segundo Meneghel, Sagot e Bairros (2009), torna difícil delimitar as fronteiras entre os comportamentos generificados pela cultura e veiculados pelo sistema exploração/dominação de mulheres, e o momento em que ocorre a ultrapassagem de determinados limites eles se tornam violência. E as autoras também declaram que as desigualdades entre os sexos, produtoras de iniquidades e vulnerabilizações, se constituem em violências em si.

Em estudo desenvolvido por Lamoglia e Minayo (2009), em que os autores buscaram traçar o perfil de mulheres e homens envolvidos em situações de violência conjugal, encontrou-se que as agressões entre homens e mulheres corroboram os achados deste estudo, e se referem claramente a um sentimento e a uma prática de posse do homem sobre a mulher, marcada pelo desejo de mantê-las em servilismo, tuteladas ou como propriedade exclusiva.

As representações das relações conjugais mostram que o exercício do poder ocorre de forma diferente e é desigualmente valorado entre os sexos. Assim, muitas mulheres, especialmente as que residem em áreas rurais, segundo os participantes deste estudo, ocupam posições subalternas na hierarquia familiar. Essa condição de subalternidade configura e agrava a violência e atinge a capacidade de as mulheres se autodeterminarem sexual e socialmente, tornando-as mais vulneráveis ao abuso físico e emocional.

No que se relaciona ao poder, Saffioti (1999) desmembra-o em duas faces: a da **potência** e a da **impotência**. As mulheres, de modo geral, são socializadas para conviverem com a impotência; os homens – sempre vinculados à força – são preparados para o exercício do poder, e convivem mal com a impotência. A autora acredita ser no momento da vivência da impotência que os homens praticam atos violentos, estabelecendo relações desse tipo.

Alguns autores argumentam que a ausência de diálogo, postura acentuada de dominação por parte do companheiro, exigência de obediência pela mulher, sem questionamento de suas necessidades e de seus direitos, associados à falta de perspectivas de mudança, parece ser o fermento para práticas de violência (ANDRADE; FONSECA, 2008; MELO; SILVA; CALDAS, 2009).

No cenário em estudo, os entrevistados relataram que as relações violentas entre homens e mulheres acentuam-se pela posição de **submissão das mulheres**, sendo a imagem da mulher vítima que predomina em suas representações, associando-se ao estereótipo da submissão e da desproteção. Assim, admitem que a construção sociocultural da identidade feminina e a definição de papéis femininos – figura passiva e submissa – têm criado espaços propícios ao exercício da dominação masculina e “permitem” a violência. No dizer dos participantes,

*[...] a principal violência é a da **imposição do homem sobre a mulher** em função de ele ser o detentor do meio de subsistência, é ele que planta, ele que colhe, a terra já tá no nome dele e ele que determina a relação como é que tem que ser. E a **mulher do meio rural é submissa**, é o homem que vem na cidade pra fazer o empréstimo, pra pegar o empréstimo pra comprar coisas pra mulher, quando vem ela tem o convite do homem (GES₃₁).*

*[...] **submissão e abuso de autoridade, de poder**, por parte do homem assim, do poder que eles acham que tem em relação à mulher. A gente vê muita mulher submissa, que acha que tem deveres, por exemplo, em relação ao casamento. Casa já pra sair de uma situação ruim familiar e aí vai pra outra situação que a gente sabe que acaba se repetindo, e acha que tem obrigação porque aquela pessoa tirou ela da casa ou da família, ou **obrigação simplesmente porque é esposa e tem que fazer as coisas pro marido, a fim de manter a família**. É, submissão, abuso de poder, de autoridade (COORD₄₂).*

*Elas são submissas. É como eu te disse, “**aqui é século passado**”, as mulheres não tem voz nenhuma [...] se tu observar, andando na rua, **tu vê que o marido anda um metro na frente da mulher**, ele é que vai, parece que não existe mais isso, mas existe (ENF₉).*

Observa-se, nas falas dos participantes, que a submissão da mulher rural está atrelada, principalmente ao fator de “dependência” do marido, das “obrigações de esposa” e também do desejo de manter a família unida, mesmo que aparentemente.

Nesse sentido, argumenta-se que na dimensão simbólica da violência de gênero são diversos os fatores que podem contribuir para a mulher adotar a posição de submissão e de silêncio sobre a agressão sofrida. Dentre eles destacam-se: o

desejo de ter a família e de mantê-la unida; a prescrição dos papéis familiares com diferentes funções para o homem e para a mulher, no qual ele tem a função de provedor e chefe da família e a mulher a responsabilidade de cuidar do lar e dos filhos, e a “distribuição desigual de poder, cabendo ao homem-pai-marido as decisões quanto às regras a serem seguidas pela família”, que devem submeter-se ao poder masculino (NARVAZ; KOLLER, 2006; LEAL, 2010). É a produção – (re)produção de comportamentos narrativos, sendo o masculino a fonte dessa produção.

Nessa perspectiva, em estudo desenvolvido por Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008), em uma maternidade de São Paulo, os autores buscaram identificar, em entrevistas com os profissionais da saúde, os significados atribuídos à violência e à mulher vítima de violências. Os resultados, mesmo que referentes a uma realidade urbana corroboram os achados deste estudo, pois os profissionais reconhecem como causa e consequência da violência contra as mulheres as desigualdades de gênero, e consideram a submissão um dos elementos.

A relação entre homens e mulheres nas representações analisadas tem mostrado o caráter de dominação, atribuindo à mulher a “condição” de submissão, retratada em obediência, reprodução, fidelidade, cuidadora do lar e da educação dos filhos. Os papéis de gênero, naturalizados, influenciam formas de nascer, viver e morrer em situação de submissão e ainda têm se configurado em condutas esperadas e “destino” em muitos contextos sociais. Nessa direção, o campo das representações na dimensão da submissão aparece como modelo social para as mulheres em situação de violência, o que reforça a culpabilização e a naturalização desse tipo de violência.

Assim, essas representações reforçam o “papel da mulher” enquanto “ser inferior” e reproduzem a naturalização e a banalização dos atos violentos potencializados para as mulheres rurais. A aceitação da submissão como algo inerente ao feminino dá margem à violência, ao mesmo tempo em que dificulta sua identificação, seu “reconhecimento diagnóstico” no âmbito das práticas institucionais da saúde e seu enfrentamento.

No âmbito familiar, identificou-se nas representações que as mulheres rurais são vistas e tratadas apenas como “provedoras do bem-estar da família”, ou “meio de bem-estar dos outros”, ou mães e esposas desprovidas de demandas próprias e de autonomia. Nesse espaço, é mais evidente e materialmente identificável a

presença dos preconceitos e das desigualdades concretas de gênero que, muitas vezes, estimulam as práticas discriminatórias, justificam a violência doméstica e limitam as mulheres na tomada de decisão nas questões relativas ao seu cotidiano e, em particular, ao trabalho “produtivo” que executam na lavoura.

*[...] não tem autonomia de sair comprar uma coisa porque o marido nega muito. Oprime muito. Eles saem principalmente para a prática de esporte. Normalmente não vai quase a lugar nenhum. Os caras vão para o baile sozinho, vão jogar futebol, pelos bares. Hoje ainda a mulher rural fica normalmente em casa, cuidando da casa. No interior acontece muito. Noventa por cento ou mais das mulheres ficam em casa e enquanto o homem sai pra caçar, pra jogar. E na verdade ela fica quase como **uma escrava** (ENF₄₂).*

*[...] exigir o espaço que ela tem que **ficar só ali cozinhando**, que não pode ir lá pros galpão porque lá tem os homens trabalhando no fumo ou na lavoura, ela não pode ir até o tal lugar lá, porque lá vão os homens, ou comer depois que todo mundo come, **ela tá com fome, mas tem que esperar todo mundo comer e se sobrar tem pra ela, senão é os empregados que tem que comer** (ACS₄).*

*[...] na verdade, de certa maneira elas, depois que casam, normalmente se tornam meio que **escravas deles**, porque deixam todo o lado feminino delas, digamos, **ficam de lado todos os sonhos delas, planejamento delas ficam de lado**, porque elas vivem em função do marido, e em casa (GES₃).*

As falas dos participantes atestam as formas de socialização da mulher considerada opostas à do homem, meiga, submissa, dentro de casa, sendo o ambiente doméstico permeado, em muitas situações, pela isenção de leis formais, o que de fato, possibilita a abertura de caminho para a lei do “mais forte”, para legitimar o poder do marido sobre a esposa e os filhos. Nessa direção, Leal e Lopes (2005) dizem que se estabelece, uma “ética privada” que hierarquiza as relações familiares e submete “os mais fracos”, tornando-se justificativa “naturalizante” de agravos no ambiente privado, no caso particular, das violências.

A identidade feminina se constrói alicerçada no que ela aprendeu, ao longo dos anos, a reconhecer como inerente a sua condição de ser mulher: casar, cuidar da casa, dos filhos e do marido, ser responsável pela harmonia do lar, e nesse contexto para Kiss, Schraiber e D’Oliveira (2007), o casamento acaba sendo um objetivo ou projeto de vida feminino.

A realidade do “século passado”, como ressaltou uma enfermeira, parece atualíssima, pois conforme, Simone de Beauvoir (2009, p. 547-553), historicamente, a celibatária se define tendo como parâmetro o casamento, independente da

maneira que essa mulher se posicione perante a união conjugal, pois o destino propõe tradicionalmente à mulher o casamento, “uma mulher é um ser socialmente incompleto, ainda que ganhe a sua vida; cumpre que traga aliança no dedo para que conquiste a dignidade e a plenitude de seus direitos”. Essa obra de Simone, datada de 1949, retrata valores do passado ainda presentes no rural, expressos nas falas a seguir, e também a permanência na união conjugal mesmo que as relações sejam permeadas por situações violentas.

O casamento no meio rural é um troço assim meio sagrado, principalmente, na cultura pomerana ‘eu casei e se eu deixar o meu marido todo mundo vai falar de mim que eu sou vagabunda’. Ninguém vai falar do marido, ‘ó, o marido deixou dela’. ‘Eu saí de casa, deixei o marido e todo mundo’... ‘se eu deixar e sair de casa, vão dizer que eu sou vagabunda, então eu vou aguentar aqui porque aqui eu tenho comida, tenho casa, e vou sair e vou pra onde?’ (ACS₃₄).

[...] tem muitas ainda que ocorre assim, de ficar casada porque é feio a separação, ainda ocorre na região, daquele sistema antigo, que na cultura pomerana ainda está muito forte casou é até o final da vida juntos, apanhando e sofrendo violência, enfim (COORD₂₅).

As falas representam a dimensão que a instituição do casamento assume no cenário rural, principalmente nas comunidades de cultura pomerana. Em estudo desenvolvido por Thum (2009) que analisou os silêncios e reinvenções pomeranas na serra de Tapes/RS, o autor identificou algumas questões relacionadas ao casamento nessa cultura, em que nas relações familiares, a regra é instituída pela ideia religiosa, na forma de rito, então, no dia do casamento fica determinado que a mulher deve ser submissa ao marido e conforme a fala dos participantes do estudo “Cristo é a cabeça da igreja, o marido é a cabeça do casamento”. A autora salienta, ainda, que o papel de esposa e o do marido fica delimitado por essa regra que produz consequências na organização da vida cotidiana, nos papéis sociais que cada um deve cumprir, cabendo a mulher uma postura serviçal, a serviço de *outrem*, seu trabalho e seu corpo.

As representações do presente estudo revelam que, no cenário analisado, mesmo convivendo com situações de violência é difícil para as mulheres rurais renunciarem ao casamento, pois este lhes assegura um conjunto de papéis socialmente esperados, e que as mantêm “valorizadas” na sociedade. A valorização da instituição casamento no rural, principalmente na cultura pomerana, é compartilhada de tal forma que é aconselhado pela própria família a permanência no casamento, independente da qualidade das relações estabelecidas no espaço privado.

Utilizando-se, aqui os argumentos teóricos de Moscovici (2003), as Representações Sociais, por estarem enraizadas na cultura, constituem uma realidade social *sui generis* que a cada dia toma corpo. A situação analisada e interpretada por gestores, profissionais e trabalhadores da saúde reforça a representação do casamento indissociável, sendo que essa representação sustenta-se na expressão bíblica “a mulher sábia edifica a casa, mas a tola a destrói”, expondo a mulher a críticas e ao julgamento da sociedade pelo rompimento do casamento, sentindo-se fracassada por não ter conseguido manter a ‘harmonia do lar’.

Ainda sobre o espaço de dominação masculina, o espaço doméstico, um caso vivenciado por uma enfermeira, expressa a representação da privação da mulher rural por parte do companheiro como forma de “silenciamento do espaço doméstico”:

[...] teve um outro caso também que teve essa semana, uma senhora chegou aqui na unidade. Aqui na nossa região é de colonização pomerana, e o pessoal tem uma cultura muito forte ainda assim que mantém as tradições, e ela não fala o português, ela só fala o pomerano. Então o marido bateu nela, ela tava com um hematoma bem grande na região cervical e ela chegou pra gente, só que ela não conseguia se expressar, então nem o médico, nem ninguém conseguia entender, a gente só viu a lesão mesmo, porque ela fazia, ela demonstrava, de certo o marido já pensando: “ah, ninguém vai entender mesmo, então...” Pra chegar a um ponto desses imagina tudo que aquela mulher já não passou (ENF₇).

Observam-se, nesse relato, elementos da cultura pomerana que, para Bahia (2001), estudando a relação entre identidade social e étnica e suas formulações culturais no contexto pomerano, representam a existência de diferença no uso das línguas entre os gêneros. Segundo a autora, as mulheres são bilíngues, falam o alemão e o pomerano, línguas manejadas no seu cotidiano doméstico. Já, os homens são trilingues, pois falam, além desse idioma, o português, necessário para o comércio e para se relacionarem no espaço público.

Isso mostra a recorrente desigualdade nas relações conjugais, resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de dominação, nesse caso, o marido utiliza o poder de ser trilingue para instituir legitimidade da força masculina no espaço doméstico, negando a possibilidade de interlocução dessa mulher no espaço público, de domínio masculino. Strey (2001) diz que a ideologia de gênero legitima uma forma de poder que justifica a dominação masculina, naturalizando diferenças socialmente construídas, ou pior, convertendo diferenças em

desigualdades. A questão da “língua” não é uma diferença (natural), é a “sonegação cultural”, impedindo o acesso à autonomia, entre outras coisas – “silenciar o que é de domínio privado” (LOPES, 2007).

Os participantes também reforçam a representação da violência centrada na dominação masculina, no sentido de que as “privações” expressam o poder masculino sobre as mulheres rurais.

[...] para mulher do campo, ela não tem outra atividade além de cuidar dos filhos, da casa e trabalhar na lavoura, não tem momento de uma pintura, um bordado, que faz parte, é uma terapia pra cabeça, uma saída, ir na casa de uma vizinha, conversar, porque é muito longe, elas ficam só em casa, não tem um lazer uma atividade de descontração (ACS₄).

Tem muito aquela coisa assim de tu chegar numa festa aqui, o homem desce primeiro do carro, ele vai na frente e a mulher vai atrás, uns metros atrás de cabeça baixa acompanhando ele, então assim, nas festas eles não se misturam, fica o grupinho dos homens e o grupinho das mulheres [...] a questão do preconceito aqui é muito grande assim sabe, em relação ao sexo feminino (ENF₃₇).

Evidenciam-se, nos relatos, as dificuldades de as mulheres rurais desenvolverem atividades de lazer, especialmente as relativas à esfera pública – participar de uma festa, ou mesmo sair individualmente com amigas. A partir disso, é possível inferir que as mulheres se encontram em situações de desigualdade frente às possibilidades de lazer, especialmente na esfera pública, representada enquanto arena prioritariamente masculina.

Stropasolas (2004) argumenta, nesse sentido, que o fenômeno da masculinização do meio rural e do celibato masculino, apresenta como uma de suas causas a estrutura familiar tradicional, a qual não possibilita às mulheres, depois de casadas, o acesso, dentre outros direitos, a atividades de lazer, de forma igualitária no espaço público, enquanto no caso dos homens ocorre a situação inversa.

Nessa perspectiva, Viana (2003) verificou, em seu estudo com mulheres em assentamento rural, que as atividades de lazer vivenciadas por essas mulheres foram 55% ocupadas pela televisão, 20% por atividades religiosas, 6% por festas e 2% por sair com amigas e amigos. Dentro do imaginário rural, as representações de tempo e atividades de lazer para as mulheres se pautam no fato de que o lazer feminino circunscreve ao espaço doméstico, ou, mesmo se desenvolvido no espaço público deve acontecer por meio de atividades consideradas “próximas da

tranquilidade”, de baixo nível de periculosidade e imprevisibilidade – passear com os filhos, visitar os vizinhos e parentes e a participação em atividades religiosas.

O lazer constitui-se, segundo Andrade et al. (2009a), um símbolo social estruturante de identidades de gênero no cenário rural, especialmente quanto à constituição de um autocontrole mais rígido exigido das mulheres ao vivenciá-lo. Os autores destacam que para os homens o lazer possibilitaria a formação de uma identidade de gênero marcada pela necessidade de demonstrar certo nível de violência por meio de contextos e momentos específicos, como nas conversas e prosas com os amigos, e, especialmente no futebol.

Outros elementos de representação que se reportam às “privações” das mulheres rurais é que a grande maioria dessas mulheres, no contexto desta pesquisa são destituídas da possibilidade de conduzir um veículo, de estudar, como expressam as falas.

[...] a grande maioria não dirige, também é outro problema, tem um carro em casa e quem dirige é o marido, é uma forma de prender elas em casa, já está mudando, mas ainda é bem comum da mulher não dirigir (MED₂₉).

Muitas não estudam porque é proibido sair, o marido não deixa estudar, não deixa, tem muitas analfabetas total [...] casaram lá com quinze, dezesseis anos e não puderam fazer nada, tão até hoje em casa (COORD₄₂).

Durante a geração dos dados houve momentos que exemplificam a primeira fala. Em várias ocasiões presenciou-se as mulheres chegando às unidades de saúde conduzidas no veículo pelos maridos. Isso reforça a superioridade masculina e o poder (direito) do homem sobre sua esposa, no simples fato de não lhe permitir conduzir um veículo, pois essa função de condutor legitima o poder masculino.

Outro fator mencionado é a privação das mulheres rurais de frequentarem a escola, principalmente, após o casamento. Identifica-se a ideia de posse e submissão da mulher, em que estudar e conquistar postos de trabalho melhor, com salários mais altos ameaça e pode causar conflito. Nesses casos, o marido pode não mais sentir-se o ‘homem’ da casa ou o provedor da família, provocando ruptura na relação de submissão e dependência, e, em muitos casos, gerando situações violentas.

Tedeschi (2009) argumenta que o lugar socialmente destinado às mulheres agricultoras continua sendo a família: é na privacidade do lar que, prioritariamente, elas encontram a realização pessoal. E a maternidade, hoje supostamente opcional,

ainda é o componente central, definidor da identidade feminina. Condicionada, desde a infância, para os seus tradicionais papéis, todo o seu desenvolvimento é norteado por esse condicionamento, mesmo que ela nunca chegue a ser mãe ou que opte por sair do campo e morar na cidade, como é o caso de muitas das filhas das agricultoras. Mas essa “realização pessoal no lar” condiciona-se a falta de oportunidades e a um “conformismo” com os papéis de gênero em muitas dessas sociedades rurais. Para o Sociólogo Bourdieu (2009), a dominação simbólica necessita que os dominados tenham incorporado as estruturas (disposições) segundo as quais os dominantes percebem, estruturam e hierarquizam as relações, quer dizer, as diferentes posições corporais que reproduzem e são visíveis na maneira de usar o corpo, e no cérebro, sob forma de princípios de percepção dos corpos dos outros. Assim, segundo Bourdieu, a dominação masculina é um caso particular, mas, de certa forma, extremo da dominação simbólica, muitas vezes expressa por limitações, obrigações para o corpo, permitindo que se fale em “violência”.

Essas reflexões permitem afirmar que a violência doméstica é invisibilizada e essa invisibilidade acentua-se, em parte, pela limitação de acesso das mulheres aos serviços e pela “sempre atual” naturalização do espaço da casa como problema privado de marido e mulher. Em muitos relatos constatou-se que o homem não permite que a mulher exerça atividades fora do lar, mantendo-a, assim, em situação de violência e de dependência. No entender de Minayo (2005, p. 24), refere que esse “homem enxerga a masculinidade como o lugar dos instintos incontroláveis, da agressividade e da violência”.

Algumas falas dos entrevistados, mais raras, e principalmente as dos ACS, apontam para certa transformação em curso da visão do casamento, do lar, principalmente para as jovens rurais, em que a união entre duas pessoas não é mais considerada a única e tradicional opção. Essas jovens vislumbram outras possibilidades, mesmo que, muitas vezes, de difícil concretização, prosseguir os estudos e procurar trabalho na cidade,

[...] algumas coisas estão mudando, dá para ver que as moças jovens aqui do meio rural, querem terminar o segundo grau ou vão embora para a cidade arrumar um serviço [...] nem que seja um pouco apertado no início mas não depende de lá fora. Tem uma guria daqui que faz um curso de informática, e ela diz que vai continuar estudando e que casar somente mais tarde, primeiro vai arrumar emprego [...] elas dizem que não querem ser que nem as suas mães,

querem ter outras oportunidades [...] essas coisas estão mudando mas são pontuais, mas mais que eu vejo é as moças pois os rapazes ainda continuam bastante trabalhando na roça (ACS₂₀).

Observa-se nesse relato um olhar diferente de moças e rapazes sobre a permanência no espaço rural e o casamento. Estudo desenvolvido por Strapasolas (2004) que aborda as diversas representações construídas por jovens rurais em torno da noção de casamento, na região Oeste de Santa Catarina, aponta que, para os rapazes, casar com uma mulher agricultora é garantia de continuidade da produção familiar; para as moças significa dar continuidade a uma vida de sujeição à vontade de outros que não a sua.

Assim, nesse raciocínio, se o casamento, tradicionalmente assumia e ainda assume um papel fundamental para muitas mulheres rurais na reprodução social do patrimônio familiar e na organização do processo de trabalho, buscar reproduzi-lo com modelos e padrões típicos de família, passa a ser questionado por algumas moças rurais descontentes com o papel e o lugar que lhes é atribuído nesse processo (STRAPASOLAS, 2004).

Uma situação que pode ilustrar essa tendência é o que se chama de “masculinização do campo”. Em seu estudo Tonezer (2009) diz que a sucessão na agricultura passa por dificuldades em garantir sua continuidade, e em algumas situações faltam moças agricultoras para casar.

Essa representação de mudança em alguns aspectos da vida seja no lar ou no trabalho das jovens rurais, com a busca de novas oportunidades, são referidas mais prontamente pelos ACS, mostrando que esse trabalhador, pela proximidade com as famílias e com as jovens, tende a conhecer melhor os contextos de vida, o que lhe possibilita visualizar e abordar outros elementos do cotidiano, que não os tradicionais.

No entanto, essas mudanças, principalmente para os gestores e profissionais são pontuais, pois as mulheres continuam sendo vistas pelo marido como “**escravas**” e “**mão-de-obra**”. As falas a seguir acentuam essa visão.

*[...] eles não olham a mulher como companheira, como mãe dos filhos, eles **olham a mulher como escrava**. Eu acho que isso é a maior humilhação que as mulheres sentem é isso aí. Tu vê mulheres assim tristes já [...] elas foram criadas porque elas têm que casar e aguentar um homem pra toda vida e nem situação financeira elas têm pra sair (ACS₅₄)*

[...] a grande maioria vê na mulher e nos filhos mão-de-obra, e aí é o grande erro porque eles não estão vendo que estão usando ela como uma máquina, e a máquina tem desgaste [...] no momento que ela tem desgaste, ela vai começar a produzir menos, produzindo menos ele vai ganhar menos, e se ela adoecer, a máquina para, e ela para de produzir aquela quantidade que ela produzia para ele. Agora se ele mantiver a maquina ajeitada, que pra ele é a mulher e o filho, ele vai ter muito mais resultado (GES₃).

Essas falas representam a mulher rural, seja no domicílio ou na lavoura como “utilitária, instrumental”, relacionando-a a uma “máquina de produção”. Esse caráter associado ao uso da força e das habilidades pode se converter em vulnerabilidades à violência.

As representações definem o entendimento de alguns participantes de que as mulheres rurais **são culpadas e responsáveis pelas situações** violentas que estão vivendo. Os participantes dizem que os conflitos no espaço doméstico entre marido e mulher são desencadeados, muitas vezes, pela desobediência das mulheres em relação às exigências dos companheiros, tanto relacionadas às ‘falhas’ no seu desempenho como mulheres quanto às de donas de casa, esposas ou mães.

*[...] eu digo que **a mulher é burra** e não estou dizendo nenhum exagero, porque ela não sabe o direito que ela tem. Então ela se sujeita a apanhar, a ser xingada, a ser explorada no serviço, no sexo, e um monte de coisa, sem usar do seu direito (GES₃).*

*Dois três dias sem tomar banho, cortar a unha, ficam menstruadas usam aqueles panos daí vem as assaduras, ficam ferida, fica em carne viva, as vizinhas também demoram pra tomar banho, fica com ferida debaixo dos seios, sabe, aquele ‘micuim’ também das casas de madeira muito velhas, dão aquelas coceiras. Aí se usa, se deixam assim em desejar em todos os sentidos, digo **às vezes vocês mesmas são culpadas dos maridos se afastarem de vocês, de não dar interesse, vocês não tem assim uma higiene, uma coisa boa, uma tranquilidade**’ (ENF₃₀).*

A reprodução cultural de estereótipos solidifica visões sexistas, culpabilizantes e reducionistas das potencialidades das mulheres. Vários estudos têm mostrado que é comum encontrar profissionais de saúde que declaram que qualquer mulher saudável pode resistir à violência se ela realmente quiser, que a vítima é de alguma forma culpada pelo ato violento, ou que a mulher leva algum tipo de vantagem nessa relação; já, ao perpetrador sempre é justificado como sendo alcoólatra, com problemas sexuais, ou mentais (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006; LEAL, 2010).

Neste sentido, Baested (1997) reafirma que

as mulheres são rapidamente consideradas '**culpadas**' pela violência que sofreram. Tal situação tem sido frequentemente flagrada nos processos criminais de homicídios em que maridos ou companheiros, que assassinaram suas mulheres, surgem como as '**vítimas inocentes**' de uma mulher '**culpada**' que os levou ao desespero do ato criminoso (BAESTED, 1997, p. 73).

Os achados e discussões permitem pensar que gestores e profissionais da saúde, nesse cenário, não têm consciência da dimensão simbólica, histórico-social da violência contra as mulheres, e as rurais em particular, na sua singularidade cultural e geográfica. Assim, na incompreensão das múltiplas dimensões e das raízes históricas arraigadas e materializadas em práticas e iniquidades, culpabilizam e julgam as mulheres, conforme relato de uma situação por uma enfermeira.

*[...] o caso que mais me mexeu, um caso recente do casal que se separou e a mulher chamou a polícia e botou o homem sem direito a nada, na estrada, mesmo que ele não devia nada. Ela enjoou o marido e não quis mais, talvez até por um problema dela. **E aí ela colocou o marido porta afora, um coitado que não tinha nada a ver com a história, inocente.** Então, daí eu tive que meter no meio pra que ela desse um lugarzinho pra ele construir um barraquinho, que é onde ele está até hoje, **em cima da propriedade que ele conquistou.** Que ela queria que ficasse pra ela e não queria mais o marido e largou ele na estrada, acho que ela era muito ruim (ENF₃₇).*

Diante dessa fala, pode-se refletir na direção da “inversão de papéis” na relação de poder entre homem/mulher, o que, de certa forma, provoca estranhamentos, pois foge dos padrões de “normalidade” das relações conjugais, em que se espera sempre superioridade do homem. No momento em que acontece essa inversão, a mulher, muitas vezes, passa a ser reconhecida como culpada ou como alguém que está transgredindo seu papel de mulher/esposa. Se fosse ao contrário, a reação seria a mesma ou é “mais indigno” um homem nessas condições?

Estudo desenvolvido por Leal (2010) que buscou conhecer e comparar as Representações Sociais da violência contra a mulher de profissionais e usuárias, na atenção básica de saúde, reafirma que a culpabilização aparece enquanto argumento de transformação ideológica da vítima em culpada, que se presta muito para a relação homem-mulher. A autora menciona que a “culpa aparece como campo de representação ancorada no modelo da mulher como a responsável pela manutenção da harmonia do lar e do bem-estar da família” (LEAL, 2010, p. 161). Declara, ainda, que a violência é sempre associada à mulher e o agressor é

(des)qualificado como tal, é a mulher que é submissa, dependente, não recolocando a violência como ação de um sujeito.

É nessa direção que Gomes (2008) reflete sobre a necessidade de se deslocar o debate da redução da mulher como objeto da violência – expresso em uma vitimização exclusiva – para a promoção do sujeito que vivencia situações de violência – ancorada na perspectiva relacional de gênero, caminhando na direção oposta de reificação das associações homem-agressor e mulher-vítima, o que pode contribuir para que as pessoas (homens e mulheres), frente às diferenças, não promovam a desigualdade ou contribuam para que ela se perpetue.

É a partir da adoção de perspectivas teórico críticas e da compreensão das relações de gênero que se possibilita o entendimento de que as atitudes, os comportamentos, e os papéis sociais são resultado de múltiplas influências.

Diante das representações dos participantes, é a tradição de dominação que se expressa. Ao longo dos séculos, a ideia de mulher como sexo frágil, submisso e imperfeito está introjetada no imaginário social, o que, ainda hoje, traduz profundos efeitos na configuração do campo da atenção à saúde e à violência. Nesse sentido, menciona-se que as Representações Sociais da violência da grande maioria dos entrevistados assenta-se no “destino de gênero”, resultando na naturalização e na normalização dos eventos, suas causas e, muitas vezes, impedindo a ação sobre os mesmos e o reconhecimento de situações de violência como inaceitáveis na perspectiva dos direitos humanos e de vida digna.

Pode-se deduzir, nessa realidade, uma representação de mulher no negativo: desigual, inferior, não sujeito da sua própria vida. Esses estereótipos sobre os papéis de gênero e as relações conjugais podem refletir a dificuldade desses profissionais em compreender o comportamento das mulheres rurais. A ausência de busca de ajuda das mulheres nos serviços de saúde ocorre justamente por essa leitura, mantendo, assim, uma ‘roda viva’ que perpetua a invisibilidade e a não intervenção sobre eventos de violência.

Além disso, pensa-se também que essas representações dos gestores, profissionais e trabalhadores da saúde indicam a “naturalização” da violência pela (in)capacidade de agir sobre ela na dimensão paradigmática da saúde, sendo mais fácil, muitas vezes, “deixar assim” e (des)considerar esses eventos do que transformá-los em responsabilidade técnica e social.

6.3.3 Eternização da violência: responsabilidade de quem? “a violência da vida”

Em muitos momentos, as representações da violência contra as mulheres rurais atrelaram-se ao julgamento sobre a permanência na relação violenta. O primeiro elemento identificado é que, para os participantes, muitas mulheres acabam por **não reconhecer as agressões como atos de violência**. Muitas escondem que a violência está realmente acontecendo. Faz parte da própria situação de violência a mulher introjetar opiniões do companheiro sobre si, reforçando sua baixa autoestima e sua desvalorização, agravando a situação. Outras introjetam as opiniões do companheiro e absorvem desejos e vontades que a ele pertencem, anulando os seus. Os relatos expressam essas ideias sobre as mulheres:

*[...] muitas vezes não procuram porque **elas acham que isso aí é normal**, porque tem muito aquela mentalidade antiga, que como anos atrás isso era meio que comum, é, o homem bebia, enchia a cara, batia na mulher e coisa assim e o pessoal ficava quieto porque é homem e tu é mulher, então tem que ficar na tua (ENF₃₂).*

*[...] já se **torna tão corriqueiro que elas não veem mais aquilo como um problema**, elas acham que aquilo faz parte da rotina porque a vizinha também vive assim, a avó viveu assim e a mãe vive assim, então tudo se torna uma coisa... e acabam convivendo com um problema que pra elas não é... O que pra mim seria problema, pra elas não é problema (MED₂₉).*

Muitas mulheres convivem com a violência, porque, em certa medida, introjetam que isso faz parte da relação conjugal, pois o que se aprende como conduta heteronormativa, valores de virilidade e feminilidade é assimilado como “natural” por homens e mulheres, o que dificulta sua visibilidade enquanto construção social e, em consequência, sua transformação. Essa “naturalização” se faz crença tanto pela mulher quanto pela família e pelos amigos quando afirmam: *ruim com ele, pior sem ele*. Agrega-se a isso, o sentimento de culpa por toda essa situação, banalizando e alimentando o desrespeito por si mesma.

No livro *A dominação masculina*, Bourdieu (2009) desenvolve a ideia que a relação entre os sexos não pode ser vista como algo natural,

aquilo que na história aparece, como eterno não é mais que o produto de um trabalho de eternização que compete às instituições interligadas tais como família, escola, igreja, devendo portanto, ser reinserida na história de modo que se devolva a ação histórica a relação entre os sexos que a visão naturalista e essencialista dela arranca e se mostre como as diversas instituições agem no sentido de manter um estado de coisas (BORDIEU, 2009, p.5).

Com isso, as desigualdades de gênero se reproduzem e se naturalizam a partir da violência simbólica: “violência suave, invisível a suas vítimas, insensível, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais, precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento” (BOURDIEU, 2009, p. 7-8). Assim, a violência simbólica faz com que as relações de dominação (e sua materialidade) sejam introjetadas pelos dominados de forma quase natural.

Conceituar violência como “ruptura da integridade”, como crítica Saffioti (1999, 2003), impossibilita uma classificação clara dos atos violentos, porque o que uma mulher considera violência pode não ser considerado por outra. O *continuum* de violência é amplo, permitindo situações distintas, variadas, em que a violência, apesar de presente, não é reconhecida pela mulher. Então, como atuar lidando com simbolismos e concretudes?

Em estudo desenvolvido por Vieira et al (2008), em que os autores descrevem os fatores de risco para violência doméstica e coletiva contra a mulher, e a compreensão dessas mulheres sobre essa problemática, foi identificado que, no senso comum, a percepção da violência ainda é “distorcida” e naturalizada, somente assim declarada quando há agressões físicas, e algumas mulheres entrevistadas ‘achavam normal’ a ocorrência de “discussão” no casamento.

As agressões verbais, humilhações, ameaças, podem provocar lesões mais profundas que outros tipos de agressão, mas, muitas vezes, são toleradas pelas mulheres, ao não nomeá-las como violência, permanecendo no polo dominado, sendo agredidas e silenciando, permanecendo invisíveis e vivenciando a violência, solitariamente, na subalternidade das relações de gênero (ANDRADE, 2009b).

As “micro-violências” não existem e somente são reconhecidas e identificadas quando deixam marcas visíveis, conforme o entendimento de gestores, profissionais e trabalhadores da saúde entrevistados. Para esses profissionais a violência se institui em uma lógica, que possibilita a naturalização e o não enfrentamento do problema. O relato a seguir de uma agente comunitária de saúde, mostra a forte naturalização da violência no contexto de vida da mulheres rurais, pois define um ato de agressão como ‘**violência da vida**’.

[...] a senhora tem dois filhos deficientes, tão com vinte anos as crianças, ela cansou da vida ela não quer mais o marido, só que o marido não quer largar porque ele também tá numa depressão horrerosa porque não é fácil, né? A violência, e ele bateu nela porque

*ele não quer se separar dela, é uma violência [...] saber assim, eles não tem ninguém por si, “eu não posso morrer porque não tem quem cuide dos meus filhos”. É uma história meia complicada. Então eu já **considero violência da vida**, né? Que não chega a ser uma violência assim [...] é o desespero tu entende (ACS₅₄).*

A fala parece suplantar a lógica de gênero e se inscrever na dimensão do sofrimento difuso a que todas e todos os seres humanos estão sujeitos. Nesse sentido, para essa trabalhadora da saúde, a mulher e sua situação conjugal são secundárias, reforçando a culpa por abandonar a família, que seria um agravante de sofrimento.

Medo e vergonha são representações que mostram que as mulheres rurais têm de falar sobre violência doméstica, porque muitas, co-habitam de longa data com a violência, o que as induz, muitas vezes, a silenciar sobre o fato de a mesma ser sofrida ou praticada. O medo, como relatam as falas a seguir, se refere principalmente às reações que o marido terá caso fique sabendo que a mulher o denunciou ou relatou os episódios de violência para membros da comunidade ou para os profissionais da saúde.

*[...] as mulheres geralmente ficam com **medo do próprio marido** às vezes porque gostam ou porque não tem um sustento, elas ficam apanhando, ficam se sujeitando porque não tem um trabalho, **não tem uma perspectiva de vida depois disso**, e às vezes até o próprio apoio da família, então elas acabam se submetendo àquilo ali (ENF₄₆).*

*[...] o medo, **elas têm muito medo, que geralmente o agressor ameaça**. Elas sofrem ameaças do agressor ou dos agressores então elas têm medo do que o marido possa fazer consigo e com os filhos, mas **muitos casos elas acreditam que ele vai melhorar**, isso vai passar (MED₁₀).*

Identifica-se que a representação do medo está relacionada às ameaças do marido/companheiro que acaba levando essas mulheres a temerem atitudes que possam colocar em risco as suas vidas e as dos seus filhos. E também pelo fato de, não visualizarem outras possibilidades, tanto de moradia, quanto de renda, e por acreditarem que o marido possa melhorar.

Assim, para o grupo em estudo, a permanência da mulher rural em uma situação de violência está enraizada em valores e sentimentos diversos que impedem a ruptura. Evidencia-se que os sentimentos das mulheres, nessa relação, são sublimados em prol da família e da sobrevivência dos filhos, pois, apesar de violento contra a mulher, “ele é uma pessoa boa, admirada no trabalho, na vizinhança e traz o sustento da casa”. O medo e a vergonha pela violência sofrida

são maiores do que a coragem da mulher para renunciar a essas situações e realizar a denúncia. Observam-se contradições nos sentimentos das mulheres: o medo de que a violência possa ser recorrente e, ao mesmo tempo, a crença de que não mais irá acontecer. Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) afirmam que o limite para o enfrentamento da vergonha e do medo pode ser o do insuportável, respeitada toda e qualquer diferença individual de cada ser humano.

Para as mulheres rurais em situação de violência, o medo e a vergonha são constrangimentos permanentes que limitam seu acesso às atividades e aos possíveis recursos de proteção, tornando-se obstáculo para a obtenção de situações mais igualitárias e favoráveis na relação conjugal.

Muitas vezes, argumentos clássicos aparecem nas representações. As mulheres acabam tendo atitudes de retração, pois temem que a situação, apesar de ‘ruim, possa piorar’.

*[...] tem medo, medo de expor, vergonha, algumas porque dependem financeiramente e **acham que se tá ruim pode ficar pior** (ENF₄₃).*

*Muitas vezes é assim, né? “Eu não quero problema com meu marido, eu tenho medo, eu não quero voltar pra casa dos meus pais, **na casa dos meus pais era pior**, eu tenho os meus filhos e eu quero ficar como está” (ENF₃₉).*

Em relação aos elementos representacionais presentes na continuidade na relação violenta, em seu estudo com mulheres rurais Lorenzoni (2007), revelou que essa problemática se perpetua, principalmente, pelo *medo* das mulheres em reagir, denunciar; ficarem sozinhas, da separação; medo de perder seus filhos; medo do que os outros vão dizer e medo de se imporem como mulheres capazes de mudar essa situação. Aliado a isso, segundo o estudo, existe um sentimento de impotência que as coloca cada vez mais em situação de submissão, e também o sentimento de culpa por não terem conseguido resistir diante das formas de violência, ou, ao contrário, por não serem suficientemente obedientes e dóceis.

Isso atesta politicamente as desigualdades de gênero em que o homem pode agredir a mulher, e sempre lhe é dado o crédito de ter um bom motivo para tanto, o que segundo Schraiber e D’Oliveira (2009), acaba sendo aceito como norma de correção de um comportamento da mulher avaliado exclusivamente pelo agressor – comportamento a ser corrigido.

A continuidade, ou permanência em situações de violência, representada pela palavra medo, também se associa ao medo e à impotência dos profissionais para atuarem frente a esse fenômeno.

*Tenho muito medo de começar a entrar nesses assuntos com as mulheres, **mexer numa vespeira e depois não ter o que fazer**, e às vezes depois elas não querem mais vir se consultar comigo, por causa disso, por caso daquilo (MED₂₄).*

Esse posicionamento indica o receio do profissional ao atuar quando o assunto é violência contra a mulher. Aparentemente, a estrutura do serviço não tem adequação para acolhimento e assistência nesse âmbito, e os gestores e profissionais não são qualificados para tal, assim, não se sentem preparados para atuar frente ao que foge dos protocolos e da dimensão diagnóstica biológica. Desse modo, suas atitudes, muitas vezes, são de afastamento ou negação, reforçando a invisibilidade desses eventos no setor saúde, “afinal esse é um refúgio seguro”.

O sentimento de medo revela que, muitas vezes, os profissionais vinculam isso ao desconforto sentido durante o atendimento originário da insegurança do que pode acontecer e do medo do desconhecido como já discutido por outros estudos (LEAL, LOPES; 2005; FRANZOI, 2007; BOMFIM, 2008; LEAL, 2010). Dentre esses estudos, salienta-se o desenvolvido por Bonfim (2008) em que os achados mostram a insegurança mencionada no não ‘saber o que fazer, pois o caso parece insolúvel’, na necessidade de ter maior conhecimento, na deficiência da formação e no medo de “*mexer numa vespeira e depois não ter o que fazer*”.

Evidenciou-se, ainda, o sentimento de medo relacionado a possíveis “represálias” que os profissionais possam sofrer, principalmente, por parte do agressor. Esse sentimento aparece mais frequente nas representações dos agentes comunitários de saúde, talvez pela proximidade física que as visitas domiciliares proporcionam.

*[...] muitas vezes, **a gente fica sem saber o que fazer, com medo**, porque como convive-se na comunidade, o receio do marido vim tirar satisfação contigo, e poder gerar desconfiança e não permitir mais a minha visita na casa dele pode acontecer (ACS₃₆).*

*[...] tem ainda a relação que se estabeleceu naquela família, daí às vezes **tu vai querer fazer alguma coisa e o marido pode se colocar contra você**, então eu oriento as mulheres, pois teve um homem que veio tirar satisfação do que eu estava influenciando a mulher dele, e não queria mais que eu conversasse com ela (ACS₄₇).*

Sabe-se que os ACS desenvolvem suas atividades junto às comunidades adscritas aos serviços aos quais pertencem, e sua principal atividade envolve elementos relacionais construídos no seu cotidiano de trabalho. Pautam-se no vínculo, na confiança e na credibilidade, aspectos fundamentais para a concretização do seu fazer, em um processo dinâmico de construção e reconstrução. Em decorrência, desse fazer relacional e da proximidade com as comunidades, muitas vezes são a referência para as mulheres em situações de violência. Entretanto, como evidenciado nas falas acima, o medo de represálias torna-se fator paralisante da atuação desses trabalhadores, motivado pelo receio de atentarem contra sua própria integridade física e de perder o vínculo e a confiança construída junto às famílias.

Para esses trabalhadores, a manutenção das relações com os usuários e as famílias, está diretamente associada ao sigilo e à resolução dos problemas demandados. No entanto, isso é dificultado por aspectos relacionados à estrutura dos serviços e à inexistência de redes de atenção e suporte.

Observa-se que esses fatores “práticos”, favorecem a que gestores, profissionais e trabalhadores cristalizem a ideia da mulher em uma condição de “inferioridade”. A partir da ideia de que as mulheres não têm razão ou têm uma razão inferior, Nogueira (2001, p. 3) afirma que “da inferioridade sexual, do seu papel natural na reprodução da espécie e no cuidado dos filhos, decorre naturalmente uma definição de função e papel”, fomentando uma posição de dependência em relação ao homem. Para os participantes deste estudo, a **dependência do marido** é outro elemento representacional que faz com que a mulher permaneça em situações de violência, principalmente, a dependência financeira. Sabe-se que a dependência econômica submete a mulher à vontade masculina e as condições de submissão produzem também dependência econômica, como aparece na fala a seguir.

*[...] a parte financeira, que como eu falei pra você, elas dependem, geralmente elas dependem do marido, elas não têm uma profissão, elas trabalham na agricultura e trabalham em casa, e elas são esposas, e elas têm os filhos, e elas não têm uma profissão [...] é muito complicado, que a profissão da agricultura, **mesmo elas trabalhando, o dinheiro fica com o marido**, não fica com elas, então elas precisam, até pra comprar roupas às vezes, dependem do marido (MED₁₀).*

A dependência econômica de muitas mulheres rurais contribui para o seu silêncio sobre as agressões vivenciadas. Aceitando o seu silêncio, a família, os amigos, gestores, profissionais e trabalhadores da saúde acabam não interferindo.

Ainda, prevalece, em algumas falas o ditado que “*em briga de marido e mulher não se mete a colher*”, o que pode ser evidenciado a seguir:

*[...] o que acontece é que as mulheres não contam o que está acontecendo por medo, por receio, e então como vamos agir na família, como vou falar sobre isso, e tem aquele ditado **em briga de marido e mulher não se mete a colher**, então fica complicado para a gente lidar com isso (ENF₃₀).*

*[...] eu costumo não interferir, se a mulher não me falar alguma coisa, eu não interfiro, **pois isso é coisa de se resolver em casa** (MED₁₅).*

As falas mostram atitudes de não envolvimento desses profissionais com problemáticas do espaço privado, pois ainda se perpetua a visão de que nesse espaço as regras são instituídas pelas pessoas que integram esse ambiente, assim a casa é um “abrigo” (ou desabrigo) inviolável e ninguém tem o direito ou dever de intrometer-se na intimidade do casal, estando isentos de cobranças. Essa representação da relação conjugal e do espaço da casa privatiza a violência e os conflitos domésticos. Com isso, o fato de não se aproximarem de situações que interfere no plano dos direitos humanos, atestam a negligência e o descompromisso social enquanto profissional, trabalhador da saúde e representante do poder público com as demandas sociais.

Essa forma de representar a violência contra as mulheres rurais, reforça e reproduz a naturalização das assimetrias na relação conjugal, o que pode levar à cumplicidade de gestores, profissionais e trabalhadores com a continuidade dos atos violentos, perpetuando um círculo vicioso de agressões e silêncios. Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) salientam que o cotidiano das práticas profissionais são permeadas pela construção das identidades de gênero, revelando atenção muitas vezes impregnada de preconceitos e reiteração das desigualdades, o que influencia no modo de reconhecer e enfrentar os problemas.

6.3.4 Elementos representacionais da violência associados ao contexto de vida e trabalho das mulheres rurais

No capítulo da contextualização do cenário deste estudo teceram-se algumas considerações sobre os aspectos étnico-culturais da comunidade pomerana. Retomam-se esses elementos porque particularmente a cultura pomerana é constituída das representações da violência contra as mulheres rurais entre os

entrevistados. Costumes e normas culturais vigentes justificam atos violentos, no entanto, não são exclusividade desse grupo.

*[...] aqui a questão cultural é assim, o pomerano, quando a moça começa a namorar a relação se torna uma coisa aberta, eles compram um quarto de casal e aí ele leva ela. E muitas vezes nem é o companheiro que elas queriam, não é o namorado que elas queriam, [...] mas já botam pra dormir na mesma cama. Então, isso também tem a ver com a sexualidade? Porque nem sempre é o parceiro que elas queriam, **mas a cultura exige que se casem logo** (MED₂₉).*

*[...] devido a **cultura pomerana de não aceitar determinadas posturas, que fogem do normal entendido por eles**, a mulher que tenta não seguir determinadas regras da cultura, ela sofre uma violência psicológica e moral por parte das demais famílias, e é **difícil romper com essa cultura**, pois é muito forte (ENF₃₅).*

Essa aceitação cultural (conservadora) de regras para a relação homem-mulher no campo da sexualidade e da reprodução, em particular, banaliza e naturaliza as violências. Homens e mulheres segundo Couto et al (2006), apresentam argumentos diversos entre si para a naturalização do comportamento, mas compartilham a banalização de sua ocorrência, com impactos para cada situação masculina ou feminina em termos do que se define por violência e do que se questiona. Produzem-se, assim, diferentes dinâmicas de revelações e invisibilidades seja para diferentes contextos sociais, seja para as distintas identidades de gênero.

No relato acima da enfermeira ela enfatiza que a barreira cultural é difícil de ser rompida por causa do arraigamento dos valores, no entanto, não admite que essa cultura seja construída e que construa homens e mulheres na vida social, sendo nela que as ações e as relações se efetivam. Neste sentido, segundo Laraia (2007), a cultura precisaria ser considerada em sua dinamicidade, pois passa por processos internos de mudança por meio de reflexões e sucessivas modificações de seus hábitos. O autor salienta que mudanças ocorrem na cultura por influências externas provocadas pelo choque entre grupos sociais diferentes, e cada modificação é produto de vários conflitos entre o conservador e o novo, o que gera, inclusive, preconceitos, mas, paulatinamente, vai determinando novos costumes.

Uma das tradições ainda muito presente na cultura pomerana, e relatada pelos participantes, é o *tempo da confirmação religiosa*, que celebra a passagem da vida do jovem para a vida adulta, por volta dos 14 anos. A partir dessa etapa, principalmente, aos jovens do sexo masculino é permitida a circulação e a

aprovação no espaço público, e muitos deles são presenteados “*com uma moto*” (motocicleta), que simboliza esse momento. Esse ritual, presente nessa cultura, reproduz e perpetua a separação de lugar de mulher e lugar de homem, e também reforça e mantêm os papéis femininos e masculinos esperados nessa realidade. Dizem os participantes que a,

[...] confirmação da Igreja Luterana, seria como a comunhão para os católicos. Então quando eles fazem a confirmação é feito uma festa grande, dias e dias de preparação [...] a confirmação é feita para meninos e meninas, mas o menino ganha uma moto porque é um meio de locomoção [...] crianças têm moto e dirigem sem habilitação [...] há muita colisão, acidentes de moto [...] tem as festas de comunidade, e eles vão de moto porque é permitido e tem sempre a bebida envolvida no meio e acaba dando os acidentes (ENF₂₆).

[...] Porque aqui é assim, como eles chamam, a confirmação, que é a primeira comunhão, a partir daí fica liberado os meninos pra ir pro baile, pra fazer o que bem entendem, já são adultos [...] acabam casando e aí muitas vezes não era isso que queria para sua vida [...] outra coisa que é um problema é a bebida, que também começa muito cedo, a partir da confirmação eles também já são liberados pra beber (MED₂₉).

Segundo Bahia (2001), o *tempo da confirmação* marca a passagem para a vida adulta e para as escolhas que resultarão nas principais estratégias de reprodução desse campesinato. A autora afirma que, após a confirmação, o(a) menino(a) domina todo o saber técnico para seu trabalho na terra, pode se casar, ou optar pelo estudo, pois conhece toda a lei da vida e seus valores, podendo a partir desse saber moral e técnico, traçar um dos vários caminhos que permita a continuidade do modo de vida camponês.

Nesse sentido, os participantes mencionam que essa passagem permite aos jovens decidirem, muito cedo ainda, os rumos da sua vida, sendo que o esperado para a menina é o casamento em que as famílias “ajeitam” o marido, cabendo a menina aceitá-lo. A privação de escolher seu próprio companheiro constituiu-se violação dos direitos humanos e configura-se em violência, no entanto, os participantes descrevem que, nesse cenário, essa prática é tida como forma tradicional e inquestionável de instituição do casamento.

Como representado nas falas acima, dos homens (ainda adolescentes) espera-se circulação no espaço público e isso tem implicado uma relação forte com o consumo de álcool. Essa permissividade e tolerância ao abuso do álcool aparece enquanto elemento representacional justificador dos atos agressivos masculinos.

Com isso, a violência contra as mulheres rurais passa a ser vinculada ao consumo de álcool que favorece ‘excessos do homem’, de tal forma que o descontrole e o ‘ficar transtornado’ com o álcool são usados pelo agressor como justificativas para atos violentos. O álcool, nessas situações, potencializa o exercício do poder e se materializa em violências, seja física, verbal, entre outras formas.

*[...] a bebida de álcool também, aí é liberada. A questão do alcoolismo assim, tu vê pai bebe, e o filho pode acompanhar o pai até o bar, aquela coisa, então eles já tem uma cultura disso [...] **'olha o pai vai no bar e diz que pode vender porque o filho não dá nada, que o filho sabe beber.'** Mas como que sabe beber com 12, 13, 14 anos? (COORD₄₂).*

*[...] o pessoal aqui, os homens principalmente começam a beber muito cedo, e o que acontece? No momento que os filhos começam a beber eles já se acham no direito, e o pai acha também que ele tem direito de agredir até a mãe. Existe isso, já teve uns 4 ou 5 casos que eu vi isso, não é só o marido que agride. **O marido agride, o filho agride, o sogro agride, o cunhado agride, ninguém tem exclusividade, todo mundo tem o direito de bater, essa é a verdade** (ENF₉).*

Sabe-se que fatores como o uso do álcool/drogas, desemprego, e problemas psicológicos, muitas vezes, propiciam ou servem de disparadores para o ato violento, demonstrado em inúmeros estudos. Cita-se o estudo de Marinheiro, Vieira e Souza (2006), em que, das mulheres cujos maridos eram usuários de drogas e álcool 80% foram vítimas de algum tipo de violência, contra 44,6% das mulheres cujos maridos não os usavam.

O consumo de drogas e álcool flexibiliza as justificativas para o comportamento violento nas relações homem-mulher. O homem (com poder sobre a mulher) agride-a sóbrio ou alcoolizado, e, muitas vezes, o álcool é só a desculpa “aceitável” para o comportamento violento. De certa forma, o álcool isenta o agressor, pois serve de justificativa para um estado de “inconsciência” do agressor sobre seus atos. É mais fácil bater, inclusive na mãe, sob o efeito do álcool. O “direito” de bater nas mulheres é externo ao álcool, mas fica mais fácil exercê-lo sob seu efeito.

Nas representações dos participantes evidencia-se que muitas mulheres veem a embriaguez do companheiro como justificativa e atenuante para qualquer forma de violência por ela sofrida. Como relata uma enfermeira,

*[...] tem muito alcoolismo, é uma queixa muito grande, e elas dizem **'o meu marido bebe e me incomoda, quando ele não bebe ele é bom, trabalhador daí depois bebe ninguém aguenta'** (ENF₁₆).*

Para justificar (ou aceitar) as atitudes do companheiro, as mulheres usam, frequentemente, o subterfúgio de bom pai de família, provedor do lar, trabalhador, homem honesto e cumpridor dos seus deveres como atenuantes da violência. Sob essa perspectiva, a violência, mesmo quando rotineiramente cometida, é considerada um desvio do bom comportamento e do bom caráter do companheiro, o qual, justamente por isso, pode ser desculpado e merece ser compreendido (SIGNORI; MADUREIRA, 2007).

Pode-se inferir que não somente no olhar da mulher vitimada o álcool justifica os atos agressivos, mas na representação de uma enfermeira isso também fica evidente.

*[...] tu vê que é relacionado ao álcool, e é complicado, eles não querem tratamento, se a gente faz grupo de alcoólatra eles não vêm. **Mas penso eu que se eles não bebesses, não fariam, entendeu?** Pelo o que eu conheço deles (ENF₃₀).*

Observa-se a dificuldade dos próprios profissionais, nesse caso de uma enfermeira, em relativizar a associação da relação entre o álcool e os atos de violência de gênero, o que, de certa forma, isenta ou desresponsabiliza a figura masculina pelas agressões. A naturalização do uso de bebidas alcoólicas pelos homens nesse meio é aceita e esperada, o que dificulta a atuação terapêutica. Agir sobre a dependência alcoólica é um desafio para os gestores, profissionais e trabalhadores, e, se associada com violência, demanda ação qualificada.

Assim, os entrevistados dizem, que o uso do álcool pelas comunidades rurais é considerado 'normal', justificado pelas tradições culturais de que o álcool atrela-se a um tipo de masculinidade, de conduta viril, sem ser reconhecido como problema. Essa naturalização por parte de certas comunidades étnicas, em particular, é fortalecida e entendida como dificuldade de intervenção pelos próprios profissionais e trabalhadores da saúde.

*[...] a gente tentou fazer grupos de alcoólatras e eles não vêm, não vêm porque eles, na **visão deles eles não são alcoólatras**, eles não precisam, entendeu? Então a cultura assim é complicada, beber para os homens é normal e faz parte da sua cultura (ENF₃₀).*

*[...] vem de uma causa que é o alcoolismo, que normalmente é onde começa, tem os filhos que são criados nesse ambiente que vão ser pessoas que vão ter problemas, e o uso do álcool é normal para essas comunidades. **Pena que não exista uma vacina pra isso** (ENF₉).*

Essas representações da violência repercutem em limitações dos gestores e profissionais no enfrentamento do problema que foge do modelo clínico e programático e são de difícil reconhecimento e abordagem. Neste sentido, o “arsenal” de ações medicalizadoras e atenuantes é impotente e impossibilita as intervenções terapêuticas, como diz a enfermeira: *“pena que não existe uma vacina para isso”*.

Outro elemento representacional dentre os participantes é o espaço da produção e da reprodução. Nessa direção, Kergoat (1996) ao analisar a divisão sexual do trabalho na ordem capitalista salienta que a mesma instaurou a separação espaço/tempo entre trabalho produtivo e reprodutivo, fomentou ainda um princípio de separação de trabalho de homens e trabalho de mulheres, e também uma conotação hierárquica. Esse princípio acaba sendo determinante na configuração das relações sociais entre homens e mulheres. A autora argumenta, ainda, que a divisão sexual do trabalho tem sido outro processo de compreensão do processo de constituição das práticas sociais permeadas pelas construções de gênero.

Assim, essas práticas, mesmo que sejam construções sociais, são tidas como sujeição natural, divididas entre objetos e comportamentos considerados femininos e masculinos. Bourdieu (2009, p.20) contribui para a compreensão desses mecanismos ao salientar que a “diferença biológica entre os sexos, ou seja, entre o corpo feminino e masculino, e a diferença entre os órgãos sexuais pode ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e da divisão social do trabalho”. É nessa direção que as falas a seguir representam a divisão sexual do trabalho, atribuindo ao homem a responsabilidade pelo espaço produtivo e a mulher pelo espaço reprodutivo na dimensão concreta da relação de “serviço à família”. Nesse sentido, a mulher rural atua no espaço produtivo, mas esse não é reconhecido legítimo, apenas como ajuda ao marido, conforme se lê nas falas dos participantes *“ela ajuda na lavoura, porque o marido, muitas vezes exige, e reconhece como dever dela”*.

O homem trabalha na lavoura e a mulher em casa e na lavoura pois o marido obriga ela trabalhar na lavoura, ela tem que trabalhar [...] se tu olhar geral numa lavoura, tu não consegue distinguir quem é mulher e quem é homem, usando roupas e chapéus, se expondo ao relento do sol (ENF₃₉).

Desse modo, as desigualdades sociofamiliares, advindas e constitutivas da divisão sexual do trabalho, contribuem para que as mulheres, de certa forma,

vivenciem potencialmente fatores de risco socioeconômicos, os quais, em interação com a estrutura de poder, afetam sua saúde pela exposição a situações distintas de vulnerabilidade.

Lorenzoni (2007) afirma que as mulheres, nesse contexto, são consideradas trabalhadoras ativas dos processos produtivos, além do trabalho na roça, cultivam toda a alimentação que vai para a mesa da família, e que não são as mulheres que se ocultam, são as relações desiguais que lhes atribui lugar menor, e a operação da invisibilidade ocorre no momento posterior ao trabalho realizado, seja ele produtivo ou reprodutivo. Com isso, o trabalho delas na esfera produtiva permanece praticamente invisível, porque é praticado no interior do estabelecimento, sendo os homens praticamente os únicos responsáveis pelos contatos com o exterior – bancos, sindicatos, cooperativas, entre outros.

Mesmo quando as mulheres têm maior participação em atividades ligadas à produção, por exemplo, nas agroindústrias, seu trabalho nem sempre é notado e inserido no campo produtivo. Assim, estudo desenvolvido por Boni (2006) em agroindústrias catarinenses, mostrou que as mulheres realizam as atividades em suas próprias casas, para melhor gerenciar o trabalho doméstico e isso resulta em confusão entre uma e outra atividade, o que gera, conseqüentemente, a desvalorização do trabalho produtivo, como extensão do trabalho doméstico.

Outras atividades desenvolvidas em cenário rural, quase que exclusivamente pelas mulheres, por exemplo, a comercialização do ovo, queijo, artesanato lhes dá certo rendimento, mas estudos desenvolvidos por Brumer (2004) apontam que essas atividades são esporádicas e sua renda não gera autonomia, pois é aplicada no dia-a-dia da casa e da família, mas, a renda excedente obtida da produção agrícola, a cargo dos homens, é utilizada para o consumo individual deles, em momentos de socialização e lazer.

O não reconhecimento da dupla jornada do trabalho feminino na roça se manifesta por um conjunto de representações sociais que estabelecem esse discurso como legítimo, fazendo com que, muitas mulheres interiorizem e incorporem, por meio de um processo sutil, o “consentimento”, estabelecendo, assim, a cumplicidade com o poder masculino, e sentindo na pele as marcas da sobrecarga do trabalho.

[...] os homens abusam da mulher, porque sabem que a mulher passa por tudo e aguenta, porque que não vai aguentar trabalhar lá acocada

fazendo buraco e botando a semente? Por que não vai, sem proteção nenhuma, botar veneno no fumo, na lavoura? Às vezes com o pé no chão ou quando muito com uma bota no meio da água e com o sol forte na cabeça. 'É ela é forte, vamos explorar' (GES₃).

A sobrecarga originada pela acumulação do trabalho produtivo e o trabalho doméstico repercute, privando a mulher de um tempo que lhe seja próprio, para o seu cuidado, dessa forma, uma enfermeira que, atende mulheres rurais em uma unidade hospitalar, relata que elas buscam apenas “descanso”, para muitas delas, a necessidade de uma internação era considerada o “momento para elas”,

*[...] eu trabalhei no hospital lá fora que muitas diziam que estavam cansadas, com dor de cabeça, se sentindo mal e que elas queriam ir pro hospital pra descansar, lá na colônia que eu trabalhei, muitas iam baixar lá, 'eu quero me internar que eu não aguento mais, o marido quer que trabalhe e não to aguentando'. Tem aquelas famílias que trabalham e moram tudo junto, os avós, no caso os pais, e aí 'não, porque tu tem que ir, tem serviço, isso e aquilo'. **Muitas iam internar pra ficar descansando, dois, três dias, aquilo ali pra elas era um spa** (ENF₁₆).*

Esse fato mostra situações extremas que as mulheres rurais vivenciam e que resultam na busca de um “refúgio”, espaços de atendimento à saúde, para que possam ser vistas como pessoas, em que o cansaço faz sentido ou se “camufla” em um diagnóstico médico, são acolhidas e entendidas, porque, no espaço em que vivem isso não acontece e mais do que isso são vistas predominantemente como “mão-de-obra”.

Essas mulheres vivenciam, além do desgaste pela sobrecarga de trabalho, outra forma de violência – o uso cotidiano de agrotóxicos nas plantações. Sabe-se que, além do agrotóxico impregnar-se na planta, ele é absorvido pela terra, atingindo e contaminando a água, pois, normalmente, é misturado com água ou então fica no ar quando é espalhado em pó. Se não bastasse a contaminação das plantas, contamina também os rios, o ambiente e todos que utilizam esses “venenos” sofrem essa agressão.

*Violência assim, **agressão são esses venenos** que elas têm que usar na lavoura, isso pra mim é uma agressão. Esses inseticidas, pesticidas (ACS₄).*

*[...] a minha primeira paciente aqui, ela era gestante, ela já tava no oitavo mês, e ela chegou com feridas em toda a perna, uma coisa horrível, e ela 'ah, é alergia', 'mas, alergia de quê?' Dos venenos do fumo. **Aquela gestante tava na lavoura, porque, assim elas têm que trabalhar direto, tem que cuidar da casa, tem que ajudar na lavoura, ela não tem vida** (ENF₉).*

Pode-se evidenciar, na última fala acima, uma situação de sobrecarga de trabalho das mulheres rurais, em que uma gestante expõe-se ao trabalho na lavoura e aos agrotóxicos utilizados nas plantações de fumo. Destaca-se que, nos municípios em estudo, uma das principais atividades agrícolas é o cultivo de fumo. Na plantação de fumo todos os membros da família se envolvem, principalmente, a mulher, pois como o trabalho não é considerado “pesado”, é possível utilizar intensivamente a mão-de-obra feminina disponível nos grupos domésticos.

Para o cultivo do fumo, e também de outros cultivos, em vários estágios de desenvolvimento da planta são utilizados agrotóxicos, o que expõe os agricultores e agricultoras a riscos à saúde, porque os agrotóxicos são utilizados, em algumas situações, de forma indiscriminada e sem os cuidados mais elementares de proteção. Com isso, o problema da exposição a esses venenos adquire uma dimensão de forte impacto à Saúde Pública. Em estudo epidemiológico desenvolvido por Faria et al. (2000), com trabalhadores rurais da Serra Gaúcha, os autores demonstraram, quantitativamente, que a intoxicação por agrotóxicos apresentou forte associação com transtornos psiquiátricos menores, denominação dada aos “*problemas de nervosismo*” ou “*problemas de tristeza e desânimo em algum momento da vida*”.

Um último elemento representacional centra-se no difícil acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, e aos demais serviços seja de educação, cultura foi citado como forma de violência mais prontamente pelos ACS. Essas dificuldades significam negligência do Estado quanto à saúde, à educação, à cultura enquanto direito dos cidadãos, como mostra a fala a seguir.

[...] eu acho que no interior a violência contra a mulher ainda é maior, a mulher não tem tanto acesso aos serviços sejam de saúde, educação, trabalho e não tem tanto conhecimento também dos seus direitos, e isso resulta em uma violência pelo fato de não ter o direito de acessar esses elementos básicos da vida (ACS₂).

A fala acima põe em cena a discussão relativa ao acesso e à acessibilidade dos serviços e aparatos públicos, uma vez que, reportam-se não somente às distâncias geográficas, mas, também, às questões inerentes à oferta e organização dos serviços, especialmente os de saúde para atender as especificidades dessas comunidades. A partir das ideias de Travassos e Viacava (2007), o acesso reflete as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos para a obtenção de serviços pela população, extrapola a dimensão

geográfica, envolve aspectos econômicos, sociais e organizacionais de oferta de serviços.

Quando os ACS falam sobre as distâncias geográficas salientam a dimensão da acessibilidade aos serviços, entendida por Travassos e Martins (2004) como o grau de ajuste entre as características da população e as condições, em um processo de busca e obtenção de atenção à saúde; pode ser classificada em acessibilidade geográfica, financeira e funcional/organizativa. Os autores afirmam ainda que a acessibilidade se refere às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

As representações e situações contidas nas falas direcionam-se às iniquidades de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde vivenciados pelas usuárias no espaço rural. Relacionam-se à pequena oferta de atendimentos a essa população, e à dificuldade de organização dos serviços a partir das especificidades locais e às dificuldades de acesso geográfico às áreas urbanas onde se localizam, predominantemente, os serviços.

As representações e reflexões desenvolvidas até então permitiram que se elaborasse um “quadro epidemiológico” das representações da violência contra as mulheres rurais, uma espécie de “epidemiologia da violência falada” sintetizada no Quadro 14.

Quadro 14 – Quadro epidemiológico das representações da violência contra as mulheres rurais.

EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA FALADA
❖ Violência “silenciosa” e “silenciada” - invisível
❖ Violência pelas desigualdades de gênero - poder e dominação masculina
❖ Violência pela privação de lazer, de circulação no espaço público, no manuseio do dinheiro, de estudar;
❖ Violência pela privação econômica: produção e posse da terra;
❖ Violência pela sobrecarga de trabalho e uso de agrotóxicos;
❖ Violência pelo difícil acesso e acessibilidade a serviços;
❖ Violência pelo despreparo dos serviços e profissionais;
❖ Violência pela ausência do Estado na implementação de políticas públicas para as mulheres, em especial, para as agricultoras;
❖ Violência pela permanência de representações de gênero sustentadas na “culpa” por “ser mulher”
❖ Violência na relação de serviço à família: disponibilidade permanente

Fonte: Elaboração do quadro, COSTA, M.C., Municípios da Metade Sul/RS, 2012.

Na apreensão das representações dos participantes ao longo das análises e discussões, observou-se que na dimensão dos gestores e profissionais a vida das mulheres rurais deste estudo é tensionada por aspectos, culturais, sociais, familiares e religiosos do que significa “ser mulher” (portanto de gênero), constituindo conflitos e desafios na vida prática que, em meio aos avanços entre o novo e o conservador, atestam permanências da dominação masculina.

Nos elementos representacionais dos ACS evidenciaram certos tensionamentos que fogem das tradicionais e clássicas representações, estando mais sensíveis ao sofrimento oriundo das violências vividas pelas mulheres rurais. Acredita-se que esse fato, vincula-se à proximidade que os ACS estabelecem com as famílias e com a comunidade, principalmente no contexto rural, pois as mulheres desse cenário contam quase que exclusivamente com esse trabalhador para relatarem suas necessidades e constroem vínculo, confiança com as mulheres e a comunidade. Esse “potencial de sensibilidade” associa-se ao seu “saber”, resultante

não somente de conhecimentos científicos, mas também dos conhecimentos populares e de sua interação no contexto das comunidades rurais.

A partir dessas representações, parte-se para conhecer as dimensões que essas assumem na condução das ações no nível da gestão dos serviços (dimensão política) e das práticas em saúde (dimensão técnica), nas intervenções e enfrentamento da violência contra as mulheres rurais.

7 AGENDAS PÚBLICAS LOCAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES RURAIS – dimensão política

Nos últimos vinte anos, após a Constituição Federal de 1988 instituir a *saúde enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado* e a promulgação das Leis Orgânicas que definem as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios brasileiros assumiram responsabilidades crescentes no âmbito da gestão do SUS. Como resultado da descentralização do SUS, passou-se aos municípios a responsabilidade de organizar estruturas e processos de gestão para contemplar a atenção à saúde e efetivar as atribuições regulatórias e de fiscalização sanitária (BRASIL, 2001c). Com o propósito de melhorar o desempenho dos serviços e o impacto das políticas de saúde, os pactos das três esferas de governo têm propiciado aos municípios a estruturação e a operacionalização de departamentos, serviços, tecnologias e insumos voltados ao desenvolvimento da gestão, particularmente na atenção básica à saúde. Assim, a força de trabalho em saúde tornou-se essencialmente vinculada aos municípios, que respondem por sua seleção, composição, gerenciamento e capacitação. A produção e a divulgação de informações em saúde e os instrumentos de gestão tornaram-se recursos de formulação e acompanhamento das políticas de saúde (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006c).

A decisão por determinadas políticas públicas de saúde centra-se no nível municipal, sendo pautada, muitas vezes, por uma demanda (problema) local para gestores, e também é determinada por questões econômicas, epidemiológicas, e por pressões dos grupos sociais organizados. Nessa perspectiva, segundo Monnerat, Senna e Souza (2002), reconhece-se que há um reforço generalizado da gestão política no espaço local. No campo específico da política de saúde, está em andamento um processo que aponta para a ampliação da capacidade decisória do governo e da sociedade local.

Nesse contexto, é necessário conhecer o modo como o espaço local particulariza e vem desempenhando esse novo papel que lhe é atribuído. No caso deste estudo, além de conhecer e refletir a partir dos atores da esfera municipal (gestores/responsáveis pela saúde da mulher), buscou-se, discutir sobre o que pensam e de que modo executam as políticas públicas de saúde, como está situada na agenda local a saúde das mulheres rurais e a situação da violência contra elas

nesse contexto. Na dimensão política, e enquanto representantes do poder público, procurou-se evidenciar se os mesmos reconhecem ou (não) suas responsabilidades na garantia da saúde como direito de cidadania.

A análise baseou-se na compreensão dos elementos que constituem a vulnerabilidade programática definida por Mann, Tarantola e Netter (1993) e Ayres et al. (2003), particularizando-se *na expressão do compromisso; na transformação do compromisso em ação/planejamento e coordenação*.

O primeiro elemento de análise da vulnerabilidade programática centrou-se na **expressão do compromisso**, em que se aponta a dimensão das políticas públicas de saúde enquanto instrumentos norteadores da gestão local em saúde e sua influencia, (ou não), na tomada de decisão e no compromisso de gestores e responsáveis pela saúde da mulher. Trata-se esse elemento em dois eixos temáticos: *As Políticas Públicas de Saúde e o Nível Local na Perspectiva de Gestores e Responsáveis pela saúde da mulher - Prioridades da Gestão em Saúde nos Municípios em Estudo*.

7.1 Expressão do Compromisso

7.1.1 As Políticas Públicas de Saúde e o Nível Local na Perspectiva de Gestores e Responsáveis pela Saúde da Mulher

A efetiva implementação da descentralização da saúde requerida pelo SUS pressupõe o preparo dos gestores em saúde para a capacidade em gerir os serviços públicos de saúde sob sua responsabilidade, com autonomia para organizar o processo de produção de ações em saúde. Assim, buscou-se uma abordagem ampliada de compreensão e da expressão do compromisso do grupo de gestores e responsáveis locais pela saúde da mulher, analisando-se, inicialmente, as “leituras” que esse grupo faz das políticas públicas de saúde, e o conhecimento que tem sobre seu direcionamento para enfrentar a violência contra as mulheres rurais.

Em uma primeira leitura das falas dos participantes observou-se que as políticas públicas de saúde constituem-se, formalmente, em propostas ou conjunto de ações que norteiam a organização da gestão dos serviços. Identificou-se, nas falas, o direcionamento da responsabilidade ao Estado enquanto propositor público

das políticas para as comunidades, e a responsabilidade do gestor em “*instituí-las e desenvolvê-las no nível local*”.

[...] políticas públicas de saúde é o conjunto das ações que o ente público coloca à disposição de uma comunidade para resolver aqueles problemas, aquelas situações que são as certas para aquela população. São as políticas voltadas a garantir de qualidade de vida da população. Mais voltadas ao aspecto de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde [...] cabendo ao gestor municipal instituí-las e desenvolvê-las no nível local a partir dos interesses comuns (GES₃₁).

São as iniciativas que são tomadas dentro de um determinado território, dentro de uma determinada comunidade, adotada pelo poder público, ou seja, o Estado, no caso o Ministério da Saúde, visando a melhoria da saúde, em vários aspectos, desde a infraestrutura, propriamente dita, até os mecanismos da própria saúde. (GES₁₁).

De maneira geral, observa-se, nas falas, a compreensão de que as políticas de saúde são construídas frente às demandas identificadas nas comunidades que se constituem em problemática para esse setor, e que a responsabilidade de formulá-las centra-se no nível federal, cabendo aos municípios (nível local) a sua implementação de acordo com sua realidade.

Na primeira fala transcrita, o gestor diz que a implementação de determinada política ocorre a partir dos “*interesses comuns*”. Nessa dimensão, Arretche (2003) destaca que a autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, as quais não são necessariamente compatíveis, muitas vezes, com o interesse público e o bem-estar da população. São as regras institucionais de uma política pública que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais.

Nesse espaço de ação de sujeitos sociais, segundo Merhy (2004), se produz certa conformação das necessidades como foco de políticas de saúde, e a multiplicidade dos “atores” envolvidos tem mostrado a impossibilidade de abarcar, nas políticas instituídas, o conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pacto social expresso nas formas distintas, por mecanismos mais amplos de envolvimento e negociação, ou por práticas mais impositivas e excludentes. Nesse sentido, a tensão entre autonomia e controle é, sem dúvida, um lugar de potência e um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um modelo tecno-assistencial, afirma o autor.

Evidenciou-se, também, em algumas falas dos participantes, certa dificuldade de compreensão e entendimento do que são políticas públicas de saúde, e essa dificuldade assenta-se, em parte, na falta de qualificação técnica e política para atuarem na gestão em nível local, pois os cargos de gestão, com frequência, são ocupados por indicações político-partidárias. Essa “tradição”, reflete-se nas falas a seguir.

*[...] políticas públicas de saúde, no caso, eu entendo que sejam políticas que são usadas para a população [...] **não sei te explicar direito, mas é isso que eu entendo. São Políticas que servem para população.** Para o retorno dos impostos, no caso, que a gente paga, retornar para as pessoas. Seria focando a saúde a prevenção, o ensino, e também a recuperação da saúde. Ou então só para, como é que eu vou te dizer, manter o quadro que a pessoa está. Seria no caso agora não me vem a palavrinha, um tratamento paliativo (COORD₂₂).*

*Eu entendo políticas públicas como uma área de prevenção. **Eu acho que tu tem que pegar um determinado tema e trabalhar nele para prevenir** [...] tanto na violência, tanto nos hipertensos quanto nos diabéticos, quanto na saúde do idoso, saúde da criança, saúde do adolescente que agora são várias políticas (GES₄₅).*

As falas atestam um dos nós críticos do sistema público de saúde assentado no despreparo dos gestores para conduzirem processos de mudança, executarem e serem proponentes de políticas de saúde. Essa reprodução de olhares e formas de ação leva à manutenção de projetos e ao não compromisso para construir e conduzir processos de gestão calcados nas realidades locais.

Os autores Monnerat, Senna e Souza (2002), com os quais se alinha este estudo, reforçam que faz parte da tradição política local o uso clientelístico de cargos e bens públicos, com indicação de pessoas para postos-chave na estrutura gestora municipal. No caso da saúde, uma marca frequente tem sido a nomeação de gestores sem qualificação técnica ou política necessária para o exercício do cargo. Isso compromete a qualidade da gestão pública (diretrizes, recursos e as ações) dos serviços e do cuidado oferecido aos usuários.

Os elementos discutidos permitem inferir a (des)integralidade da gestão nos serviços. Para essa influência, com base em Mattos (2006), há três grandes conjuntos de sentidos da integralidade: o atributo da prática dos profissionais; o atributo da organização dos serviços; e o atributo das políticas governamentais. Considerando-se o sentido que as políticas públicas têm no processo de gestão

local, observa-se desarticulação e fragmentação, que, de certa forma, está ilustrado na fala a seguir.

*[...] as políticas de saúde, elas hoje tem um desenho de trabalhar de uma forma ampla, mas elas são muito segmentadas. Então eu me incomodo um pouco com isso. A gente tem uma fala de atendimento integral, mas as políticas, elas são política do negro, a política do indígena, a política da saúde da mulher, sabe, muito segmentada. Eu penso que a gente tinha que tentar trabalhar a integralidade e tentar construir um todo [...] hoje assim eu vejo claramente que as políticas caminham para integralidade, mas muito segmentadas, **na verdade é uma integralidade de papel e de fato uma segmentação, inclusive no financiamento também** (GES₁₃).*

Existem, portanto, incoerências entre os princípios do SUS e a maneira como os próprios atores constitutivos do sistema operam. Esses desajustes, essa segmentação citada pelo gestor acima, terminam por legitimar as velhas ideias e valores também no que diz respeito à articulação das políticas e à construção da integralidade que permanece no “papel”. Tradicionalmente, o Ministério e as Secretarias de Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado (SANTOS, 2004). Assim, são propostos os programas e cada programa sugere uma linha de atuação, chegando até os municípios, nível de implementação, em **caixas** prontas e formatadas de condutas a serem seguidas. Assim, pode-se pensar que a integralidade se institui, prescritivamente, em um cardápio de ações que “devem” ser seguidas e reproduzidas. Pode-se perguntar se existe “uma integralidade” a perseguir ou se ela se faz na dinamicidade e singularidade dos processos?

Nesse sentido, e com certa lógica, alguns dos entrevistados mencionaram que as políticas públicas de saúde são sinônimo de “*protocolos de atendimento*”, conforme expressam as falas a seguir.

*[...] uma iniciativa que organiza o atendimento, a prioridade assim para cada tipo, para gestante, para criança, para os idosos. **Se não tivessem estas Políticas Públicas talvez não tivesse um ‘protocolo de atendimento’ para cada paciente.** Eu acho que é importante essas políticas porque aí é organizado todo o atendimento [...] faz o programa para atenção a gestante, programa para saúde da mulher, prevenção do câncer de mama, de colo uterino. É importante porque fica esse protocolo de atendimento e tu sabe como atender e a pessoa também vai ter o atendimento adequado (COORD₂₅).*

As políticas públicas são instituídas para organizar a forma do atendimento as pessoas, por exemplo, as mulheres chegam na

unidade para coletar o pré-câncer tem um protocolo de como devemos seguir. Então elas [políticas] nos orientam para o atendimento dos pacientes (COORD₂₆).

Esse entendimento atesta compreensão restrita e fragmentada das políticas, dimensionando-as simplesmente como norteadoras da forma/maneira de conduzir ações de cuidado, seguindo protocolos técnicos, o que resulta em ação protocolar, repetição de ações, destituindo as condições sociais, culturais, econômicas das comunidades enquanto elementos singulares e potencializadores na produção da saúde.

Outro elemento identificado nas concepções de política de saúde centrou-se no âmbito financeiro. Dos oito gestores entrevistados, apenas um não fez inferência à questão financeira quando questionado sobre políticas públicas. Isso revela que os gestores dos sistemas municipais agem sob pressão política dos governos, dizendo que não há lugar para um sistema de saúde eficaz sem elementos constitutivos, entre os quais: recursos humanos; equipamentos e infra-estrutura de serviços. Esses elementos estão permanentemente no centro das preocupações e do investimento dos governos locais que definem prioridades na implementação.

[...] em relação às políticas de saúde, seja para a mulher, para a violência vai 'depende muito do orçamento'. E vocês sabem, 'um anel melhor, uma roupa melhor, um calçado melhor vai depender do salário', isso aí é para qualquer um, se souber usar bem o salário. Na saúde é a mesma coisa [...] se nós tivermos um aumento de orçamento e um bom uso desse dinheiro, nós vamos ter uma melhor saúde (GES₃).

[...] para trabalhar as políticas públicas de saúde a dificuldade é em relação a parte financeira. Os financiamentos, na verdade, são vários, para várias ações. Para vigilância, para saúde básica, para a ESF. Só que todos os financiamentos que a gente tem, eles não conseguem suprir a nossa necessidade de profissionais e o município tem que arcar com a maioria das ações (GES₂₇).

Essas prioridades podem ser definidas como o “básico”. Essa “cesta básica” parece estar visível na saúde para ações de combate a doenças. As políticas dirigidas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, neste caso a violência, seriam “o anel melhor, a roupa melhor, o calçado melhor” que dependem do aumento do orçamento. O que está além do cardápio básico, no plano do “exótico” da prevenção e da promoção é “luxo” para os sistemas locais e na capacidade de compreensão da maioria dos participantes – entretanto salienta-se que “direito a saúde não é luxo”.

A primeira fala aproxima-se do discurso “tradicional” que tem dominado o campo dos investimentos nessa área, e revela o problema clássico da escassez, da inexistência de recursos ou o seu mau uso para financiamento das ações locais de saúde. Somam-se a esses elementos históricas dificuldades – a centralização política e administrativa, a desarticulação de programas e ações, entre outras – o que revela a complexidade da gestão em saúde em qualquer nível de atenção.

Essa constatação mostra que os gestores municipais de saúde, frente às especificidades e singularidades dos municípios sob sua responsabilidade, apresentam similaridades de situação entre si. Submetem-se ao mesmo conjunto de regras e normas, que vão da Lei da Responsabilidade Fiscal aos vários mecanismos de financiamento que o Ministério de Saúde tem adotado, mecanismos previstos de controle social das exigências nos vários sistemas de informação sociotécnica e a prestações de contas.

Em estudo desenvolvido junto a gestores de municípios de uma Regional de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Cecilio et al. (2007) revelaram que os gestores municipais, ao lidarem com problemas parecidos e estarem submetidos a um conjunto comum de constrangimentos político-administrativos, acabam apresentando uma pauta muito parecida de dificuldades e focos de atenção. Os autores afirmam que, a partir de uma “pauta de problemas bem homogênea”, com destaque para a dificuldade de garantir a integralidade do cuidado aos usuários, tornam os problemas bem parecidos.

Entretanto, é necessário analisar a questão do financiamento do setor público com o próprio setor público, pois a oferta de serviços de saúde dos municípios depende da capacidade destes em instalar e gerenciar com eficiência os recursos técnicos e financeiros disponíveis. Esse gerenciamento torna-se problemático devido à maior parte dos municípios brasileiros, como os do presente estudo, serem dotados de pouca capacidade técnica, e também por serem dependentes das transferências fiscais do Governo Federal, os quais não cobrem o custo total das ações em saúde propostos por determinado programa ou estratégia. Assim, os municípios financiam, em parte, as políticas federais, mas nem sempre esses programas/estratégias fazem parte das prioridades de saúde de sua população, e implementam ações desconsiderando as necessidades locais.

Dessa forma, criam-se dificuldades para a gestão local em saúde em detrimento das oportunidades de os municípios gerirem de forma inventiva novos

territórios de referência, arquitetando e criando propostas que atendam mais efetivamente as necessidades da população local, como constatado na problemática da violência, por exemplo.

Essa abordagem e amplitude limitada de compreensão e implementação das políticas públicas é a tônica das falas. Quanto às políticas públicas de enfrentamento da violência o desconhecimento fica evidente nas entrevistas.

[...] não, que eu saiba não temos implantado nenhuma política de enfrentamento da violência contra a mulher, e ‘também desconheço essas políticas’ (COORD₂₂).

Olha, eu não tenho conhecimento de nenhuma política de saúde voltada para esse problema, aqui no município não temos feito quase nada com foco nisso, até porque não sabia da existência de ‘coisas federais’ para isso (GES₄₄).

[...] primeiro no município, como já mencionei anteriormente, não tem muitos casos de violência, e menos ainda na área rural. Então acaba que a gente não vai atrás de políticas que trabalhem com esse problema, visto que temos inúmeros problemas que demandam ações das políticas (GES₃).

Nessas falas, observa-se que o fenômeno violência “não existe” e assim não se coloca enquanto problemática local geradora de ações interventivas em saúde. Essa aparente “inexistência” dispensa agendas locais de saúde. Ou seja, a forma de pensar essa problemática pelos gestores e responsáveis pela saúde da mulher não se traduz em práticas e ações que concretizem proposições capazes de produzir mudanças na situação da violência local e rural em particular.

Atualmente, pode-se falar na existência, no setor saúde, de várias políticas públicas com proposições de intervenção/enfrentamento da violência contra as mulheres, no entanto, o que se observou no local de estudo é que apenas quatro dos treze participantes do grupo de gestores, responsáveis pela saúde da mulher, mencionaram ter conhecimento de alguma dessas políticas, e entre eles dois destacaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e dois o Programa de Prevenção da Violência (PPV). Os dois participantes que mencionaram o PNAISM trabalham no mesmo município, e ambos têm formação no campo da saúde. No entanto, como mostra a fala do gestor a seguir, a efetivação desse programa centra-se na dimensão clássica (biológica) de intervenções sobre o corpo feminino.

O que eu conheço em termos de política direcionada às mulheres, é o PNAISM, que prioriza ações de prevenção do câncer de mama

e de útero, e também tem uma diretriz de prevenção da violência contra as mulheres, mas o que temos mais direcionado é no câncer de mama e uterino, até porque temos um índice alto desses problemas aqui no município (GES₂₃).

[...] a política que conheço é o PPV, que foi instituído aqui no município. Foi, criado pelo município, e são três secretarias que participam a educação, a saúde e o bem-estar social. Começou por causa da gravidez na adolescência, mas ele tomou um enfoque maior. Então ele trabalha violência, ele trabalha drogadição, gravidez na adolescência e é trabalhado nas escolas do município, todas as escolas, do interior e da cidade, escolas municipais [...] a partir da adesão ao PPV se voltou mais as questões da violência e da drogadição (COORD₂₆).

No cotidiano dos serviços de saúde, a aplicabilidade do PNAISM está centrada muito mais na oferta das tecnologias de contracepção, e na abordagem biológica e patológica do que na identificação de outros aspectos relacionados à saúde das mulheres. Estudos de Osis (1998) e Coelho (2005) têm mostrado que, embora existam algumas experiências pontuais exitosas, a política foi se descaracterizando, na prática, como política de saúde, e as mulheres, que deveriam ter suas necessidades de saúde atendidas em todas as fases do ciclo vital, mantiveram-se reféns de uma história de dependência e subordinação aos parceiros sexuais e ao modelo hegemônico de atenção à saúde, que as reduz a um corpo essencialmente biológico e compromete a efetividade das políticas públicas.

Nesse sentido, observa-se que o direcionamento da fala do gestor quanto ao PAISM centra-se nas necessidades biológicas e em patologias definidas, citadas nos estudos como foco de atenção à saúde das mulheres, sejam elas residentes e trabalhadores tanto em área urbana quanto rural, sem considerar singularidades de seus contextos de vida. Assim, a violência, enquanto fenômeno que vai além do corpo biológico, é mencionada periféricamente e, portanto, não é incorporada à esfera do planejamento e gestão da saúde.

Como elemento ilustrativo que auxilia a sustentar as análises, Nogueira (2000) afirma que as ações de gestores, que se propõem a efetivar o princípio da integralidade, no que a atenção integral à saúde da mulher, são reducionistas, pois realizam programas que se limitam ao atendimento materno-infantil. Isso evidencia a perspectiva da identificação da saúde da mulher como restrita ao parâmetro biologicista, centrado na reprodução. Os gestores do SUS, entrevistados no estudo de Nogueira, pensam a integralidade das ações de forma tecnocrática (articulação técnica e epidemiológica entre os serviços) e não filosófica ou principalista

(promoção, prevenção e recuperação da saúde). Mesmo assumindo, em seus discursos, em proporções diferentes, as diretrizes do PNAISM, realizam ações limitadas à saúde reprodutiva e às necessidades ditas prioritárias: o ciclo gravídico-puerperal. Pode-se, portanto, refletir sobre os modelos assistenciais e sua inadequação à saúde das mulheres e nas respostas insuficientes às suas demandas de saúde, focalizando-se, a violência, e em particular, o seu “não lugar” no âmbito da saúde e do rural.

Ao mencionar o PPV na fala acima, constata-se que o participante reporta-se a uma ação pontual em que o setor saúde pouco tem se envolvido, ficando sob responsabilidade de condução das ações os setores da educação e do serviço social.

Outra ação pública de conhecimento dos participantes, citada com mais frequência, foi a Lei Maria da Penha. Nas falas dos participantes foi possível observar ambiguidades, alguns mencionaram a lei enquanto fator positivo para a proteção da integridade e dos direitos humanos das mulheres, outros entrevistados destacaram que “*é apenas mais uma lei*”, que acaba não sendo efetiva como deveria e, muitas vezes, somente fazer a denúncia não significa sair da situação de violência.

*[...] hoje **a gente tem essa nova lei Maria da Penha**, e pelo que vejo é uma lei que veio realmente para **proteger as mulheres** e colocar os agressores no seu devido lugar, a gente vê que depois que essa lei entrou as mulheres aqui do município estão indo mais denunciar, pois ela não deixa o agressor ficar próximo da vítima (COORD₂₂).*

*A lei Maria da Penha que começou a vigorar há pouco tempo, traz algumas medidas protetivas para as mulheres, **mas acredito que é apenas mais uma lei, e sabe como são as leis no Brasil [...] acho que não adianta ter uma coisa só, precisa haver uma ligação em rede entre os serviços** para que as mulheres saiam das situações difíceis que ocorrem em sua vida (GES₃₁).*

De acordo com a última fala, o gestor menciona a necessidade de pensar essa problemática a partir de uma rede de atenção articulada. Acredita-se que esse olhar tenha relação com a formação desse gestor no campo da saúde, e sua responsabilização com a dimensão da saúde enquanto direito e entendimento ampliado da saúde e da doença. De fato não basta a implementação de políticas públicas voltadas à proteção e à segurança de mulheres em situação de violência se não existir uma rede de suporte para as complexas demandas dessas mulheres. Assim, para os gestores entrevistados, a Lei Maria da Penha contém elementos

protetivos e de atendimento as mulheres essenciais para a garantia dos seus direitos, mas não é suficiente para o alcance de respostas efetivas às demandas de atenção que as mulheres em situações de violência requerem, que são diversas e exigem permanência e acompanhamento.

Chama a atenção que o conhecimento atestado pelos gestores sobre as ações públicas direcionadas a esse problema pautou-se mais na dimensão da segurança pública do que no setor saúde, pois, a quase unanimidade dos participantes fez referência à Lei Maria da Penha, atestando a “invisibilidade” desse fenômeno no campo estrito da saúde. Portanto, pode-se inferir que essa problemática é de outro âmbito, de “outra pasta” e não interpela sua agenda própria como gestores da saúde.

Evidencia-se, também, certo distanciamento entre o que é instituído no nível federal enquanto proposições públicas e o que, de fato, chega e como chega ao nível local. Pode-se afirmar que existem estratégias públicas propositivas de enfrentamento da violência contra as mulheres, no entanto, observa-se desconhecimento e mesmo descaso dessas pela gestão local em saúde. Como elementos implicados nessa situação, pode-se destacar, primeiro, o fato de a origem das políticas estarem na esfera federal e, frequentemente, sem participação e articulação com as demais esferas e seu controle popular, o que não resulta na corresponsabilização entre níveis de governo; e um segundo elemento é o não reconhecimento da violência como objeto de intervenção da saúde.

A partir dessa primeira abordagem que exprime certo (des)compromisso em considerar e implementar as políticas públicas de saúde, em particular, as direcionadas ao enfrentamento da violência como norteadoras da gestão local, passa-se a destacar as prioridades na gestão em termos de ações organizadas nos municípios em estudo.

7.1.2 Prioridades da Gestão em Saúde nos Municípios em Estudo

Em decorrência da descentralização e a conseqüente municipalização da saúde, os municípios assumiram a responsabilidade de estabelecer, a partir de suas realidades locais, as prioridades do setor saúde. Assim, nos municípios em estudo pode-se observar que as ações descritas enquanto prioridades centram-se na

dimensão biologicista e patológica (clínica), e na dimensão programática, instituída pelo Ministério da Saúde.

Evidencia-se, nos depoimentos a seguir as prioridades da doença presente nas falas da totalidade dos entrevistados do grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher. Observa-se a gestão em saúde baseada no modelo assistencial curativista e individual, com primazia para mortalidade infantil, as doenças cardiovasculares, o pré-câncer uterino, o exame de mama e a imunização (vacinação).

Uma das coisas mais importantes dentro da saúde é a vacinação. A vacinação é uma prevenção, é uma forma de prevenir doenças, então toda vez que se tem uma campanha de vacinação, a gente enfatiza exatamente isso: a obrigação das pessoas de se imunizarem para uma determinada doença, exatamente para que a gente tenha menos gente sofrendo e menos gasto para que a gente ‘sustente a doença’, ou tente combater a doença. Isso é a primeira coisa (GES₃).

[...] diminuir a mortalidade infantil é prioridade para nós. Diminuir mortes no caso causadas por acidentes cardiovasculares. Prevenção do câncer de colo de útero e de mama. ‘Porque isso é uma coisa que tá no nosso alcance’ (COORD₂₂).

As falas denotam que as antigas agendas em saúde pública predominam, como se a sociedade, o perfil demográfico e epidemiológico não sofressem mudanças históricas e contextuais. Justificando que as “tradicionais” prioridades em saúde permanecem atuais pelo fato de que “isso é uma coisa que tá no nosso alcance”, os gestores mostram que o que foge da dimensão biológica clínica, foge das possibilidades de intervenção desse setor.

Constata-se, assim, que permanece (se mantém) o modelo de atenção à saúde centrado no modelo médico-assistencial em que se privilegia o tratamento médico, tomando como objeto a doença em sua expressão individualizada. Nas práticas, por consequência, predominam os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica no enfrentamento das patologias “clássicas”, o que fica ainda mais explícito na fala do gestor a seguir transcrita.

[...] ação, política fundamental que eu vejo é o atendimento com os pequeninhos, pegar qualquer uma situação mais delicada, principalmente no interior que às vezes a cultura e os meios da informação também não são tão adequados como na cidade grande é, às vezes a criança fica faltando a atenção e pode ocorrer a situação até mesmo de óbito, situações mais graves [...] recentemente temos o atendimento em pediatria. Só que o “meu” pediatra, eu não tenho recursos financeiros para ter ele

aqui todo dia, eu tenho ele quinzenalmente. Aí, ontem, por exemplo, ele estava atendendo aqui, era para atender doze ou quinze fichas, aí ele é meu amigo, ele atendeu 16, ontem ele me ligou dizendo, 'tá cheio, tem muita criança aqui, vou atender 19 pra ti hoje'. E às vezes ele tem os contatos com os médicos do hospital [...] consegue uma internação rápida (GES₁₁).

O caráter médico-centrado dos serviços de saúde, evidenciado na fala acima, mostra a atenção à saúde da criança focalizada essencialmente na figura do médico, sendo considerado pelo gestor essencial no atendimento da demanda e para abrir portas dos demais níveis de atenção. Sugere, ainda, que a “barganha” no oferecimento de atendimento dimensiona-se a partir das “relações de amizade” e não em mecanismos de planejamento estratégico frente às necessidades identificadas. O olhar desse gestor pode estar relacionado à ausência de qualificação/formação no campo da saúde e entendimento restrito dos elementos principalistas do SUS, o que resulta exclusivo direcionamento à atenção à doença, às consultas, aos atendimentos clínicos e no contexto urbano.

Ao se analisar o modelo médico-centrado, com o auxílio das reflexões de Merhy (2002), o trabalho se organiza para atuar sobre problemas específicos mediante o atendimento do médico, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, diminuindo, assim, o espaço da dimensão cuidadora da equipe, empobrecendo a possibilidade de incorporação de outros saberes para ampliar a ação clínica e o campo de busca de solução para os problemas, reforçando as competências específicas tão valorizadas pelas especializações.

Pode-se afirmar, a partir dessas reflexões, que o modelo que predomina na oferta de serviços e na gestão dos municípios em estudo utiliza a produção de recursos tecnológicos centrados em consultas médicas, exames e medicamentos, associados à prioridades protocolares em Saúde Pública como se tivessem um fim em si mesmos e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só e dar conta amplamente de “todos” os problemas. Essa forma de organização da gestão dos serviços nos municípios é discutida por Luz (2006, p. 31) e analisada, segundo a autora na perspectiva da “saúde associada na cultura presente, a dominância da ordem médico-social, à doença e sua atenção – portanto, à demanda por remédios e cuidado médico”. Dessa forma, são produzidos atos desconexos sem intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se a eficácia da assistência prestada. Nesse sentido, é de assistência *sensu stricto* que se fala e não de atenção à saúde.

Observou-se que os gestores, responsáveis pela saúde da mulher configuram-se em reféns desse modelo e, muitas vezes, têm dificuldades em enfrentá-lo, reafirmando “o que os médicos querem fazer”. Cecilio et al (2007) avança nessa discussão mencionando que os gestores não conseguem, com exceções pontuais, fazer algo parecido com a “gestão do trabalho médico”, direcionando-se a qualidade do cuidado prestado pelos médicos, e propondo mudanças no modelo assistencial vigente.

Identificam-se, portanto, elementos que apontam para políticas de saúde marcadas pela verticalização das ações, em que as respostas governamentais às doenças, e as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente são instituídas pelo saber técnico. Em decorrência, as respostas aparecem em forma de programas especiais de saúde, o que leva à “centralização de sua formulação, na verticalização de sua implementação e no caráter autoritário” (MATTOS, 2003, p.49). Essas respostas parciais e pré-definidas desprezam, muitas vezes, necessidades específicas e particulares da população assistida.

Esse fato fica claro no seguimento programático apontado nas prioridades dos municípios que se direciona ao que estabelece o Ministério da Saúde, principalmente em termos de “quantidade” para atingir metas e “conquistar” o repasse financeiro.

[...] a nossa prioridade, maior demanda aqui é a questão das pessoas hipertensas e diabéticas. Nós temos um grande número. Saúde do idoso, os grupos de hipertensos e diabéticos, que a gente tenta resgatar para cadastrar no hiperdia, pois se não o município não recebe o recurso para esses pacientes, precisamos de um controle (GES₂₃).

[...] trabalha-se de acordo com o perfil epidemiológico da nossa população. A gente levanta demanda pra mamografia, pra pré-câncer, as políticas de pré-natal e tudo em cima daquela população que a gente espera, pelo senso, que tenha naquela comunidade [...] vai se definindo as ações e essas ações já constam de um rol de ações que o próprio Ministério da Saúde já disponibiliza, a gente trabalha muito em cima daquilo que são os programas que o Ministério da Saúde alcança pra gente desenvolver e nós colocamos em prática aqui esses programas (GES₃₁).

Revela-se, com isso, questões destacadas por Feuerwerker (2005) que, apesar dos avanços inegáveis e da efetiva pactuação existente no SUS, no campo da formulação das políticas de saúde existe um predomínio da esfera federal e, portanto, de políticas nacionais que tendem a prescrever uma uniformização da

organização da atenção à saúde em todo o território nacional, atrelando a implementação de ações e o alcance das metas ao repasse financeiro.

Estudos realizados por Marques e Mendes (2001), Arretche (2005) sobre a descentralização do sistema de saúde no Brasil apontam o forte papel indutor exercido pelo Governo Federal, mediante mecanismos de transferência de recursos financeiros para os municípios, em função de sua adesão a determinadas políticas, negociadas nas instâncias intergestoras.

Dessa forma, as esferas municipais resumem-se a “contar os procedimentos”, pois isso lhes garante repasse financeiro, mostrando que a gestão municipal de saúde preocupa-se com a produção de procedimentos e não com a produção do cuidado em saúde. Pode-se afirmar que é o “valor de troca” do procedimento que prepondera e não sua efetividade terapêutica e adequação à demanda. Nessa perspectiva, Merhy (2002) destaca que há uma lógica predominante nos processos de produção das ações de saúde – a da produção de procedimentos, que vem conformando modelos assistenciais. Ou seja, os modelos configuram-se mais como produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros), sem assumir compromissos com os usuários e suas necessidades. Assim, os processos produtivos voltam-se mais para objetos do que propriamente para que seria sua finalidade, a de produzir cuidados para que as pessoas vivam melhor.

Complementando essas reflexões, Merhy (2002) enfatiza que uma ação de saúde centrada na lógica da produção do procedimento irá se constituir somente pelos elementos que lhe são próprios, por exemplo, consultas, visitas domiciliares, aplicação de vacinas ou curativos, utilizando, principalmente, tecnologias duras e leve-duras. Os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho e, assim, configura um modelo contraditório com a missão do próprio SUS: o cuidado. Portanto, o direcionamento da gestão em saúde é para a produtividade quantitativa, e para a verticalização/fragmentação das ações. Particularmente, esse direcionamento repercute fortemente nas instituições de saúde, como no controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica, etc), na elaboração centralizada de programas e na ausência de comunicação, tanto entre serviços em relação horizontal de poder quanto entre os distintos níveis hierárquicos.

Diante disso, tratando-se da saúde das usuárias oriundas do meio rural, em nenhum momento identificou-se prioridades de gestão, entretanto, os municípios em

estudo, em sua maioria, apresentam população predominantemente rural. O que se evidencia é a simples reprodução do modelo assistencial, centrado na esfera da reprodução feminina.

*[...] para as **mulheres rurais, basicamente são ações de prevenção de câncer de mama, câncer de colo uterino e atenção ao pré-natal, principalmente, o atendimento às gestantes têm se destinado uma atenção especial** (COORD₂₅).*

*[...] **atendimento específico em política para gestante, especialmente para as gestantes rurais, ela vem aqui, ela vai ter um atendimento da gineco, do obstetra, ela vai ter o atendimento psicológico, ela vai ter o atendimento da nutricionista, ela vai ter o atendimento de serviço social e da enfermagem também [...]** “eu” ainda mobilizo mais, toda a equipe do posto terá atenção com a gestante, porque eu acho que quando inicia assim um trabalho de preparação nesse processo, amanhã ou depois, à medida que desenvolve a gravidez, já vem o parto, vem o bebê. Então eu acho que tem que começar por ali **sendo um atendimento adequado para essas mulheres da cidade e as do meio rural também** (GES₁₁).*

Essa lógica reflexiva introduz os papéis de gênero e as representações do feminino na sua condição biológica e nos seus atributos naturais. Essa representação tem, em seu princípio, relação direta com a capacidade natural da reprodução biológica e com as responsabilidades atribuídas à mulher na criação dos filhos, nos cuidados domésticos e com a família. As falas dos entrevistados enfatizam essa lógica e visibilizam a mulher rural na perspectiva reprodutiva, o que é reforçado pelas políticas de saúde instituídas. Essa visão reducionista encobre e mascara as possibilidades de compreensão ampliada da relação com a saúde e a doença. E para além do gênero, quais questões estão postas na perspectiva do rural com suas características próprias, isolamento, distâncias, cultura, entre outros?

Nem o gênero, nem o rural são incorporados como elementos norteadores da gestão em saúde, gerando lacunas que vão comprometendo a especificidade e a efetividade das práticas em diferentes momentos. A incorporação do gênero, por exemplo, torna-se fundamental para a reflexão sobre as influências das relações de poder e da situação feminina e masculina na perspectiva da vulnerabilidade à saúde. Portanto, concorda-se com Coelho (2005) quando o autor enfatiza que as ações públicas de saúde direcionadas às mulheres precisam considerar as especificidades do ciclo vital da mulher e os papéis a ela atribuídos socialmente, e que, a saúde extrapola o biológico e a função reprodutiva, havendo grande influência das relações

de gênero na qualidade da atenção recebida no sistema de saúde, lugar de implementação das políticas públicas.

Muitas ações locais de saúde reiteram e perpetuam desigualdades de gênero, reafirmando a posição tutelada e subordinada da mulher tanto no espaço público quanto no privado. Para Oliveira e Cavalcanti (2007), consolidar políticas públicas na área de gênero envolve desafios relacionados a vencer resistências internalizadas. São necessárias ações que minimizem essas resistências e que funcionem como correções nas distorções existentes, igualando os direitos entre homens e mulheres. Essas autoras salientam “que as políticas públicas voltadas para as mulheres são as que tendem a universalizar os seus direitos já legalmente instituídos, mas vivenciados por uma minoria privilegiada” (p.45).

Frente ao que foi analisado, pode-se sintetizar que as diretrizes que fogem às estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em nível federal, e o que não está posto enquanto “agenda biológica” não é visualizado como prioridade de gestão. Fala-se, aqui, sobre a total invisibilidade da violência nos depoimentos dos participantes deste estudo enquanto tema prioritário a ser trabalhado na dimensão das agendas locais de saúde. Poder-se-ia afirmar que “não existe” violência doméstica contra as mulheres urbanas e menos ainda para as rurais, considerando-se os olhares dos gestores e responsáveis pela saúde da mulher.

Analisaram-se, até aqui, os elementos do que é “dito e feito” na configuração de um quadro analítico para as diferentes dimensões da vulnerabilidade das mulheres dos municípios em foco. Parte-se, agora, para a análise do segundo elemento da vulnerabilidade programática a **transformação do compromisso em ação, planejamento e coordenação**. O tópico, assenta-se nas formas concretas de efetivação das ações direcionadas à saúde das mulheres rurais e ao enfrentamento da violência nesse cenário, tanto nas falas dos gestores e responsáveis pela saúde da mulher quanto nas proposições dos Planos Municipais de Saúde. Desmembra-se esse elemento em três eixos temáticos: *A Saúde das Mulheres Rurais - Agendas Locais ou “roteiros assistenciais” no Enfrentamento da Violência?* - *Planos Municipais de Saúde: como se formalizam ações de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais?*

7.2 Transformação do compromisso em ação – planejamento e coordenação

7.2.1 A Saúde das Mulheres Rurais

Desde a criação do SUS tem-se a preocupação com o planejamento e tentativas de institucionalizá-lo como componente fundamental de gestão. Assim, estabeleceram-se vários instrumentos normativos-operacionais, entre os quais os Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, enquanto abordagem teórico-metodológica do planejamento em saúde. As falas a seguir situam o lugar do planejamento das ações:

*[...] a gente está sempre **correndo atrás da máquina**. A gente passa atendendo pessoas, nós atendemos uma demanda muito grande. E a gente acaba deixando de fazer um trabalho de planejamento melhor, mais qualificado, mais abrangente, porque todo dia tem que atender aquela gama de pessoas. Nós atendemos mais de 10.000 pessoas por mês aqui. Metade da nossa população passa pelo sistema público de saúde, as vezes um caso grave tu fica dias para resolver (GES₄₅).*

*[...] **'cada dia apago um incêndio'**, às vezes um de manhã e um de tarde e às vezes tão formando fila, e a gente vai priorizando [...] **não é que pensar na saúde da mulher rural não é uma prioridade no nosso planejamento**, é sim, só que, vamos dizer assim, nós precisamos de recursos (GES₁₁).*

Conforme Vieira (2009), apesar de todas as iniciativas e estratégias de conduzir o planejamento no contexto da saúde, os serviços de saúde ainda funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e essa noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. A autora enfatiza que “subjete-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam” (VIEIRA, 2009, p.1566).

Refletindo-se sobre as falas dos entrevistados, evidencia-se que a forma de organizar a gestão ainda é predominantemente guiada por princípios administrativos tradicionais e ultrapassados, e passa-se o tempo todo improvisando e **apagando incêndios**. Ou seja, a agenda é lotada de problemas emergenciais, e não “sobra tempo” para o planejamento local.

Observa-se que os gestores, em sua maioria, direcionam sua atenção para uma demanda, aparentemente sem fim, por consultas de especialidades,

procedimentos, cirurgias, cobradas com aflição pelos usuários e com impaciência pelos profissionais de saúde. Como mencionado nas falas, muitas vezes, um evento grave em municípios pequenos em que se faz necessário o acesso ágil a um atendimento mais complexo, pode tomar um dia inteiro de trabalho direto e pessoal do gestor.

Os gestores municipais, em particular os dos municípios menores, como é o caso dos municípios em estudo, não contam com uma **equipe de gestão**, com capacidade e experiência para planejar, implantar políticas e avaliar os impactos da gestão em saúde. Isso sobrecarrega os gestores já responsáveis, em ritmo crescente por tarefas impostas pelas esferas superiores do sistema, e pelas demandas emergenciais e recorrentes que aparecem diariamente, resultantes da ausência de planejamento e de ações não resolutivas.

O **perfil profissional dos gestores**, além disso, é fator limitador no reconhecimento do planejamento como ferramenta de gestão. A maioria dos participantes tem formação fora da área da saúde e pouca experiência nesse cargo, o que dificulta um olhar ampliado sobre o entendimento e a compreensão da saúde, refletindo-se nas tomadas de decisões e na condução do processo de gestão, por isso mesmo fragmentado e compartimentalizado.

Esse conjunto de particularidades constituem múltiplas dificuldades de institucionalizar a prática de planejamento na lógica da organização do processo e gestão de serviços de saúde. Entretanto, o planejamento local em saúde é predominantemente atividade técnico-política fundamental para organizar o trabalho e forte instrumento para a gestão descentralizada, além de projeto institucional de compromissos.

Paim (2002), ao abordar questões relativas ao processo de institucionalização do planejamento em organizações públicas de saúde, cita a experiência da Secretaria Municipal de Salvador. Apesar do uso de metodologias de planejamento de caráter participativo, inspiradas no enfoque estratégico-situacional, e em momento político favorável, o autor observou que a experiência restringiu-se ao desenho de planos. Afirma que o planejamento não parece ter sido incorporado à vida institucional dessa organização nem ao processo de implementação das políticas públicas de saúde. Esse tipo de experiência reforça a dificuldade de inserção do planejamento na lógica da organização dos serviços de saúde.

Neste estudo, evidenciou-se que os gestores cumprem apenas a rotina burocrática imposta pela legislação infra-constitucional e as suas normas operacionais. O planejamento atrela-se aos documentos-planos pautados pela negociação inter-gestores tripartite, o que praticamente impede a participação ativa e efetiva das equipes de saúde e dos espaços “problemáticos” locais.

O nosso planejamento é conduzido a partir das pactuações que fazemos, visto as metas estabelecidas que precisamos atingir, assim cada profissional na sua especificidade tenta organizar as ações, por exemplo a vacinação se faz a pactuação e as responsáveis por esse setor propõem as ações (GES₃).

A fala explicita a forma **fragmentada de planejamento** que se restringe a uma dimensão ritualística para as formalidades na relação com as outras esferas administrativas do SUS, a fim de atender as exigências legais para o financiamento das ações de saúde. Salienta-se que as pactuações podem constituir-se no aperfeiçoamento da capacidade de governo no interior do SUS, mas para Matus (2000), para se atingir essa perspectiva são necessários investimentos dirigidos ao desenvolvimento de técnicas e métodos integrados de planejamento, programação e avaliação em saúde, a serem incorporados às práticas dos gestores, em um movimento consequente de formação em serviço.

Cabe mencionar um outro argumento que se contrapõe a essa forma de definição predominante nas falas dos gestores:

*[...] normalmente a gente planeja as ações de acordo com as situações de risco da população, e também a partir das necessidades da população. **Nós fizemos seminários de planejamento estratégico em cada uma das unidades básicas de saúde procurando levantar as necessidades da população, aquilo que eles entendem como problema e levantar também junto com a comunidade algumas soluções, a partir disso nós construímos o plano municipal de saúde, e ele possibilita nortear nossas ações. Também conta-se com a participação efetiva do conselho de saúde na organização e planejamento da saúde (GES₃₁).***

Evidencia-se, na fala acima, um olhar ampliado sobre o processo de planejamento em saúde, vindo de um gestor que tem formação específica na área da saúde voltada ao campo da saúde pública, o que pode indicar essa **compreensão de construção coletiva**, em que gestores, profissionais da saúde e comunidade são sujeitos integrantes, partindo das necessidades de saúde da população. Isso mostra um esforço compartilhado de organização, interação e diálogo, refletindo-se na ampliação do nível de politização das demandas e na

possibilidade concreta de expandir o nível de participação das comunidades na condução do planejamento em saúde.

No município ao qual pertence o gestor acima, durante a geração dos dados, observou-se um diferencial no que tange à preocupação dos gestores e profissionais em construir espaços de abertura para a participação popular, no sentido de envolver os usuários na condução das decisões, corresponsabilizando-os no processo de consolidação e fortalecimento do SUS. Constata-se, então, entre as gestões municipais em saúde estudadas, tentativas de gestão participativa e democrática. Para Assis, Pereira e Mishima (1997, p.56) essa forma de gestão configura-se por princípios organizativo-assistencial, e inclui a população, com suas diferentes representações, demandas e necessidades, e não somente direcionada à concepção "topográfica-burocrática", em que a proposta resume-se a uma "instância burocrática", num espaço "microrregionalizado". Essa forma de gestão constitui-se em estratégia não apenas "legalista" de efetivação e ampliação dos espaços democráticos que é a lógica dominante nos processos locais analisados.

Quanto ao planejamento direcionado à saúde das mulheres rurais não se evidenciou planejamento específico para esse grupo populacional, considerando-se demandas de mulher, trabalho, espaço e territórios.

*[...] especificamente para 'mulheres da zona rural nós não temos nada'. Mas acho que assim, eu nem sei se eu quero ter, assim, pontualmente [...] acho que a gente tem conseguido trabalhar algumas questões dentro da integralidade. Talvez quando a gente tiver com o trabalho mais focado, talvez a gente consiga resolver algumas coisas que incomodam a mulher e identificar outras. **Mas política pública local direcionada para saúde da mulher não tem. Saúde da mulher trabalhadora rural não tem** (GES₁₃)*

*Não existe, não existe. É uma boa ideia [risos]. Mas **não existe ainda, a gente não tem nenhuma ação específica direcionada para a mulher da área rural, não.** Já existe um pensamento nesse sentido no município, que a Secretaria de Assistência Social desenvolve um trabalho parecido, ela tem um encontro de mulheres que faz uma vez por ano. Então daí elas fazem esse encontro de mulheres, mas é promovido pela ação social e é bem genérico. É um encontro só, **mas não existe uma linha política para trabalhar a saúde da mulher na área rural** (GES₄₄).*

As falas referem-se a uma "negligência social difusa", como diz Minayo (2003), aqui representada pela ausência de ações dos gestores municipais de saúde na atenção à saúde das mulheres rurais. Ainda que se tenha proposições públicas

em nível federal essas são implementadas sem planejamento específico, e tampouco são propostas ações estratégicas a partir da situação local das mulheres rurais considerando vida e trabalho. Isso é reforçado na fala a seguir.

Pela vivência, é que eu vim do meio rural, eu coloquei para ti, mostra um retrato do que vive a mulher 'lá fora', ela ainda é bastante esquecida, sem dúvida nenhuma em termos de assistência em saúde (GES₁₁).

Essa fala atesta a **desassistência de saúde às mulheres rurais**, em que o rural aparece como sendo o “lá fora”, o que denota que esse contexto para o setor saúde é reconhecido como um “apêndice” ou um “não lugar”, pois pouco ou nada têm-se pensado e planejado considerando-se esse cenário, apenas se reproduzem pontualmente algumas ações em saúde, desconexas das dinâmicas de vida, saúde e trabalho próprias desse espaço. Pode-se inferir que o que está “**lá fora**” imprime um entendimento de que está longe do olhar da saúde, e por isso permanece oculto, o que agrava ainda mais a problemática da violência contra as mulheres rurais, justamente por também se colocar como fenômeno “externo” ou “fora” do campo de atuação da saúde.

Neste sentido, o mapeamento de ações direcionadas à saúde das mulheres rurais mencionadas pelos participantes evidenciou direcionamento aos atendimentos individuais restritos à situação biológica/reprodutiva, com procedimentos desenvolvidos por profissionais médicos, dentistas, enfermeiros e, em alguns municípios em estudo, com acompanhamento do agente comunitário de saúde.

[...] para saúde da mulher rural, sabe-se que ela é 'uma mulher muito judiada, da pele muito ruim'. Então, por exemplo, no verão, nós fizemos um projeto na praia, no balneário, com enfoque na questão do câncer de pele [...] a gente coloca a questão da prevenção mas assim, a gente reconhece que a mulher é judiada, a pele judiada, ela tem uma idade física diferente da idade que ela tem mesmo [...] pontualmente, para mulheres do meio rural, a gente trabalha com a questão de acesso, 'para aquelas coisas mais óbvias', prioridades, por exemplo, no atendimento (GES₁₃).

Temos para o interior o ônibus odontomédico que tem duas salas para médico e uma para dentista e tem 'um roteiro de atendimento'. Para médico: uma para clínica geral e outra para ginecologia. Que é levado para o interior e está sendo feito um levantamento naquelas zonas onde existe uma densidade maior de população, que serão os lugares onde a gente atende primeiro [...] "se faz um sorteio", porque se meter política no meio nós estamos ferrados, 'o fulano de tal, líder quer aqui o outro quer lá' (GES₃).

Observa-se, nas falas, que as ações de saúde para as mulheres rurais, são pensadas e organizadas desvinculadas das dinâmicas desse espaço/território e das demandas que esse contexto produz, sendo apenas instituída atenção à saúde “**para as coisas óbvias**”. Idealizam-se essas “coisas óbvias” no domínio comum das “doenças de mulheres”, ou seja, na dimensão do corpo biológico, e por entenderem que a mulher rural, pela jornada de trabalho excessiva e por se expor aos efeitos danosos dos raios solares, é reconhecida como “*judiada e de pele ruim*”. Com isso, programam-se ações que simplesmente reproduzem, no meio rural, o que é proposto para o urbano, sem considerar as especificidades do ambiente e as condições de trabalho dessas mulheres, além das dinâmicas de gênero no espaço sociofamiliar.

O que diferencia o rural do urbano na organização da assistência à saúde da mulher, em alguns municípios do estudo, é o “*roteiro de atendimento*”, ou seja, “para as mulheres rurais tem hora e local destinado ao adoecimento”, caso a demanda por atendimento ocorra fora desse cronograma e “cardápio”, elas permanecem desassistidas. Isso mostra que as mulheres rurais ficam condicionadas às ofertas do setor saúde e não às suas próprias necessidades, o que inverte a lógica preconizada pelo SUS. Pode-se afirmar que essa “modalidade assistencial”, em se tratando da abordagem da violência, “*não conhece a violência e nem se deixa influenciar por ela e, a violência não está na pauta dos roteiros*”.

Constatou-se, ainda, que a organização dos “roteiros de atendimento” nas comunidades rurais partem do princípio do “sorteio”, ou seja “*a saúde do sorteio*”, ou “*a sorte da saúde*”. Isso mostra a saúde como um jogo, em que as usuárias dependem da “sorte” para terem acesso às ações, passando-se, assim, a “*sortear saúde*”.

Chama a atenção o relato a seguir, pois o gestor destaca a necessidade de ações de cuidado à saúde da mulher rural, pois ela precisa estar “bem” para “atender as demandas de cuidado da família e dos seus deveres domésticos e da lavoura”. Essa preservação da saúde da mulher para que cumpra com as suas obrigações familiares e produtivas implica e induz, muitas vezes, ao uso de medicamentos desnecessários.

E a gente tenta assim trabalhar bastante a questão de apoio psicológico, porque a mulher rural tem muita depressão, nós temos medicamentos, há muito tempo nós já temos, por exemplo, a Fluoxetina, agora que entrou na rede, nós já temos há muito tempo

ela. A gente agora tá inserindo a Sertralina nos nossos medicamentos, nós não gostamos dos benzodiazepínicos [...] a gente entende que a mulher, principalmente a mulher rural é o eixo (família) e 'precisa estar bem', pois é ela que faz o pão, ela quem faz a comida, ela que lava a roupa e ela ainda ajuda na lavoura (GES₂₃).

As mulheres rurais são vistas predominantemente a partir de sua “função” no espaço familiar e doméstico, são pensadas na dimensão em que afetam a família e a produção agrícola com reflexos na sociedade como um todo: compreende-se a mulher centralizada no papel social de mãe, cuidadora, e “eixo” do núcleo familiar, ou seja, atribuem-lhe o “valor” instrumental, da “mão-de-obra” feminina qualificada pluralmente e a serviço de tudo e de todos.

Observa-se que as ações de saúde dirigidas à mulher são resultado, em primeiro lugar, da sua condição/situação de gênero, influenciadas por diretrizes da política nacional de saúde e dos programas federais que não consideram as assimetrias de poder assentadas nessa “condição” como influentes na saúde, mas os impactos potenciais das ações na manutenção da saúde da mulher para a garantia da reprodução, tanto biológica quanto sociofamiliar.

Reflexões de Saffioti (2003, p. 32) mostram que a dificuldade maior de analisar o sofrimento de bilhões de mulheres no mundo e de milhões no Brasil, deriva do fato de que os eixos das relações de gênero, do racismo, e do capitalismo não são paralelos, mas entrecruzados, “os três eixos estão sempre presentes, contribuindo para, ao longo da vida, formar subjetividades, para matar algumas, construir outras”. No entanto, esses eixos (gênero, racismo, capitalismo), conforme as falas dos participantes, não balizam a gestão dos serviços e da atenção em saúde.

Nesse sentido, pode-se argumentar que o reconhecimento das assimetrias de gênero na construção das agendas locais de saúde e a compreensão das desigualdades de gênero e sua transversalidade de classe, etnia e outras singularidades do rural, por exemplo, o trabalho feminino, são condições para o exercício e a ampliação dos direitos sociais nas várias dimensões da vida das mulheres.

Pode-se ilustrar uma especificidade dessa problemática, nos municípios em estudo, através dos 26 assentamentos rurais. As ações locais de saúde destinadas às mulheres nos assentamentos, especificamente, se submetem às piores

condições de acesso e oferta de serviços, muitas vezes, mais restrito que para as demais mulheres rurais.

[...] como vou te dizer nos assentamentos rurais, o atendimento é igual nas outras áreas rurais. Nós temos aqui quatro assentamentos e esses assentamentos cada um tem a sua agente de saúde, então elas é mais fácil estão perto e conhecem a comunidade. Inclusive, não sei se por causa disso, mas justamente essas que trabalham nesse meio são muito bem qualificadas, e também são assentadas (GES₄₅).

Os atendimentos nos assentamentos 'fazem parte do roteiro de atendimento', não tem diferença [...] como tem cada localidade, faz parte do roteiro os assentamentos também. E o que a gente nota mais assim é o pré-natal que as mulheres de assentamentos fazem. Elas engravidam muito, bem mais que as mulheres das outras áreas rurais. A gente até tenta conversar depois, orientar, mas voltam a engravidar (COORD₂₅).

A primeira fala mostra que a responsabilidade em conduzir as ações em saúde nos assentamentos rurais recai sob os agentes comunitários de saúde, dizendo que a responsabilidade esgota-se na existência desses trabalhadores em saúde. A inserção dos ACS nas equipes de saúde, em muitas situações, ocorre na posição de “para-raio”, ou seja, lhes é atribuído o compromisso de enfrentar solitariamente as situações-problema de suas comunidades. No caso da violência, é ainda mais expressiva essa atribuição, justamente por entenderem que pela proximidade que os mesmos têm com as famílias e a comunidade, são vistos como responsáveis por intervir. Neste sentido, muitas vezes não contam com apoio e suporte da equipe, resultando em ações não resolutivas e isoladas.

Observa-se que os atendimentos à saúde nos assentamentos rurais também integram a modalidade do “roteiro de atendimento”, o que coloca esse local como parte comum do cenário rural, desvinculado de suas necessidades singulares em saúde, o que resulta em ações não efetivas e que reproduzem uma assistência a saúde desigual em termos de oferta (acesso) e acessibilidade, e não considera as particularidades do meio.

Na última fala acima transcrita constata-se o vínculo entre ser “mulher assentada” e a expressão “engravidam muito”, o que mostra uma visão duplamente estereotipada, em que a maternidade “irresponsável” acompanha essa difícil situação de vida – maternidade como único destino dos corpos femininos. Essa concepção é preconceituosa e não considera problemas enfrentados pelas mulheres que estejam determinando a escolha de gestações múltiplas ou mesmo a submissão a elas sem escolha.

Esse entendimento e compreensão de “mulher assentada” reforça a abordagem da assistência à saúde centralizada na dimensão reprodutiva, desconsiderando os elementos relacionais, contextuais e da condição de gênero nesse cenário. Em se tratando da maternidade, toda a invasão é permitida, pois são corpos destinados a parir os filhos para o Estado, para o capital, para o mercado de trabalho, para a família. Nessa direção, as problemáticas situadas em “outras” dimensões que não a biológica, não são introduzidas nas agendas em saúde e tampouco são pensadas em termos de especificidades locais. Resta saber se essa realidade epidemiológica é fato. Não se tem elementos para confirmá-la e nem que justifique a permanência de ações pautadas no cardápio clássico materno-infantil.

Esse modo de olhar para o problema demonstra atitudes que parecem resultar da desresponsabilização com os princípios e diretrizes do SUS, especialmente quanto à dimensão da saúde enquanto direito de cidadania. A reprodução de ações que não consideram aspectos sociais, econômicos e estruturais que constituem os assentamentos rurais resulta em “assistência” e não em “atenção à saúde”, tecnicamente precária e insuficiente.

Esse “recoo de responsabilidades” frente às primazias do SUS pelo setor público, também foi identificado em estudo desenvolvido por Leite et al. (2004) que analisou o impacto dos assentamentos sobre o meio rural brasileiro, avaliando vários elementos: mundo social dos assentados, produção nos assentamentos, infraestrutura (serviços de saúde), entre outros. A pesquisa mostrou, no campo dos serviços de saúde, a existência de unidades de saúde em apenas 21% dos assentamentos, com maior concentração no Pará. Segundo esse estudo, a maioria das unidades de saúde foi instalada por pressão dos assentados, considerando as distâncias dos assentamentos em relação aos centros urbanos, e também a precariedade do atendimento à saúde.

Em estudo similar, Scopinho (2010) buscou compreender os sentidos atribuídos pelos trabalhadores à saúde-doença e às práticas de saúde desenvolvidas em um assentamento rural, encontrando que apesar dos trabalhadores terem melhores condições para trabalhar, se alimentar e viver com segurança, a saúde, como direito social, era ainda um ideal e não havia práticas coletivas que avançassem nessa direção. O estudo mostrou, ainda, que o cuidado com a saúde desenvolvia-se a partir de uma rede de atenção improvisada, voltada para o emergencial e mal amparada por práticas complementares que,

desenvolvidas no âmbito individual, nem sempre conseguiam satisfazer as crônicas necessidades.

Frente aos achados, pode-se argumentar que, apesar do planejamento configurar-se em ferramenta para a gestão em saúde, observa-se, nos municípios em estudo, as limitações e as fragilidades da gestão em utilizar essa ferramenta, principalmente, pensando nas especificidades e nas dinâmicas socioculturais das comunidades rurais, o que tonifica a vulnerabilidade programática dessas comunidades na dimensão da saúde pública.

Esses olhares críticos, constituídos a partir dos diferentes estudos citados e outras experiências práticas, impulsionam o aprofundamento dos nós críticos da assistência à mulher rural em dimensões outras que não as clássicas abordagens do período reprodutivo.

7.2.2 Agendas Locais ou “roteiros assistenciais” no Enfrentamento da Violência?

O processo de descentralização configura-se uma das diretrizes básicas para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e tem se constituído em estratégia definidora de “uma nova agenda” para o setor. Atualmente, esse processo é fortemente marcado por incertezas quanto ao seu alcance e implicações, mas tem revelado um campo fértil para algumas experiências municipais inovadoras e diversas, tanto no aumento da oferta de serviços, quanto na reorganização do modelo assistencial.

Nesse cenário, Senna e Cohen (2002) reforçam que o deslocamento do processo decisório para os municípios introduz um conjunto de incertezas e acarreta impactos, os mais diversos, na organização dos serviços. Assim, tem-se verificado no enfrentamento da violência contra as mulheres experiências exitosas no tocante à ampliação do acesso aos serviços e redefinição do modelo assistencial em nível local, mas também que a maioria dos serviços de saúde permanecem com o padrão de organização da atenção à saúde centralizado na doença, sem reconhecer a violência enquanto problema de saúde, e da saúde pública em particular, deixando de considerá-la. Nessa perspectiva, nos municípios em estudo identificou-se a inexistência de agendas locais em saúde direcionadas à violência contra as mulheres rurais. Nas narrativas aparecem apenas algumas estratégias pontuais

vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ao Programa de Prevenção da Violência (PPV).

*Saúde da mulher hoje em dia para nós, existe uma preocupação muito grande dos governos em relação ao câncer, que é o que eu observo, então existe muita política nesse sentido. Prevenção do câncer do colo do útero, câncer de mama [...] **não enxergo, uma gestão, uma política pública no sentido de proteção à mulher em relação à violência ainda efetiva, e ainda mais em relação às mulheres rurais [...] aqui no município ainda não existe nada estruturado para esse problema**, e creio que quando existir, também tem que vir junto com essas políticas os recursos pra gente poder aplicar, e aí eu falo de recurso humano e financeiro, evidentemente (GES₄₄).*

*[...] **não, efetivamente não tem nada estruturado a nível local para as mulheres rurais**. A saúde acaba se fragmentando de uma forma ou de outra, apesar da gente tentar o contato e vínculo com todas as equipes, não sei se eles trabalham isso de alguma forma específica no CAPS, mas eu acredito que não, pois acredito que ainda a violência não aparece tanto na saúde, **'mais na área da segurança'** (COORD₅₁).*

As falas revelam que gestores e responsáveis pela saúde da mulher consideram a violência problema de saúde mental e de segurança. Mesmo que se tenha avanços quer sejam legais (políticas e normativas) ou da proposição da gestão local dos serviços e de práticas de cuidado para as mulheres em situação de violência, pouco se somou em termos das competências e das responsabilidades dos gestores em nível local.

Os achados atestam, ainda, a “transferência de responsabilidade” dessa problemática do setor saúde, para o setor da segurança. Essa “transferência” resulta na não inclusão da violência nas prioridades em saúde e reflete-se no entendimento de que a violência é de “outra esfera”, o que legitima a exclusão desse problema dos atendimentos às usuárias rurais que buscam “refúgio”, muitas vezes, nos serviços públicos de saúde.

Isso mostra que o setor saúde ainda “empurra” a violência contra as mulheres “para outro lugar”, e quando intervém direciona-se somente às lesões resultantes. Isso agrava-se ainda mais para as mulheres rurais, justamente pelas limitações desse setor em reconhecer o cenário rural enquanto espaço de cuidado com suas singularidades e dinâmicas próprias.

Nesse cenário, foi mencionado pelos participantes dos cinco municípios que possuem ESF, porém insuficientes para a cobertura de toda a extensão rural, que as estratégias propostas enquanto agenda de intervenção/enfrentamento da violência,

limitam-se às próprias Estratégias de Saúde da Família das áreas rurais, conforme aparece nas falas.

A gente trabalha nas equipes de Saúde da Família das áreas rurais, é o agente de saúde que vai nas casas, o técnico em enfermagem, a enfermeira, o médico que também realizam visitas domiciliares, se tu identificar aonde tem essas situações pelo menos as mais graves de violência. Espera-se de uma equipe de Saúde da Família das áreas rurais que eles possam intervir e atuar, nos casos de violência contra a mulher, inclusive possam sentar com as pessoas, se tiverem um bom vínculo com a família, e discutir isso com o casal. Além da atuação da equipe de Saúde da Família nós também temos, começamos agora faz um mês, o matriciamento da saúde mental, então como nós temos três CAPS aqui na cidade, nós criamos uma equipe que é composta por uma psicóloga e por uma psiquiatra que estão fazendo esse vínculo com as equipes de Saúde de Família das áreas rurais também e os CAPs (GES₃₁).

[...] sabe que no momento que a gente conseguiu inserir as equipes de saúde da família no interior, no momento que a gente botou profissionais trabalhando lá, no momento que tu dá acesso a elas poderem conversar, eu acho que já foi assim indiretamente, talvez nem pensamos nisso, e colocou isso pensado em saúde geral. Mas eu acho assim que muita coisa a gente percebe que já mudou porque elas começam a participar de grupos, começam a ir nem que seja só de hipertensos, diabetes, mas elas já saem de casa com outro propósito que não é só a consulta, que não é sair para ir ao trabalho, elas saem para conversar (COOR₄₂).

A ESF, insere-se no cenário da saúde com o propósito de reorientação do modelo assistencial vigente, num trabalho interdisciplinar de atuação, com foco na promoção da saúde e no usuário enquanto sujeito do cuidado. Conforme Andrade e Fonseca (2008), busca-se a superação do diagnóstico de necessidade para se integrar à voz do outro, mudando a relação de poder técnico-usuário, visualizando a mulher enquanto ser social, com vida plena e digna. Dessa forma, e de acordo com as falas acima, vislumbra-se esse potencial da estratégia, colocando-se em condição de criar e propor, a partir do território de atuação, formas locais de intervenção/enfrentamento desse fenômeno.

Nesta perspectiva, à medida que a ESF caracteriza-se como espaço de promoção da saúde tem sob sua responsabilidade questões como a violência contra as mulheres rurais, potencializando espaços reflexivos e de articulação de estratégias de enfrentamento com os demais serviços do setor saúde e com as instituições da sociedade civil. No entanto, a cobertura e, conseqüentemente, o alcance dessas ações limitam-se em número, extensão e qualificação para a ação.

Na primeira fala acima, o gestor menciona que, dada a complexidade dessa problemática e das suas contradições de compreensão, estabeleceu serviços de apoio matricial para uma abordagem de intervenções interdisciplinares e intersetoriais. Esse olhar mostra uma visão da ESF não como “super-heroína” ou “estratégia salvadora”, mas que tem papel relevante diante dessa problemática, sendo necessária uma rede de atenção para o diálogo entre/intra saberes, a fim de estabelecerem-se projetos terapêuticos e de atenção mais amplo para as mulheres rurais em situações de violência.

O município em que pertence o gestor acima apresenta uma cobertura de ESF de quase 90% da comunidade rural, porém não é relegada, exclusivamente, à equipe dessas estratégias a responsabilidade de resolutividade das demandas, pois o município conta com uma estrutura de serviços de apoio que dão suporte para as demandas que fogem as especificidades de saberes e práticas das equipes. Na atenção às mulheres rurais vítimas de violência, esses serviços têm buscado certa articulação com as equipes rurais na tentativa de dar suporte em todos os sentidos a essas mulheres, para que se sintam acolhidas e tenham as condições necessárias para romper com as situações violentas. No entanto, observou-se nos relatos e na pesquisa local que essas tentativas ainda são muito incipientes.

De acordo como Conill (2008), pode-se entender que a ESF não se constitui uma espécie de “cavalo de Tróia”, tampouco representa a garantia de uma “travessia messiânica” para os problemas do SUS. Muitos e importantes aspectos já são suficientemente visíveis com o acompanhamento e os estudos de sua implementação para que se realizem ajustes necessários, os quais não são somente específicos da ESF, mas dizem respeito a um conjunto mais amplo de questões que vêm marcando historicamente o padrão da oferta dos serviços de saúde no Brasil. Assim, pouco se pode esperar em relação às ações não programáticas ainda não reconhecidas como assunto de saúde, como a violência.

As evidências atuais apontam para uma “discreta” mudança nas ações da ESF em relação às atividades de unidades tradicionais. No entanto, desvenda-se importantes fragilidades, em que o acesso permanece como um grande nó crítico, dificuldades na estrutura física e no quantitativo de equipes, na capacitação e qualificação para o trabalho, nas fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços. A responsabilização dos ACS, por tudo o que escapa aos protocolos, é outra característica frequente na ação das equipes. Assim, são responsáveis por

detectar ou não sinais de violência, o que os coloca em uma posição de “diagnosticar” ou dar legitimidade diagnóstica aos eventos relatados ou não pelas mulheres. Neste sentido, atuam como desencadeadores, de processos de cuidado. A escuta e o reconhecimento do sofrimento das usuárias e usuários, e o acionamento de outros níveis de atenção condiciona-se a sua (do ACS) capacidade de transformar as queixas ouvidas em demanda para a saúde.

Quanto a menção do PPV (Programa de Prevenção da Violência) dentre os oito municípios em estudo três se referem à sua implementação enquanto ação pontual.

[...] temos o Programa de Prevenção da Violência, e estamos fazendo capacitações com professores, com a área de educação, com a área da saúde por meio das equipes de PSFs, dos enfermeiros da rede, de todos os profissionais da rede. Para que a gente possa por meio de orientação capacita os profissionais e eles levam para meio rural, discussões sobre a violência contra a mulher. Através das escolas, fazendo educação em saúde (GES₂₇).

O município entrou no ano passado no Programa de Prevenção da Violência, o PPV, nós entramos entre os 50 municípios com maior incidência de violência no estado [...] nós elencamos aqui as áreas que a gente vai trabalhar, mas não são áreas da zona rural, são principalmente de zona urbana, porque nós vimos assim, as principais áreas aonde a gente tinha conflito, principalmente em cima dos relatos das delegacias de polícia e daquilo que a gente tem de atendimento no CAPS AD e no CAPS Infantil. Então são áreas aqui da zona urbana (GES₃₁).

O PPV é um programa da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, que propõe ações intersetoriais de enfrentamento da violência, no entanto esse programa parte de uma área-piloto nos municípios para sua implementação, e constata-se que nos três municípios citados a área piloto centra-se no espaço urbano. Na primeira fala acima transcrita, a gestora destaca que, mesmo sendo área-piloto urbana, são propostas estratégias que contemplam o cenário rural, por meio da qualificação dos profissionais de saúde para atuarem nos espaços escolares em ações de educação em saúde, visando a redução da violência, particularmente contra as mulheres.

Os municípios deste estudo que contam com esse programa são os que apresentam maior população, e, entre os municípios do Rio Grande do Sul são os que mais registram violência. Observou-se pouco envolvimento do setor saúde nesse programa. Em um dos municípios, o gestor não tinha conhecimento de quem era o responsável pela participação da saúde no referido programa. Isso mostra que

as estratégias organizadas nos níveis estadual e federal, muitas vezes não se tornam efetivas e resolutivas na esfera municipal, talvez em decorrência das dificuldades de articulação e capacidade da gestão em nível local.

Dois gestores destacaram a existência em um dos municípios da Coordenadoria da Mulher e, em outro, o Centro de Referência especializado no atendimento à violência. No município que possui a Coordenadoria da Mulher evidenciou-se que, mesmo incipiente, são desenvolvidas algumas discussões juntos aos trabalhadores da saúde, e também com a comunidade possibilitando reflexões e questionamentos sobre esse problema. Conforme a fala a seguir, essa Coordenadoria busca propor um trabalho em rede, conjugando esforços de entidades governamentais e entidades não-governamentais, atuando no enfrentamento à discriminação e à desigualdade de direitos aos quais as mulheres são submetidas.

*[...] temos juntamente uma parceria com o CRAS, com a secretaria da saúde e com a educação a **coordenadoria da mulher**, faz pouco tempo que a gente instituiu, é para trabalhar nesse sentido aí de prevenção, de seminários, de orientações. Foi feito um seminário e a gente notou que uma grande maioria não tinha conhecimento da Lei Maria da Penha [...] a gente levou uma advogada lá para dar a palestra, a gente levou as enfermeiras para falar sobre câncer de colo, sobre câncer de útero. **Então a coordenadoria da mulher é para trabalhar em vários setores, e para a prevenção, especialmente da violência e abrange as mulheres rurais** (GES₂₃).*

*Nós temos um **centro de referência especializado**, que atende abusos sexuais e todas as situações de violência tanto contra a mulher como a criança e recebe também as mulheres vítimas de violência das áreas rurais, mas tem ainda muitas fragilidades (GES₂₇).*

O Centro de Referência citado possui papel de articulador das instituições e serviços governamentais e não-governamentais que integram a rede de proteção à mulher, sendo facilitado o acesso a esses serviços às mulheres em situação de vulnerabilidade, em função de qualquer tipo de violência ocorrido por sua condição de mulher. Porém, nesse município, observou-se que essa problemática é vista e tratada de maneira desarticulada pela gestão, e esse serviço não está em consonância com os demais, resultando em mais um serviço sem articulação e resolutividade, fragmentado e isolado de tentativa de enfrentamento. Esse serviço é destinado prioritariamente às demandas da área urbana, em detrimento das especificidades das áreas rurais, mesmo que no rural se encontre a maioria da população do município.

Observa-se, nesses municípios, que tanto a Coordenadoria da Mulher quanto o Centro de Referência no atendimento às mulheres vítimas de violência, apresentam certas barreiras de atuação, limitando-se ao acolhimento e à orientação. Essa limitação ocorre, muitas vezes, pela falta de políticas públicas locais articuladas que ofereçam respostas eficazes para as mulheres nessas situações, de modo que muitas ocorrências ainda são resolvidas na boa vontade, no imprevisto e no caso a caso. Além disso, a fragilidade de articulação da rede, e as respostas limitadas, reduzem as possibilidades de um desfecho rápido, que garanta a segurança e a preservação dos direitos das mulheres rurais.

Assim, constata-se que a existência dessas iniciativas isoladas de atenção à violência contra as mulheres nos municípios, mostram que ainda não foram incorporadas politicamente à agenda local de atenção à mulheres rurais em situação de violência. Por essa razão, reconhece-se a permanência de iniciativas isoladas, implementadas sem a compreensão da complexidade do “lidar” com as situações e suas singularidades, e as consequências relacionadas a essa problemática.

A ação em saúde para as áreas rurais, especificamente a direcionada à violência contra as mulheres, novamente aparece como um “apêndice”, pois as iniciativas apontadas estão direcionadas ao contexto urbano, e apenas relatam-se algumas tentativas de transpor essas estratégias para o rural, sem articulação e planejamento específico para esse cenário.

Em relação a essa temática, chama a atenção o conteúdo da entrevista a seguir, em que o participante menciona a dimensão da organização das ações em nível da gestão para as mulheres rurais vítimas de violência como sendo algo pre-estabelecido e fragmentado, “*é muito automático aqui na secretaria cada uma faz sua parte*”,

*Porque tu te dá conta da violência que alguma mulher rural sofreu e daí tu já vai providenciar a questão do atendimento de saúde mental, tu vai encaminhar elas, dependendo da violência, tu vai dar um encaminhamento **que é muito natural isso assim para nós e eu já estabeleci algumas coisas [...]** assim, já vem a diretora da assistência social, ela, eles não têm comida, providencia cesta básica, as crianças estão mal-vestidas, a psicóloga conversa, ela tem que fazer uma laqueadura, isso é um problema, a psicóloga já avalia, já encaminha para assistente social e a gente já fala com o médico (GES₁₃).*

Essa fragmentação e compartimentalização das respostas a essas mulheres estão arraigadas na concepção dominante de trabalho em saúde, o que na maioria

das vezes, é tomado como caminho natural. Trata-se de uma visão parcelar e protocolar dos problemas, com isso, cada área de saber (especialidade) propõe sua parte na terapêutica, promovendo intervenções isoladas, ou seja, a segmentação da saúde em que cada “pedaço” seria de responsabilidade de um especialista de uma pasta, cada âmbito pertence à competência de um setor profissional e ninguém se responsabiliza pelo todo. Além disso, essa visão “pré-definidora” das condutas mostra a forma tradicional e normativa de conduzir a gestão. Isso foi possível evidenciar em vários momentos da fala acima, revelando certa “posse” ou “poder” verticalizador garantido pelo cargo.

Observa-se, assim, uma visão que se pode denominar, segundo Cecilio (1997, p.470), de “racionalizadora” e “técnica”, à medida que as pessoas reais, com suas angústias e sofrimentos passam a ser vistas, no jargão tecnocrático, como espécie de “agentes” dotados de comportamentos previsíveis, que deverão ser enquadrados a partir dessa racionalidade exterior.

Nessa perspectiva, Mendes (2010), ao realizar uma análise dos sistemas de atenção à saúde, identificou que eles são dominados pelos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. O autor salienta que os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam mediante um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis (uns com os outros) e que, em consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população.

Evidencia-se, para além da **fragmentação do cuidado**, a **não compreensão das necessidades e dos desejos dessas mulheres e o respeito as mesmas como sujeitos de direitos**, além de sujeitos na construção coletiva do projeto terapêutico – apenas institui-se um cardápio de opções de encaminhamentos, o que é restrito pela própria capacidade tecnológica dos serviços de saúde.

Reforçando a fragmentação das ações em nível da gestão, alguns gestores salientam que possuem, nos serviços de saúde, um profissional psicólogo para atender a esses casos, enfatizando esse olhar psicologizante como ação prioritária na assistência.

Temos disponível o atendimento da psicologia, tem duas psicólogas que atendem diariamente no município, e atendem as

mulheres rurais também, esse profissional consegue entender os problemas mais complicados das mulheres, pois consegue entender o que realmente está acontecendo (GES₁₁).

Além do que já falei, nós também temos uma psicóloga que atende essas mulheres, ela faz atividades de grupo e também individual, então se encaminha essas mulheres para esse atendimento, e se precisar acionar outro profissional ela acaba fazendo, acho fundamental o psicólogo para conversar com as mulheres vítimas de violência (GES₄₅).

Nessa dimensão, as respostas observadas frente as situações de violências são, predominantemente, repassá-las para psicólogos “que entendem os problemas mais complicados dessas mulheres”, sendo essa uma intervenção isolada, sem vinculação com outras demandas de saúde. Essa intervenção denomina-se *psicologização* (D’OLIVEIRA, 2000) do problema da violência, que também é uma forma de não enfrentamento amplo das situações pelos serviços de saúde. Problemas “mais complicados” são para a saúde mental, como se “mental” fosse uma definição/solução síntese para as situações.

Essa constatação fundamenta-se no fato de que psicólogos ainda são vistos como profissionais eminentemente ‘especialistas’, alicerçados nas teorias clínico-terapêuticas de caráter essencialmente curativo, em que predomina a psicologia clínica. Assim, faz-se uma “psicologização” desse fenômeno, sem que se reconheça sua constitutividade social e suas amplas repercussões em diferentes e múltiplos aspectos da vida das mulheres e da sociedade. Assim, se produz e fortalece o limite entre o sofrimento humano “normal” e a patologia, segundo D’Oliveira (2000) esse processo de psicologização chama a atenção de que ele é a medicalização do mental, recorre-se aos cuidados técnicos para sofrimentos que não necessariamente devam ser resolvidos nesse plano. Soluções da vida prática, muitas vezes, são as adequadas, basta que existam como possibilidade na saúde ou em outro setor de intervenção. Esse processo poderia ser denominado de “farmacologização” da violência para a qual se institui diagnóstico cabendo uma solução medicamentosa.

Não se trata de negligenciar o papel do profissional psicólogo nas respostas às mulheres rurais vítimas. O que se questiona é como a gestão dos serviços acaba inserindo esse profissional nas agendas locais, sem dimensionar suas possibilidades de atuação. Não se constituem, neste sentido, como *lócus* de saber na produção de diferentes conhecimentos para ampliação do foco de trabalho no âmbito da violência, constituindo laços diferenciados de interação entre as diversas áreas da

saúde, mas apenas em executores de uma ação parcelar e neutralizadora dos “sintomas” da violência.

Chama a atenção, também, além do enfrentamento da violência na dimensão “mental” que a maioria dos participantes, quando menciona as proposições da agenda local, faz referência à responsabilidade e ao compromisso dessa problemática à Secretaria de Assistência Social, especificamente à figura do assistente social.

[...] nossa, essa era a entrevista que vocês tinham que fazer com a Secretária de Ação Social aqui do município. E eu acho que em todos os municípios, sabe por quê? Porque eles convivem mais com os problemas de violência com as mulheres rurais e não é problema de saúde, é problema de, vamos dizer assim, ‘a forma de viver, a forma de se sustentar, que repercute na saúde’ [...] eu como secretário da saúde tenho dificuldade de ir buscar o problema lá no meio rural, quem tem que ir buscar é a minha assistente social que trabalha aqui, mas a maioria delas trabalha lá na Secretaria de Ação Social (GES₃).

[...] não sei se tu chegou a falar com o nosso serviço social. Elas têm a ‘incumbência de prestar esse tipo de trabalho’ e eu to dando todo o apoio inquestionável, tenho cobrado inclusive elas nesse sentido, de que esse apoio, esse tipo de trabalho de fazer a busca. ‘Ah ficou sabendo, a situação está assim e assim’, ‘mas ela não veio’, ‘tudo bem, então vamos lá’ (GES₁₁).

A primeira fala atesta o que já vem sendo reiterado ao longo do texto: a violência contra as mulheres rurais não se coloca enquanto problema de saúde, pois esse fenômeno é vinculado fortemente às condições de vida das mulheres, sem considerar as assimetrias de poder nas relações homem-mulher resultantes de processos sociais mais amplos, como determinantes nos atos de violência, o participante diz apenas que essa problemática é resultado da forma de viver do “ser mulher”. Isso mostra um olhar restrito, e que reafirma a dimensão de culpabilização da mulher por esses eventos, quando o gestor menciona que é um problema relacionado “a forma de viver”. Essa compreensão, leva ao ocultamento desse agravo, e, dificilmente, considerando-se essa compreensão, colocar-se-á a violência como demanda a ser inserida nas agendas locais de saúde.

Reforça-se, ainda, a clássica percepção do poder público de que a violência contra as mulheres rurais não se constitui problemática da saúde e da saúde pública, em particular, desvinculando-se de suas responsabilidades, como evidencia fortemente a primeira fala. A dimensão pessoal e “moral” que essa problemática representa isenta o setor saúde de suas responsabilidades, pois a sustentação das

práticas que prevalece nesse setor é alicerçada em eventos que afetam “o corpo biológico”.

O serviço social insere-se nesse campo de atuação como potencializador das redes, sustentando ações que complementam e fortalecem a atenção às mulheres rurais vítimas de violência, pois intervém diretamente na realidade social dos sujeitos e tem como pressuposto de atuação a articulação do trabalho em redes. O repasse da responsabilidade de intervenção/enfrentamento desse fenômeno ao serviço social e às assistentes sociais, em particular, expressa o descompromisso da gestão pública em saúde com a inserção dessas ações enquanto política norteadora e difusora dos direitos humanos e de cidadania das usuárias. E mais: o fato de “as” assistentes sociais serem mulheres predominantemente, aponta para uma “naturalização” da sua qualificação para atenderem e resolverem esse tipo de problema.

No que se refere às redes de atenção, observou-se, nas falas sobre as agendas locais, relações de apoio do serviço social (CREAS, CRAS), do Conselho Tutelar, da Emater, da Segurança Pública, entre outros setores. Salienta-se que mesmo assim, esses serviços não se constituem uma rede de atenção, pois não ocorrem interfaces entre os segmentos, acabam sendo apenas suportes, retaguarda, “fragmentos” de apoio.

[..] poderia dizer que nós temos juntamente uma parceria com o CRAS. Também tem o Conselho Tutelar quando envolve menores, e o conselho é bem atuante nesse sentido, e muitas vezes é o conselho tutelar que convence as mulheres, e também as do meio rural a ir na delegacia fazer a denúncia. Então também tem o suporte da delegacia nesses casos (GES₂₃).

[...] têm alguns setores que dão suporte às vítimas de violência, mas no entanto, chega um momento dessa rede que não funciona. Para nós aqui no município pequeno tem as equipes de Estratégia da Saúde da Família, tem o CAPS, tem o pronto atendimento, tem o hospital, tem o CRAS a gente conhece todos os profissionais que trabalham, e mesmo assim em algum momento essa rede falha, pois cada um faz um pedaço, e as vezes ações repetidas por não ocorrer um diálogo comum entre esses segmentos (COORD₅₁).

Constata-se que os serviços, sejam eles do setor saúde ou dos demais setores, não se comunicam, têm lógicas próprias e distintas, sendo que o eixo de sua organização, muitas vezes não tem no seu centro a política como norte e as necessidades de saúde dos usuários como balizamento, atuando de modo

desarticulado. Essas dificuldades são materializadas possivelmente pela inexistência de uma rede efetiva de atendimento e de uma política integrada entre as esferas de governo. O “visível” é a desarticulação dos serviços disponíveis, resultado do esforço espontâneo e de alguns indivíduos e setores.

Em seu estudo Santos e Vieira (2011) buscaram conhecer as organizações envolvidas no atendimento de mulheres em situação de violência, considerando a rede de agências e equipamentos sociais disponíveis. Os achados desses autores corrobora os achados do presente estudo, em que os operadores sociais ouvidos, embora tenham se mostrado sensíveis a essa questão, não formularam, de fato, um pensamento em rede. Os autores destacam que de maneira geral, a organização entre os serviços pauta-se por uma concepção de cuidado desarticulado frente à situação da violência contra as mulheres. Dependendo da dimensão com que se focaliza o problema, há um ou outro serviço que se propõe a lidar com a questão, mas sem se articular aos demais setores. Pode-se afirmar, assim que não é possível haver articulação em um “não senso”, ou seja, “se a violência não é da saúde porque está deveria balizar ações”?

Reiteram-se as palavras de Faleiros (1999, p.25) quando afirma que “a rede é uma articulação de atores em torno [...] de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética”. Assim, a construção de redes de atenção para o enfrentamento da violência contra as mulheres em cenários rurais, apresenta-se como estratégia desafiadora e exige extrapolar e deslocar ações individuais dos profissionais para as usuárias, criando possibilidades de aumentar a participação dos sujeitos na implementação de soluções.

Avançando na problemática local, muitos entrevistados mencionaram as dificuldades de construção e consolidação de ações para esse contingente populacional de forma geral. A dificuldade mais citada centra-se em barreiras físicas, no caso, a distância geográfica.

[...] é a distância, o deslocamento, a distância. O nosso município são mil e seiscentos quilômetros quadrados, é muito extenso. Então a dificuldade, pois temos roteiros de atendimento e às vezes mesmo não conseguimos, como na semana passada, nessa segunda-feira choveu muito. Na terça tinha atendimento médico, os enfermeiros do interior não puderam ir devido a estrada, que chove e alaga as pontes e aí não tem como o pessoal se deslocar até lá (GES₂₃).

A extensão territorial agrava ainda mais a situação e “justifica” a inexistência de ações em saúde voltadas a essas áreas adscritas. Esse isolamento geográfico

das comunidades rurais as excluí, e não lhes assegura, na prática, a universalidade e a equidade de acesso aos serviços de saúde, garantidos pela Constituição enquanto direito. Portanto, é consequência lógica que a utilização e o fluxo das usuárias seja fortemente influenciado pela oferta em quantidade e localização dos serviços.

Constata-se a “desigualdade na oferta de serviços em saúde” entre áreas rurais e urbanas. Essa desigualdade é justificada pelas distâncias geográficas do rural, o que, de certa forma, isenta o poder público de suas atribuições enquanto responsável por suprir recursos de saúde às populações, e de buscar alternativas e construir propostas que possam minimizar essa situação. Essa desigualdade acentua-se quando se pensa nas ações interventivas e de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais, pois quanto mais distante se coloca essa problemática, em todas as dimensões físicas, e mesmo de reconhecimento como fato da saúde, mais impalpáveis serão as chances de se apresentar soluções.

Outro elemento dificultador mencionado pelos participantes, direciona-se à falta de recursos financeiros e humanos, e a rotatividade dos profissionais, principalmente, do profissional médico.

[...] volto a te dizer, o grande regulador são os setores financeiros. Isso também é para as ações no meio rural, aquilo que nós podemos fazer lá no meio rural, especificamente direcionado a mulher. Se nós tivéssemos mais recursos financeiros, exatamente, se eu tenho recursos financeiros, eu tenho uma equipe, recursos humanos, maior e com mais disponibilidade para que eu possa, com maior número e maior frequência, atender a comunidade do interior (GES₁₁).

Temos dificuldades financeiras, de equipe, de não ter pessoal suficiente, de quando a equipe está aqui às vezes não tem carro. Mas a gente faz algumas ações assim de grupo, nas escolas, encontro com os idosos e a comunidade de zona rural nos recebe muito bem, ‘eles atendem os nossos chamados’ (GES₁₃).

Novamente, o recurso financeiro é citado pelos participantes como fator impeditivo e “justificador” para a não concretização de ações em saúde nas áreas rurais. Essa dificuldade aparece enquanto foco central das gestões municipais, pois a organização e o planejamento partem da premissa do “ter recurso”, portanto a violência sem recurso “não existe” – é “melhor” continuar invisível. No entanto, e para além disso, está a necessidade de inserir nas agendas públicas a saúde das mulheres rurais em sentido amplo e para além da epidemiologia clássica. Para tanto,

a falta de outros indicadores se faz sentir, contemplando as desigualdades de gênero, por exemplo, e repercutem cotidianamente na vida e saúde das mulheres rurais nos espaços públicos e privados.

Chama a atenção a segunda fala, acima, em que o gestor menciona que “as comunidades rurais atendem nossos chamados”, dizendo que a população rural participa ativamente das ações de saúde propostas. No entanto, pode-se questionar se o contrário acontece? Será que os gestores e profissionais atendem aos chamados e às demandas de atendimento das comunidades rurais? Fica claro que a meta do setor saúde reduz-se em propor alguma ação pontual na perspectiva clínica tradicional à população rural, mas, a usuária, essa é responsável por participar.

Em concomitância ao fator financeiro, também expressam a falta de recursos humanos e a rotatividade dos profissionais, especialmente os vinculados as ESFs, como se constata na fala a seguir.

[...] é esse 'ir lá fora', porque a gente tem tanta coisa aqui pra resolver que daqui a pouco a gente tem que disponibilizar pessoas para fazer esse trabalho, e não temos pessoal para isso (GES₃).

A fala reforça e reafirma o reconhecimento do cenário rural no campo da saúde como sendo o “lá fora”, isso resulta, de certa forma, no não comprometimento desse setor em atender e planejar a saúde para os usuários adscritos das comunidades rurais, justamente por considerarem esse contexto um espaço vazio de oferta para o qual as responsabilidades não são cobradas em diversos setores. Pode-se pensar que, para o rural, somente as políticas para a agricultura adquirem sentido e legitimidade. Afinal, é o espaço dominante da produção que induz práticas fomentadoras de trabalho e incentivos. Mas, e se os trabalhadores e trabalhadoras rurais e suas famílias fossem considerados sujeitos de direito à saúde? Seria ou não dever do Estado ofertar serviços seja lá onde estivessem os cidadãos?

As falas também pontuam a rotatividade dos profissionais, principalmente médicos. Os participantes, salientam que esse fato acaba impedindo a formação de vínculos com as usuárias e o desenvolvimento de novas práticas profissionais que contribuam para a inversão do atual modelo de atenção à saúde.

O maior problema aqui é a rotatividade dos profissionais médicos, eles acabam ficando três a quatro meses e depois vão para outros lugares. Temos uma oferta salarial muito boa, mas mesmo assim é difícil fixar um médico por muito tempo, tivemos experiência somente com os médicos mais velhos que acabam ficando mais tempo, e assim as mulheres acabam não criando vínculo com os

profissionais e às vezes nem relatando a violência que sofrem para o médico (GES₂₃).

Acredita-se que para romper com a violência a que muitas mulheres rurais estão submetidas, um dos elementos necessários é a possibilidade de uma relação de proximidade, por meio do vínculo com os profissionais e do acolhimento, entre outros dispositivos. Essas relações são construídas ao longo do tempo, e a troca constante de profissionais, muitas vezes impossibilita uma relação de confiança e empatia, o que poderia resultar em intervenções positivas para a vida dessas mulheres. Resta, nesse caso, o impasse de produzir novas práticas, talvez menos médico centradas.

Nesse sentido, se coloca em cena a discussão que “a violência não precisa de médico necessariamente”, que as intervenções e enfrentamentos não estão pautadas exclusivamente na prática desse profissional. No entanto, o enfoque que predomina é o da medicalização, sendo o diagnóstico médico o balizador e a legitimidade formal do problema na dimensão da saúde. É o disparador da ação terapêutica em sentido amplo, pois garante ao sujeito entrada no sistema de atenção.

Esse limitador em áreas rurais mostra que a maneira como foram implementadas as equipes de Saúde da Família aponta para a reprodução do modelo tradicional de Unidades de Saúde, desconsiderando os princípios norteadores dessa estratégia. Entre eles pode-se citar o fortalecimento de mecanismos como boas condições de trabalho, formas estáveis de contratação, remuneração, entre outros, visando a satisfação dos profissionais dessas equipes, para que os processos de trabalho não sejam permanentemente reiniciados, impossibilitando a concretização da produção do cuidado em saúde e o fortalecimento relacional com as usuárias. Em se tratando da violência, a produção do cuidado na sua dimensão relacional é a sustentação da eficácia das ações.

A rotatividade de médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família é frequente na bibliografia. Conforme estudo desenvolvido por Medeiros et al. (2010) pode ser considerada alta, e está condicionada a motivos tanto objetivos quanto subjetivos. Em outras palavras, a motivação oscila desde motivos concretos – vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor – até as questões de realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política.

Em síntese, neste estudo constatou-se que as agendas públicas locais de saúde não atingem as mulheres rurais nem na sua perspectiva clássica, a reprodutiva, e muito menos são pensadas ações na direção da problemática da violência nesses cenários. As mulheres rurais vivem dinâmicas específicas desse meio que não são contempladas nas ações e serviços de saúde. Assim, a ausência de respostas do poder público não é surpresa, alinhando-se e reforçando a violação dos direitos das mulheres.

Esses elementos orais discutidos, impulsionaram análises dos Planos Municipais de Saúde, buscando visualizar como esses elementos “ditos” estão contemplados nesses documentos e se sua “ausência consensual” é o que predomina nas práticas de gestores, serviços e profissionais.

7.2.3 Planos Municipais de Saúde: como se formalizam ações de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais?

O Plano Municipal de Saúde – instrumento político de planejamento e gestão – configura-se na formalização das intenções e dos resultados a serem buscados pela gestão para que o Sistema Único de Saúde (SUS) responda, de forma efetiva, oportuna e com qualidade às demandas e necessidades de saúde da população.

Segundo Mottin (1999), o Plano Municipal de Saúde conforma um instrumento fundamental não só para a gestão do sistema dos municípios, porém, igualmente, no âmbito estadual e federal, pois é a partir dele que se planeja a atenção à saúde no País e se tem condições de avaliá-la nos diferentes níveis, possibilitando atender aos objetivos de criação do SUS como compromisso nacional dos diversos atores envolvidos nesse processo.

Nessa direção, buscou-se conhecer e analisar o que está instituído em termos de ações direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais nesses Planos. Para tanto, procedeu-se, uma revisão sistemática dos Planos Municipais da Saúde dos municípios em estudo, a fim de apreender o fenômeno para a compreensão dos significados e a intencionalidade das ações propostas. O que permitiu a construção de indicadores quantitativos, a fim de avaliar o índice de sensibilidade. No entanto, não é intenção apenas quantificar os dados encontrados, mas avaliar a sensibilidade dos Planos na perspectiva da problemática da violência contra as mulheres rurais.

O índice de sensibilidade, segundo Ferreira, Veras e Silva (2009), relaciona-se as respostas afirmativas, ou seja, quanto maior o número de respostas afirmativas para o instrumento, maior a sensibilidade dos Planos a essa problemática. Os autores salientam que esse índice de sensibilidade tem correspondência com a vulnerabilidade programática, pois reflete em que medida os Planos Municipais priorizam a problemática da violência contra as mulheres rurais.

Menciona-se que dos oito municípios que fazem parte do presente estudo, dois no momento da geração dos dados não possuíam Plano Municipal de Saúde e informaram que estavam em processo de construção, e um município não o disponibilizou. Por esse motivo, a análise foi realizada com os cinco municípios que disponibilizaram seus Planos.

Na pesquisa documental constatou-se que apenas dois dos cinco Planos estavam atualizados, o que mostra as dificuldades que os municípios, especialmente os de pequeno porte, encontram para organizar a atenção em saúde a partir de planejamento prévio. Essa dificuldade pode ser decorrente da falta de suporte técnico, qualificação que lhes possibilite desencadear um processo de planejamento, se comparados a municípios de maior porte. Também é provável a falta de sensibilização no sentido de reconhecerem o Plano Municipal de Saúde como documento sistematizador das propostas de atenção à população, e como mecanismo norteador da gestão.

Inicialmente, fez-se a análise de sensibilidade direcionada aos elementos encontrados na introdução e análise da situação nos Planos Municipais da Saúde referentes à violência contra as mulheres rurais, como se constata no Quadro 15.

Quadro 15 - Número de menções relativas à violência contra as mulheres rurais no item introdução e análise da situação, 2010.

MUNICÍPIO ⁸	Questões referentes à introdução e análise*			Número/Menções
	1.1	1.2	1.3	
Município 1	0	0	0	0
Município 2	0	0	0	0
Município 3	0	0	0	0
Município 4	0	0	0	0
Município 5	0	0	1	1
Total	0	0	1	1

*Questões adaptadas de Ferreira et al (2009) - 1.1 Entre os valores e princípios do Plano existem referências à violência contra as mulheres rurais? 1.2 Na descrição da situação municipal de saúde é mencionada a situação da violência contra as mulheres rurais? 1.3 Na análise da situação de saúde é mencionada a violência contra as mulheres rurais?

Fonte: Pesquisa documental nos Planos Municipais de Saúde, elaboração do Quadro COSTA, M.C., 2011.

Observa-se que a maioria dos municípios não contempla a problemática da violência nos pressupostos iniciais dos Planos, totalizando uma menção apenas, o que mostra um índice muito baixo de sensibilidade. Isso revela o que vêm sendo mostrado ao longo deste estudo, que esses agravos não se colocam enquanto prioridade e mesmo demanda a ser atendida pelo setor saúde, e nem mesmo é reconhecida na descrição da situação de saúde dos referidos municípios.

Em relação ao município 5, que apresentou uma menção dessa problemática na descrição e análise da situação de saúde, salienta-se que essa inserção no Plano pode ter sido desencadeada no momento da geração dos dados desta pesquisa. Durante esse processo, o município estava estruturando o Plano, e, nas entrevistas os participantes, em vários momentos, houve sensibilização para inserção desse fenômeno no planejamento em saúde, portanto, pensa-se que esta pesquisa possa ter contribuído para o fato.

Em sequência, analisaram-se as menções referentes à violência contra as mulheres rurais contempladas nos itens “objetivos e metas” dos Planos, expressas no Quadro 16. Nesses itens, identificou-se um total de três menções,

⁸ Os Municípios aparecem no quadro de forma numérica a fim de preservá-los.

especificamente, no município 5.

Quadro 16 - Número de menções relativas à violência contra as mulheres rurais nos itens objetivos e metas, 2010.

MUNICÍPIO	Questões referentes aos objetivos e metas*			Menções
	2.1	2.2	2.3	
Município 1	0	0	0	0
Município 2	0	0	0	0
Município 3	0	0	0	0
Município 4	0	0	0	0
Município 5	1	1	1	3
Total	1	1	1	3

*Questões adaptadas de Ferreira et al (2009) - 2.1 Mencionam à violência contra as mulheres rurais? 2.2 Sugerem objetivos e formas de atuação contra a violência dirigidas as mulheres rurais? 2.3 Propõem metas dirigidas à violência contra as mulheres rurais?
 Fonte: Pesquisa documental nos Planos Municipais de Saúde, elaboração do Quadro COSTA, MC., 2011.

Esse achado reforça o índice muito baixo de sensibilidade para essa problemática, pois não está contemplada nos objetivos e metas. Finalizando os itens em análise aparecem as propostas de intervenção frente à problemática em estudo, descritas no Quadro 17.

Quadro 17 - Número de menções relativas à violência contra as mulheres rurais no item propostas de intervenção, 2010.

MUNICÍPIO	Questões referentes às propostas de intervenção*			Menções
	3.1	3.2	3.3	
Município 1	1	0	0	1
Município 2	0	0	0	0
Município 3	0	0	0	0
Município 4	0	0	0	0
Município 5	1	1	1	3
Total	1	1	1	4

*Questões adaptadas de Ferreira et al (2009) - 3.1 Descrevem ações de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais? 3.2 Propõem linhas de ação de prevenção da violência contra as mulheres rurais? 3.3 Incluem mecanismos institucionais que garantam a atuação no combate à violência contra as mulheres rurais?
 Fonte: Pesquisa documental nos Planos Municipais de Saúde, elaboração do Quadro COSTA, MC., 2011.

Na análise final dos Planos, confirma-se o que já vem sendo objeto de reflexão ao longo do texto, o não reconhecimento dessa problemática no

planejamento em saúde, o que resulta na inexistência de ações de enfrentamento e de linhas de ações preventivas. Foram identificadas algumas ações pontuais para as mulheres em situação de violência no plano genérico da educação em saúde. A leitura dos Planos permitiu constatar que as propostas não são integradas entre si, dando a impressão de que estão ali por “necessidade técnica” ou iniciativa pessoal de formuladores e implementadores das políticas públicas no âmbito local, e não das necessidades advindas das comunidades e dos usuários.

Observa-se, ainda, que dos oito municípios estudados, dois não têm Plano Municipal de Saúde, e dentre os municípios que o formulam constatou-se a não utilização do Plano como instrumento efetivo de gestão, de estabelecimento de prioridades e para avaliação e prestação de contas de suas atividades na dimensão de serviço público. Assim, menciona-se que nesses locais o planejamento das ações de saúde ocorre como formalidade a ser cumprida, sendo esvaziado de sentido prático, e desvalorizado enquanto instrumento de gestão.

Esse achado corrobora o estudo desenvolvido por Mottin (1999) que avaliou a elaboração do Plano Municipal de Saúde, em 35 municípios do Rio Grande do Sul, em que identificou, dentre os fatores para a expressão das dificuldades no processo de elaboração dos Planos, a sua baixa governabilidade, a qual pode estar associada, ao despreparo dos municípios para esse processo (baixa capacidade de governo), resultando em formulação de Planos que não dão conta da complexidade das situações de saúde.

A partir da análise, pode-se mencionar a existência de **lacunas de sensibilidade** na gestão dos serviços de saúde frente à violência contra as mulheres rurais. Isso revela, em primeiro lugar, a dificuldade dos municípios em reconhecerem essa ferramenta – o Plano Municipal – como instrumento de gestão, e, em segundo, as limitações em introduzir, nos Planos, as problemáticas que extrapolam a dimensão “clássica” da biologia e da patologia sustentada na clínica, e de **sensibilizar-se** com fenômenos sociais que repercutem na saúde.

Conforme se discutiu ao longo deste texto, o modelo de gestão dos serviços em estudo pauta o olhar na doença e não na saúde, e no tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades percebidas e de forma compartimentada. Com isso, evidencia-se, no campo das respostas operativas, a reprodução do modelo em que as ações não contemplam as dimensões preventivas e promocionais e tampouco reconhecem a saúde enquanto direito amplo de cidadania.

Indo além, no sentido do “não saber o que fazer” e na “prioridade dos eventos fatais” estão elementos de análise da vulnerabilidade programática, e retomando-se as ideias de Deslandes (1999, p. 82), pode-se argumentar:

a violência ainda é uma “**incômoda novidade**” para a agenda de Saúde Pública. Em primeiro lugar, porque a violência “**desaloja**”, ou melhor dizendo, “**desafia**” os saberes hegemônicos no campo da Saúde. Não é uma doença embora cause lesões, dor, sofrimento e morte. Não tem sua “origem” em ação invasiva de microorganismos, sua causa não é nenhuma desordem orgânica.

Corroborando essas ideias, esses achados mostram que a violência contra as mulheres rurais situa-se no campo da “novidade desconfortável” para o setor saúde, já desconfortável com o próprio rural como espaço de prática, apontando as limitações e as fragilidades da condução da gestão local em saúde direcionadas ao enfrentamento dessa problemática. Evidencia-se o despreparo e o descompromisso dos gestores em traçarem linhas de gestão em saúde norteadas pelas diretrizes e princípios do SUS, e a dificuldade de assumirem, enquanto representantes públicos, a responsabilidade de lutar pela saúde como direito de cidadania. Com isso, propicia-se a reafirmação de conceitos e práticas hegemônicas em saúde, especialmente na atenção básica, da qual se espera gestão e práticas de proximidade e inovadoras em saúde.

Evidenciou-se, ao longo deste capítulo, o velho (atual) modelo Taylorista de gestão, caracterizado pela verticalização das decisões, pela não consideração do planejamento local e singular como ferramenta de gestão.

Isso repercute na fragilidade de construção e fortalecimento da atenção integral a essas mulheres e expressa-se em vulnerabilidade programática. Embora o sistema de saúde tenha avançado em muitas práticas baseadas em seus próprios princípios, os sentidos da integralidade na organização da gestão dos serviços foi o que menos avançou, ou, talvez seja, o menos visível na trajetória recente do sistema público de saúde. Assim, o modelo de gestão em saúde como um dos sentidos da integralidade aparece dentre as principais questões a serem enfrentadas para a mudança das práticas e serviços de saúde, a fim de operá-lo na ideia de que, as mulheres rurais são legítimas portadoras de direitos e necessidades singulares, e merecem atenção central nos processos gerenciais das instâncias gestoras dos serviços de saúde.

As poucas ações pontuais desenvolvidas nos cenários pesquisados, não dão conta de ver com clareza e menos ainda de questionar ou mesmo de reconhecer as iniquidades em saúde e terminam reforçando as desigualdades e a dominação de gênero, legitimando o poder do Estado e seus meios de perpetuar o distanciamento de uma perspectiva de igualdade e legitimidade para demandas das mulheres rurais.

Dando continuidade à análise da violência contra as mulheres rurais na dimensão dos processos de gestão (política) e de trabalho (técnica) dos serviços de saúde em estudo, buscaram-se elementos que integrem as práticas de cuidado dos profissionais e trabalhadores de saúde atuantes nas comunidades rurais voltados à atenção integral em saúde.

8 PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE – a dimensão técnica das práticas no campo da violência contra as mulheres rurais

A partir das análises das agendas locais em saúde, na dimensão política, pode-se afirmar a inexistência de ações públicas ou políticas locais direcionadas às mulheres rurais vítimas de violência. Busca-se, na sequência, apreender como se produzem as práticas de cuidado pelos profissionais e trabalhadores da saúde atuantes no contexto das comunidades rurais, na dimensão técnica. Essa busca orientou-se pelas representações da violência dos profissionais e trabalhadores da saúde, e pelas marcas que essas representações impõem as suas intervenções práticas. Trata-se de discutir e analisar elementos nas práticas de cuidado que sinalizem para a perspectiva principalista do SUS, em especial à atenção integral em saúde e para o reconhecimento da saúde enquanto direito.

Assim, as práticas de cuidado são pensadas a partir dos elementos conceituais desenvolvidos por Ayres (2009, p.42), em que o autor menciona que, normalmente, o cuidado em saúde aparece enquanto sentido já consagrado no senso comum, ou seja, um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento. Em uma perspectiva teórica, segundo esse autor, o cuidado é a, “interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade”. Assim, é a partir dessa dimensão que agrega o senso comum e o conhecimento “reificado” (MOSCOVICI, 2003), das práticas dos profissionais que se busca apreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais e trabalhadores da saúde.

8.1 Elementos das Práticas de Cuidado dos Profissionais (médicos e enfermeiras) – tradicionais abordagens

Os profissionais mencionam a forma como estão “acostumados” a trabalhar, ou seja, com a demanda espontânea, em que as usuárias buscam os serviços a partir dos sintomas apresentados. Em se tratando de violência, com frequência, esses sintomas não são reconhecidos como tal e não são incluídos como elementos da clínica na definição do diagnóstico e, conseqüentemente, não se incorporam às práticas de saúde. Identificou-se que a produção das ações de cuidado direciona-se,

principalmente, às queixas físicas das usuárias. Assim, na perspectiva dos profissionais, a mulher rural não procura o serviço de saúde devido à violência, e a primeira queixa explicitada pode não estar relacionada ao problema que está vivenciando.

*[...] na maioria das vezes elas vêm consultar por vários problemas **psicossomáticos tipo dores, choro fácil, irritação** [...] às vezes não chega a ser uma depressão, mas eu vejo que ficam procurando algum problema e então depois de duas, três, quatro consultas que vai ver que a família delas é que, ou no caso marido, a insatisfação pessoal dela é que fica provocando (MED₄₁).*

*[...] aqui no município, eu não sei o quê que acontece aqui, um lugar totalmente atípico, posso dizer que mais da metade das mulheres, e principalmente as que moram no meio rural chegam e uma das queixas que existe assim, mais de 50% delas é, '**doutor, eu sofro de depressão, eu quero remédio para depressão**' [...](MED₁₅).*

Observa-se, nos relatos, que na busca por atendimento a queixa principal não é a situação de violência que enfrentam ou têm enfrentado. Ainda que a demanda pelo serviço tenha sido gerada por um trauma físico decorrente de uma agressão, muitas vezes a mulher por considerar o setor saúde como local de doença, acaba por expressar sintomas físicos que podem ser traduzidos e passíveis de solução técnica clínica – a conversão somática na busca de reconhecimento diagnóstico e de solução, nesse caso, o medicamentoso. Com isso, constroem-se diagnósticos baseados apenas em sintomas difusos, aspecto que tem contribuído para o problema da violência contra as mulheres permanecer oculto. É frequente a “psicologização” e a “patologização” da violência, que assim reveste-se de evidências tratáveis.

No momento em que a mulher remete seus sofrimentos ao serviço, já transformados em “potenciais patologias”, segundo D’Oliveira (2000) os profissionais vão fixar a atenção nas alterações anatomopatológicas em seu corpo. Se a queixa for orientação técnica a problemas práticos da vida privada, os profissionais, em sua maioria, tenderão a descartar a demanda por não encontrarem resposta adequada – “os problemas da vida prática têm maior possibilidade de serem desconsiderados pelos profissionais, principalmente quando estes não vislumbram possibilidade legítima de intervenção”(p.159).

De certa forma, as mulheres, neste caso as rurais, provavelmente não considerem a violência uma doença, mas veem nos serviços de saúde uma possibilidade de abordagem do problema e de legitimação para o seu sofrimento.

Algumas vezes não querem tratar a situação como caso de polícia ou buscam nos profissionais que estão “próximos”, em nível local, o acolhimento e as respostas acolhedoras para suas necessidades. Leal (2010) complementa a ideia dizendo que as queixas difusas são uma tentativa de incluir, nos limites da clínica, um espaço para seu sofrimento. Por serem difusas, muito frequentemente, são definidas como depressão, e as próprias mulheres já trazem esse argumento pronto, buscando seu reconhecimento pelo profissional.

Observa-se, com frequência, outro aspecto que é a **desqualificação das queixas**, pois essas não se evidenciam em pistas objetivas esperadas pela racionalidade médico clínica, negando, assim, a violência enquanto problema de saúde. A queixa de violência passa a ser considerada de ordem individual, psicológica ou problema social, ou, ainda, “problema de mulher”, “destino de gênero”, o que a desqualifica, não sendo reconhecida e acolhida nas ações de cuidado dos profissionais da saúde.

Nessa perspectiva, enfatizam-se as formas implementadas de cuidado no momento em que as mulheres rurais vítimas de violência chegam aos serviços de saúde ou são atendidas no “roteiro assistencial”. Em uma primeira abordagem, a violência aparece nas falas como demanda “explícita” apenas nos casos em que resultou em lesões ou marcas físicas, ou seja, o que é visível. Focando na lesão e na definição de diagnósticos clínicos centrados na doença, reduz-se a ação ao familiar modelo biomédico de intervenção, principalmente, nas práticas dos profissionais médicos. Assim, ao medicalizar o corpo da mulher que sofreu violência verifica-se a conduta médica que obscurece a raiz social, cultural de gênero e política do problema.

*Uma mulher lá do interior chegou e constatamos que era vítima de violência [...] foi feito curativo, medicação e feito o exame de corpo de delito, **então nosso papel é mais centrado na atenção as alterações físicas** que a mulher que sofreu alguma violência chegue no serviço de saúde (MED₂₄).*

*[...] **nós tratamos os ferimentos, se há necessidade de fazer sutura**, encaminhamos quando são casos mais graves, fazemos encaminhamentos com psicólogos também, às vezes até com psiquiatra para o tratamento (MED₁₀).*

Assim, produzem-se e fortalecem-se os espaços de individualização e individualizantes dos sintomas, em que tudo parece girar em torno da dimensão física dos sujeitos envolvidos em situações de violência. Isso reforça o

direcionamento da clínica médica na definição do diagnóstico, colocando em prática a habilidade individual do médico, porque se exige a convergência de seus múltiplos conhecimentos para se compreender o que está acontecendo, a fim de definir suas intervenções no campo da clínica. Esses profissionais, não raro, assumem uma postura em que utilizam o saber-poder da clínica como único modo de relacionar-se com as usuárias, ignorando as demandas que escapam ou não são reconhecidas por esse saber, levando, no caso da violência à sua “patologização” e, mais do que isso, a sua “tratamentalização” e “farmacologização”.

Essa medicalização reflete o excesso de intervencionismo médico sobre os corpos e a vida das mulheres. Isso provoca a (des) fusão entre os determinantes sociais da saúde e o adoecimento. A fala, a seguir, de um médico revela as dificuldades dos profissionais em falar com as mulheres rurais sobre as vivências da violência.

*Não porque ultimamente eu tenho trabalhado tanto na minha área de clínica [...] **então no fim tu te envolve no atendimento clínico e nem entra em detalhes às vezes na consulta, acaba fazendo aquele atendimento para a mulher lá do rural que sofreu algum tipo de violência com olhar clínico** (MED₁₂).*

A fala reforça o biologicismo que embasa a lógica que orienta o projeto terapêutico no modelo clínico de assistência à saúde. O saber clínico, como projeto que conduz à produção de cuidados, pressupõe a natureza exclusivamente biológica dos eventos de doença. Com isso, a prática de cuidado é para o corpo individualizado e físico, afastando-o do seu psiquismo e das especificidades de sua inserção social. Enfatiza-se certa maneira de se realizarem as práticas de cuidado que, segundo Goldberg (2001), cada profissional adota a partir de um repertório comportamental modelado por sua profissão, sem se preocupar com o sujeito que está sob os seus cuidados, muitas vezes cristalizado em um “não tratar” de tudo o que se fizer fora desse repertório.

Assim, o agir em saúde é pautado nos pressupostos e na organização da clínica médica que privilegia, em sua abordagem, as lesões ou as disfunções orgânicas. Ayres (2002) complementa dizendo que os eventos não reconhecidos como tal permanecem excluídos da formulação diagnóstica e terapêutica: seriam apenas suporte para as conclusões fisiopatológicas que irão balizar o projeto de intervenção, sem se constituírem parte deste.

Quando se menciona **atendimento clínico**, segundo Campos (2003), este se direciona a dois tipos de clínica: a clínica oficial e a clínica degradada. A primeira seria a tradicional clínica cartesiana, espaço no qual a prática desconhece a pessoa enferma e personifica a enfermidade; a segunda consiste em uma clínica marcada por interesses de qualquer natureza, seja econômica, política, ideológica, mas, nesse caso, transfigura-se em práxis distanciada das necessidades de saúde. Assim, observa-se que atuam com respostas “clínico/técnica”, buscando aliviar os problemas de saúde gerados pelas agressões, porém, a violência como fenômeno não é abordada.

Esse “olhar” pode ser observado na fala a seguir que mostra a constituição da violência na dimensão da construção natural da doença, no modelo de causalidade em que se associa o **“agressor ao agente virulento”** e a **“vítima ao agente hospedeiro”**.

*O atendimento dessa problemática se traduz em dois fatores, **um é o agente virulento, o agressor, e o outro é o agente hospedeiro que sofre isso, nós temos que trabalhar o hospedeiro e temos que trabalhar o agente agressor** (MED₃₃).*

Constata-se que as práticas de cuidado às mulheres rurais vítimas de violência só se justificam quando sua constituição é evidenciada como doença. Caso contrário, as vítimas não são incluídas nas ações em saúde e são desqualificadas para intervenção médica, justamente pela dificuldade em inseri-las na prática clínica tradicional. Esses elementos diagnósticos “outros” que tratam de “evidências relacionais e contextuais” não são instituintes de práticas de cuidado. Isto seguramente impõe limites de reconhecimento das situações relacionadas a essa problemática. Segundo Guedes, Nogueira e Camargo (2006), a “doença” violência acaba sendo tratada de forma rápida, simples e “segura”, com o “medicamento” e medidas punitivas, desconsiderando-se toda a dimensão subjetiva e complexa que esses eventos demandam e a sua “cronicidade”.

A fala do participante transcrita acima, mostra a visão do agir desse profissional num objeto cristalizado, predefinido que, no caso, é a violência como doença e um objetivo que é o de compreendê-la como um problema e uma verdade física a ser conhecida. Essa construção da violência na direção da doença, reforça a restrita compreensão das demandas sociais e culturais que atravessam o pensar e o fazer em saúde. Isso resulta na reprodução de práticas de cuidado vinculadas à dimensão prescritiva e normativa, e no arsenal de condutas medicalizadoras, o que

provoca negligência permanente do problema, acarretando persistência dos danos físicos, psicológicos e sociais, e a busca reiterada pelos serviços de saúde.

Diante disso, tratar de problemas complexos como o das violências coloca em cena no cuidado a capacidade de “**sensibilizar-se**”, ou seja, tornar-se “**sensível**” para além da racionalidade biomédica e gerar novos modos de conceber o cuidado para compor a situação. Esses modos seriam permeados por elementos singulares do sujeito e do contexto imbricados nas situações de violência vividas, e também relativizar o valor da verdade dos conceitos e práticas científicas, abrindo canais para valorizar a interação de sensibilidade e cientificidade como construtores interagentes de novos resultados.

No entanto, Kiss e Schraiber (2011) referem que, para a maioria dos profissionais da saúde, nenhuma tecnologia assistencial no campo da saúde parece ser compatível com, e de mesma qualidade técnica que as tradicionais intervenções sobre os adoecimentos nos quais já atuam. O marco na terapêutica medicamentosa faz com que se sintam pouco à vontade para praticarem outro tipo de ação, isto é, realizarem tecnologias diversas das prescrições de medicamentos.

Desse modo, a maioria dos profissionais reproduz a visão fragmentada e organicista do modelo biomédico, estando apenas preocupados em definir, na maior brevidade de tempo, o diagnóstico de uma patologia física que dê conta dos sintomas do paciente. Nessa perspectiva, evidencia-se, na fala a seguir, que a forma mais rápida de “livrar-se” das angústias, das ansiedades das mulheres rurais vítimas de violência, é fazer uso de atalhos rápidos, utilizando **acessórios químicos** para a solução dessas queixas, principalmente por que os atendimentos nas áreas rurais são do “tipo roteiro”, o que não permite muito tempo (escuta, diálogo) para as consultas, e o retorno ocorre somente uma vez por mês.

*[...] os médicos tratam muita depressão, muita ansiedade, principalmente das mulheres trabalhadoras rurais. **A mulher está com dor de cabeça, dão o remédio para dor de cabeça, as vezes elas até manifestam algum relato de violência, tipo o meu marido não me valoriza, mas mesmo assim acabam prescrevendo até ansiolítico, porque a mulher está com depressão [...]** mas o sintoma principal é o cansaço, é a exaustão, que elas não estão mais aguentando [...] essa colônia envelheceu muito as mulheres, e elas se sentem desvalorizadas bastante [...]* (ENF₁₅).

Nota-se que os sintomas não são reconhecidos como violência e sim como alterações na saúde mental para fins diagnósticos, e a conduta segue a direção medicamentosa. Esse recurso faz com que os médicos continuem classificando as

situações por meio do diagnóstico de doenças e testando hipóteses de doenças em relação aos sinais e sintomas identificados. Também reforçam a obscuridade do olhar para as dimensões de vida, relacionais e de trabalho das mulheres rurais.

Assim, os sofrimentos difusos, crônicos, são somatizados ou transformados em sintomas pelas mulheres, e compreendidos por elas como depressão ou quadros mórbidos passíveis de intervenção no campo médico, como mostra a fala acima. Dessa forma, a medicalização influencia negativamente, tanto na organização das práticas quanto, nas demandas sociais por saúde, e é também consequência da própria atitude dos profissionais que reforçam esse comportamento nas mulheres.

Estudo desenvolvido por Adeodato et al (2005) mostra que depressão, ansiedade e sintomas fóbicos caracterizam as síndromes clínicas encontradas em mulheres agredidas. Os autores constataram, ainda, que das 100 mulheres vítimas de violência, 24 afirmaram que depois que passaram a ser vítimas de violência doméstica começaram a fazer uso de ansiolíticos ou anti-hipertensivos, e o uso de ansiolíticos aumentou independente do tipo, frequência e tempo de agressão.

Observa-se, também, que a conduta sustentada na dimensão física está atrelada ao fato de não **querer envolver-se** com o espaço privado de vida das mulheres rurais.

*[...] a minha obrigação eu acho que é cuidar mais de uma coisa física quando acontece algum caso de violência, do que de uma coisa educacional, uma coisa de orientação, de cultura. Eu sou funcionário, embora concursado aqui da prefeitura, eu começo a lançar coisas, **abrir os olhos das mulheres nesse sentido**, daqui a pouco começa a fazer um movimento, e daqui a pouco começam os maridos a reclamarem e quem é que fez? 'Ah foi o doutor que abriu, começou a falar essas coisas para minha mulher e eu não quero mais ele atendendo elas, não quero mais ele isso e não quero mais ele aquilo'. **Então eu procuro, eu procuro cuidar da saúde física, e não me envolvo muito** (MED₁₅).*

Reitera-se, dessa forma, a tradicional concepção da violência contra as mulheres como problemática do espaço privado, doméstico, e do não-comprometimento dos profissionais da saúde para além da habitual abordagem desse setor – manejar as consequências físicas resultantes dos atos agressivos. Pode-se afirmar que essas atitudes dos profissionais diante da problemática exposta se exacerbam no contexto rural, justamente por serem comunidades pequenas e por terem maior proximidade com as pessoas, o que resulta no ocultamento para não se comprometerem “moralmente” com essas “situações-problema familiares”. Portanto,

para poder seguir a “lógica clínica” busca-se o **não envolvimento** e **situar o problema no cenário do mundo privado** como conduta frequente e cristalizada nas práticas de saúde que se distanciam de uma prática cidadã da saúde como direito. Assim, a técnica biomédica se torna imune às influências dos contextos relacionais, sociais e éticos da concepção ampliada da clínica.

Em muitas situações, o fato de **abrir os olhos das mulheres rurais**, conforme menciona o médico, pode demandar intervenções que fogem do “arsenal terapêutico biomédico”, tornando-se mais cômodo e descomprometedor para o profissional atuar apenas na dimensão que, segundo ele, lhe compete, ou seja, a dimensão clínica e biológica. Isso representa que o profissional não precisa envolver-se e nem responsabilizar-se por esses atendimentos e suas consequências “não biológicas”.

Esse distanciamento é acentuado pela **distância** e **(des)continuidade do atendimento**, pois em alguns municípios, as ações em saúde nas áreas rurais acontecem de maneira pontual pela constituição de equipes volantes que se deslocam para essas comunidades por meio de “roteiros de atendimentos”, que também são condicionados pela existência de unidade de saúde apenas na área central dos municípios.

*[...] temos uma equipe volante, com médico, enfermeira e técnica de enfermagem que fazem o atendimento nas áreas rurais, em cada comunidade rural aqui no município esse atendimento acontece quinzenalmente [...] **a continuidade do atendimento as mulheres rurais fica restrita, e a gente acaba não criando relação próxima**, por isso as vezes sabes de algum caso de violência, porém visto essa organização acaba-se não interagindo sobre isso [...]* (ENF₁₄).

*[...] como aqui só temos uma unidade de saúde, que atende tudo, a gente trabalha em plantões, por isso muitas falam ‘porque é meu o plantão, eu vou atender isso agora, amanhã passou’, **não existe aquela preocupação com o paciente, eles atendem a emergência, a ocorrência, e não atendem a mulher mesmo*** (ENF₇).

As práticas de cuidado referidas não implicam compromisso dos profissionais com a saúde dessas mulheres e com resultados organizacionais. Isso, em parte, é fruto de uma gestão centrada nos meios e não nos resultados. Assim, questiona-se: como a organização dos serviços de saúde pode romper com a fragmentação e o (des)compromisso configurando-se em atenção sistemática e responsável? Como pactuar uma organização nos pressupostos de garantia do acesso, responsabilização e integralidade da atenção às mulheres rurais vitimizadas? Esses

questionamentos ganham força à medida que se evidenciam condutas descomprometidas ou mesmo ausência de qualquer tipo de conduta, conforme se constata na fala a seguir.

*[...] o caso de uma mulher da área rural que atendi aqui não houve nenhum acompanhamento dessa paciente, a paciente foi atendida e foi notificado, fez registro policial e corpo de delito, mas depois de tudo feito, o exame e o atendimento clínico, a gente não teve mais nenhum tipo de atendimento a paciente, **não se sabe o que aconteceu posteriormente com essa mulher** (MED₂₄).*

Compreende-se, assim que as práticas, nesta perspectiva, fragmentam e reduzem o campo do cuidado ao assistencial protocolar, em atitudes marcadas pelo isolamento, individualismo e fracionamento dos atos terapêuticos. Esse fracionamento mostra a organização parcelar dos profissionais em etapas do projeto terapêutico, sem interação complementar e dinâmicas de acompanhamento, e desse modo, não tomam conhecimento do resultado final das suas ações. Assim, como não há interação, provavelmente, não haverá comprometimento com a resolatividade do seu trabalho.

O entendimento dessa problemática como demanda legítima que não encontra respostas no setor saúde, resulta em condutas dos profissionais em **acionar** serviços de apoio que encaminham-se essas situações “para fora” do domínio das ações do campo da saúde. As falas a seguir mostram que as ações de cuidado desenvolvidas reiteram que as mulheres rurais vítimas de violência precisam ser encaminhadas para um local ou para profissionais “especializados”, entendendo-o como solução para a problemática, ou como forma de ‘livrar-se’ do caso.

[...] esse problema da violência contra as mulheres no meio rural, eu acho, no meu ponto de vista, que não pode ser atacado pelo médico generalista, eu acho que precisa ser atendido pelos profissionais mais especializados, pode ser os assistentes sociais, ou os psicólogos, pois conseguem e fazem a mulher contar direitinho o que se passa com ela [...] (MED₁₅).

Observa-se que, mesmo os “profissionais especializados” têm dia marcado para o atendimento e pode-se acrescentar que a violência também fica condicionada à “sorte” de ocorrer em dias em que o “socorro” ou a ajuda profissional se faz presente. As mulheres rurais, nessa situação de “omissão de socorro”, estão entregues à própria sorte. Omissão de socorro é crime, no entanto, a (des)legitimidade da violência doméstica, inscrita e naturalizada nas relações de

poder e dominação homem-mulher, a tornam recorrente nos serviços de saúde sem resultarem em responsabilização ou direcionamento resolutivo.

Frente aos depoimentos, infere-se que a violência que se exerce contra mulheres rurais é de “outro lugar”, em que apenas os profissionais que optaram por lidar com essa problemática, ou os serviços especializados são os responsáveis, e capazes de enfrentar. Essa conduta de encaminhamentos resulta em resposta inadequada às demandas das mulheres e reflete a fragilidade do setor saúde em compor uma rede de atenção a essas mulheres, buscando transformar as parcerias informais em instâncias institucionalizadas e competente na abordagem dessas situações.

O setor saúde ainda opera na sociedade como um setor autônomo e independente dos demais. Em decorrência disso, Schraiber e D’Oliveira (2008, p. 232) salientam que a violência acaba se apresentando como uma opção entre modos polares e excludentes: ou a violência passa a ser uma questão sua ou é de outros setores, “considerar competências e responsabilidades compartilhadas não está ainda no horizonte do campo da saúde, e talvez, nem para os demais setores”.

Essa fragilidade de articulação em rede, resulta em respostas limitadas às necessidades das mulheres rurais, reduzindo as possibilidades de um desfecho rápido, que garanta a integridade, a segurança e a preservação dos direitos dessas mulheres. D’Oliveira et al. (2009) afirmam que tal fragilidade configura-se, de um lado, pelo intenso movimento de fechamentos e aberturas de serviços, e, de outro, as propostas de abertura não necessariamente levam em conta os dimensionamentos dos casos – estudos de prevalência, perfis de uso dos serviços pela possível clientela, entre outros. A fala a seguir, mostra essa fragilidade na condução das ações de cuidado.

*[...] vou citar um exemplo [...] a gente teve um caso um tempo atrás de uma menina da área rural que foi estuprada. E aí foi uma coisa aquilo porque são muitas coisas a serem feitas, tem que percorrer muitos caminhos, ela tem que fazer exames [...] **na verdade o município assim, a gente não tá muito preparado para quando esse tipo de coisa acontece, essa que é a verdade, não tem apoio em outros setores.** A gente às vezes fica meio perdido assim, o que fazer com um caso, a quem recorrer, acionar o que? (ENF₆)*

Nota-se que, para além da fragilidade da rede de atenção, existe a (des)estruturação do próprio serviço de saúde em termos de organização para

atender uma demanda explícita de violência. Assim, o que esperar desse serviço na atenção às demandas implícitas desse fenômeno?

Destaca-se, neste sentido, a necessidade de ir além das práticas de cuidado centralizadoras, permeadas pelo saber hegemônico da medicina que inviabilizam a atenção a essas mulheres. Justificando o seu despreparo os participantes mencionam suas ações relacionando-as às **próprias mulheres rurais** e ao seu **contexto de vida**. Assim, as justificativas assentam-se nas dificuldades que essas mulheres têm para contar e expressar que foram agredidas pelos parceiros, muitas vezes, preferem **silenciar o problema**. Esse silenciamento na interação com o profissional, pode estar relacionado a uma crença arraigada de que esse assunto não é da esfera da saúde, mas da esfera privada da vida e, portanto, não deve ser exposto na situação formal de atendimento. Também cita-se o fato de o profissional não possibilitar abertura para o diálogo em situações de vida e trabalho dessas mulheres, e pela falta de interesse e desvalorização do problema. Pode-se dizer que se trata de um tema “impróprio para falar” da parte das mulheres e “impróprio para ser resolvido” na saúde segundo os participantes.

Normalmente elas são silenciosas, elas não manifestam isso, a gente tem que garimpar, procurar, normalmente as mulheres lá de fora não falam [...] a mulher, ela não manifesta de uma forma assim diretamente: “olha eu estou sofrendo violência no meu trabalho, na minha família”. A gente tem que garimpar, a gente tem que procurar através de outros sintomas para chegar a esse problema, mas é bem difícil conseguir essa revelação (MED₃₃).

Observa-se, nessa entrevista, que a tentativa de obter uma espécie de “revelação” seria muito trabalhosa, como manifesta o termo “garimpar”, que se tornaria problema, ou seria inviável no seu contexto de trabalho. Além disso, os profissionais, apontam alguns elementos para as atitudes dessas mulheres; as mulheres sentem vergonha de falar e assumir diante dos profissionais que foram agredidas física e/ou verbalmente pelos parceiros, e também sentem medo de denunciar o agressor, porque essa situação pode colocá-las em maior risco de serem agredidas pelos maridos. Essa postura das mulheres rurais configura-se em atitude “imobilizadora” que pode agravar-se com o tempo, se não houver intervenção adequada na tentativa de romper a severidade dos eventos. Esses elementos que dificultam **romper o silêncio** das mulheres, podem ser entendidos como parte do problema vivenciado e demandam alternativas que contribuam para a diminuição da

ocultação do sofrimento de muitas mulheres rurais que procuram os serviços de saúde.

Segundo Schraiber e D'Oliveira (2008), esse silenciamento das mulheres vítimas de violência encontra respaldo nas desigualdades de gênero em que os silêncios se revestem ideologicamente de significado positivo, como comportamento a ser socialmente adotado e a violência sofrida tem significado punitivo moral, revestindo-se a vítima de sentimentos de vergonha e culpa por tê-la sofrido.

Coelho e Fonseca (2004) salientam que a vivência do medo associa-se ao fato de serem mal atendidas ou não serem atendidas nos serviços de saúde, e a vergonha que as acompanha por terem incorporado a inferioridade diante do(a) profissional de saúde. As mulheres calam-se porque lhes faltam instrumentos mobilizadores do entendimento da saúde como direito e da obrigação profissional de respeitá-las em sua singularidade. O silêncio não será resultado de falta de escuta adequada? Se não escutam, por que falar?

Para romper esse silêncio pode-se argumentar que se demanda compreensão dos profissionais de saúde sobre os elementos imbricados nas relações violentas, ou seja, as relações de poder instituídas e naturalizadas, e também “sensibilidade” no sentido de possibilitar condições favoráveis de acolhimento, escuta, diálogo que ajudem a desvelar as situações de violência.

Nessa linha de raciocínio, a seguir mostra-se alguns sentimentos expressos pelos profissionais de **revolta, indignação**, e até mesmo de **raiva** das mulheres rurais por não romperem com as situações violentas vivenciadas no contexto familiar.

*[...] tem um caso acho que uns 20 ou 30 dias atrás, chegou no carro da brigada, um casal, que a mulher tinha acionado a brigada que ele tinha batido nela [...] o paciente alcóolatra, a gente teve que conter para medicar e aquela coisa toda [...] ela não queria, ela não quis fazer a ocorrência, coitadinha toda suja de se rolar no chão e ela ficou com pena, aí é um casal jovem, mas tu vê esse tipo de coisa, isso aí é uma coisa que a longo prazo é que vai dar o problema maior. E aí ele disse: "Ah não, vou me tratar, que eu não faço mais." e ela "Ai coitadinho, ai não aperta ele" [...] **aí já deu vontade de esganar ela também.** Infelizmente é a nossa realidade aqui, é bem ruinzinha, é meio triste (ENF₉).*

A fala “*deu vontade de esganar ela também*” reflete o posicionamento dos profissionais de saúde de que as mulheres têm “em suas mãos” a possibilidade e a capacidade de não se envolverem em relações violentas. Isso mostra a

responsabilização da mulher pelo comportamento violento do companheiro, como se dependesse apenas dela, desconsiderando todas as dificuldades e as limitações imbricadas nas relações de poder. Essa atribuição de culpa atesta que as desigualdades de gênero mantêm-se intocadas pelos profissionais, prevalecendo a preocupação com a dimensão técnica e instrumental do cuidado, desvinculado da vida concreta das mulheres rurais e dos sofrimentos impostos a seus corpos e mentes. Nessa perspectiva, e concordando com D'Oliveira et al (2009), Lopes e Silva (2004), argumenta-se que, talvez, a postura mais difícil seja essa resultante do respeito à usuária que é a escuta sem julgamento, escuta que busca a compreensão mútua sem procurar culpados e inocentes.

Outros impedimentos para constituir vínculo com os serviços de saúde estão relacionados ao **contexto de vida** dessas mulheres e direcionam-se, principalmente, às atividades que desenvolvem em cenários rurais – na lavoura e no espaço doméstico – as quais as induzem ao afastamento dos serviços de saúde. Assim, a busca pelo serviço ocorre apenas em situações extremas que, segundo uma enfermeira, “*compromete a sua lida*”.

*A dificuldade em primeiro lugar é de tirar elas de casa [...] vem sempre em primeiro lugar a questão do serviço, do trabalho... 'Ah tem muito trabalho, ah não posso ir'. Essa questão do fumo aqui, eles tem prazos pra colher, tem que ser ali pra colocar o agrotóxico, pra plantar, então dentro desses prazos eles são totalmente focados, e muitas vezes até se tu vai na casa fazer uma visita domiciliar tu não encontra a pessoa, a pessoa tá na lavoura, então **a primeira dificuldade é a questão de tirar elas de casa ou até de tu chegar na casa e encontrar elas, porque o foco no trabalho é superior a tudo** (ENF₃₇).*

Observa-se que as mulheres rurais desempenham duplas ou triplas jornadas, o que repercute em sobrecarga de trabalho, configurando-se violência. Esse fato, muitas vezes, faz com que deixem de lado suas dores e sofrimentos, em detrimento das exigências de permanência e cumprimento da jornada de trabalho sob pena de inviabilizar a produção familiar. Essa situação corrobora com o estudo desenvolvido por Matos (2000, p. 107) quando investigou o itinerário terapêutico de agricultoras, no qual mostra que as agricultoras buscam os serviços de saúde quando já não podem mais suportar a dor, e quando os sinais da doença são visíveis ou “palpáveis”. No entender da autora, isso configura a relação entre consumo de serviços de saúde, desgaste físico, exposição a riscos pelo exercício da profissão de agricultora e a dificuldade objetiva de ausentar-se da “propriedade”.

Frente a essa multiplicidade de elementos, observa-se que a violência contra as mulheres rurais nas práticas de cuidado dos profissionais assume uma posição marginal como objeto de intervenção em saúde e, dessa forma, não é incorporada à construção do trabalho em saúde. Assim, dizem Kiss e Schraiber (2011, p. 1949), “remete-se [a saúde] a campos distintos de intervenção, tomada como cadeia de causalidade que escapa ao espectro da saúde”.

As práticas de cuidado que predominam entre os profissionais entrevistados neste estudo, permanecem na dimensão do manejo técnico-instrumental. Esse olhar, por sua vez, reforça a fragmentação da atenção, as fragilidades e a desmobilização da organização coletiva para mudanças, e também, reproduzem posturas conservadoras na permanência da dominação masculina.

8.2 Elementos das Práticas de Cuidado dos Trabalhadores da Saúde – potencialidades para a atenção integral

Analisaram-se, aqui, alguns elementos identificados nas falas dos Agentes Comunitários de Saúde que se caracterizam como potencialidades para a construção de uma abordagem “diferente” – as mulheres rurais vítimas de violência. Mesmo que com resolutividade limitada, observou-se que esses trabalhadores procuram, com as ferramentas disponíveis, contornar as dificuldades e desenvolver ações de cuidado centradas nas usuárias. Mostraram-se mais “sensíveis” aos eventos violentos, construindo, talvez, a capacidade de criarem novas práticas éticas e comprometidas com os direitos de cidadania das usuárias em sua diversidade de gênero, etnia, classe social, entre outras.

Os primeiros elementos identificados nas falas dos ACS, centram-se em dispositivos relacionais – acolhimento, vínculo, diálogo e orientação. O primeiro dispositivo mencionado foi o **acolhimento**.

[...] tive um caso que levou muito tempo para a mulher tomar uma decisão, pois aqui no meio rural é mais difícil para a mulher sair de certas situações [...] eu sempre acolhia ela, conversava, explicava como que são as coisas [...] tento sempre acompanhar, então é importante fazer com que a mulher sintasse bem e acolhida (ACS₂₀).

Nas dimensões referidas, entende-se que o acolhimento pressupõe a atitude ética do cuidado, interesse pelas necessidades do outro, abertura humana, respeito

ao usuário, e também avaliação de riscos e vulnerabilidades – elementos que atestam a materialidade dos eventos de violência. Pode-se depreender da fala o acolhimento como proposta voltada para a melhoria das relações dos trabalhadores da saúde com as usuárias rurais vítimas de violência, concretizado, no encontro usuária-profissional, por meio da escuta, do reconhecimento de suas demandas e busca de soluções possíveis.

Nessa perspectiva, Teixeira (2003, 2005) declara que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda a atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial. Esse autor propõe o acolhimento de forma dialogada, que pode ser exercido por qualquer profissional e em qualquer local. Esses elementos do acolhimento são reconhecidos como um dos componentes das “conversas” realizadas pelos trabalhadores da saúde, como consta na entrevista a seguir.

[...] eu procuro acolher bem a mulher que está sofrendo algum tipo de violência, às vezes, essa mulher conta apenas com nós para conversar, pois sabe que no meio rural, as casas são distantes, e elas não costumam muito se visitar [...] deixo ela falar, e a gente procura conversar bastante, mas não imponho nada eu deixo sempre que ela possa ir se organizando (ACS₁₇)

Na perspectiva da fala do ACS, o acolhimento envolve, além da compreensão, o respeito ao tempo que essa mulher, muitas vezes, necessita para tomar a decisão certa; envolve a compreensão do porquê a mulher retoma o relacionamento com o agressor, não porque “gosta de apanhar”, mas porque ainda não encontrou outras formas de relacionar-se. Isso mostra que o ACS, pela abertura que tem em acolher essas mulheres, pode situar-se no elo entre a vergonha e a coragem para a mulher sair das situações violentas e denunciar o problema. O ato de acolher as angústias dessas mulheres, encorajando-as ao relato do sofrimento, de sintomas de depressão, ansiedade ou algum tipo de queixa vaga é qualificativo dos agentes comunitários para uma conduta verdadeiramente terapêutica.

Na proposta do acolhimento, segundo Tesser, Poli Neto e Campos (2010), estão envolvidas “duas pernas” fundamentais: uma ética e política, em que se almeja melhorar a postura dos profissionais no contato com a clientela; e outra de gestão e de modelo assistencial, que visa reformular a tradição burocrática e rígida

ao melhorar o acesso e o cardápio de ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica, facilitar o cuidado interdisciplinar.

Nesse sentido, evidencia-se que a proposta de acolhimento, ainda que apareça nas falas dos trabalhadores da saúde, situa-se (ou não) no plano das práticas individuais de cada profissional (no plano da ética privada), com dificuldades de integrar-se à gestão dos serviços e constituir-se em dispositivo propulsor de um novo agir em saúde.

Na mediação dos elementos que se colocam para o acolhimento, muitos ACS mencionaram que o fato de trabalharem com determinada população permite uma aproximação maior com as pessoas, gerando sentido de “responsabilidade” diante da saúde das usuárias. Isso, potencialmente, possibilita acolher suas necessidades, criar vínculo com as mulheres, e a construção de espaços de diálogo e confiança abre caminhos, em muitas situações, para falarem sobre esse problema.

A construção do **vínculo**, segundo os ACS, acontece principalmente durante a visita domiciliar, no encontro entre sujeitos (trabalhadores e usuárias), o que pode, em muitos casos, permitir o desvelamento da violência vivida.

*[...] através primeiramente, principalmente da nossa visitação. Aquela visitação seguida, aquela amizade, aquilo tudo ali nos leva a enxergar onde se começar primeiro, e aí a gente vai indo. [...] **entrar no lar, conseguir amizade, conseguir assim a atenção, conseguir a confiança, do vínculo que construímos, isso ajuda a conhecermos as mulheres, e elas sentem, muitas vezes, em nós alguém para desabafar** (ACS₅).*

*E eu chegava nessa casa e era bem interessante porque o marido podia tá na lavoura ou qualquer lugar na volta, quando eu chegava com o barulho da moto ele vinha rapidinho para casa e aí ela começava a conversar comigo e ela olhava para ele e ele ficava ali em cima para ouvir tudo que eu iria falar. E eu comecei a perceber que tinha algo errado [...] uma vez eu conversava com ela, fazia minhas perguntas e eu via que ela falava só o básico, só o essencial, que ela até tinha vontade de falar mais alguma coisa, mas ela se sentia com medo [...] um dia eu cheguei na casa dela e ele tinha ido para o mato mais longe da casa, ela começou a tremer e já me chamou para um canto atrás da estufa, pois precisava muito falar comigo, mas apavorada, com medo que ele ia ver ou chegar, e ele ia perceber e ele não podia saber que ela tinha me contado o que tava acontecendo porque se não ele podia até tentar matar ela [...] os pais dela moravam com eles e ela me contou horrorizada que ele só não tinha usado de violência sexual ainda com ela, mas ficava nu na frente dos pais dela. **Então ela me contou porque a gente tem um vínculo muito forte, e ela confiava em mim [...] orientamos ela, encaminhamos e ela conseguiu sair dessa situação, separou dele e hoje está vivendo bem** (ACS₅).*

Observa-se, nas falas, que o estabelecimento do vínculo com as mulheres rurais permite a construção de relações de confiança e de abertura, possibilita a reciprocidade de experiências e fomenta a interlocução entre sujeitos. Isso potencializa formas de negociações que caminhem para o consenso de necessidades e responsabilidades compartilhadas de forma horizontal e de reconhecimento do outro como detentor de poderes/direitos e saberes, questionando as ações de cuidado centradas simplesmente no saber do trabalhador.

Nessa perspectiva, Merhy (2006) salienta que o vínculo é um dos aspectos fundamentais da atenção integral e para criá-lo é necessário ter relações próximas e claras com o indivíduo e/ou coletivo, a ponto de se sensibilizar com o seu sofrimento e se tornar a referência para ele, em um processo de transferência que possa servir para a construção de autonomia do próprio usuário. Por isso, a constituição do vínculo requer segundo D'Oliveira et al (2009), atitude de respeito para com a mulher em situação de violência, ao se demonstrar interesse pela sua situação, e uma escuta sem julgamento; já, a confiança está associada ao sigilo e à privacidade, que promovem o sentimento de segurança na mulher que relata suas vivências do cotidiano de violência sofrida.

Ancorando as reflexões na prática deste estudo, constatou-se que, para a constituição e fortalecimento do vínculo e da confiança, alguns trabalhadores referiram à importância de “valorizar” a comunicação e o diálogo com as mulheres rurais, pois, por mais reduzido que ele seja, abre-se uma porta para a “vida dessa mulher” na dinâmica do trabalho em saúde, permitindo, muitas vezes, superarem seus sentimentos de medo e vergonha para falarem sobre situações de violência. O interesse demonstrado, no ato do cuidado, em ouvir as inquietações dessas usuárias de modo acolhedor, começa, assim, a firmar o vínculo.

*[...] quando eu tenho conhecimento de um caso de violência aqui com as mulheres rurais, **eu procuro estar mais próxima, sabe, conversar mais, fazer com que elas se abram e digam realmente o que está acontecendo** [...] converso com pai, com mãe, às vezes quando não tem família perto, com um vizinho, no que a gente podia ajudar, para tirar ela, fazer com que essa pessoa reaja, mostrando alguns caminhos (ACS₄).*

A fala mostra que os espaços de diálogo, de conversa, permitem à mulher rural expressar suas necessidades. Assim, é esse encontro que possibilita a problematização das situações de violência vividas no cotidiano e naturalizadas na dimensão das relações assimétricas de poder do mundo privado da família. O

encontro com algum trabalhador da saúde pode transformar-se em fundamento para mudanças, visibilizando e empoderando essa mulher para atitudes de enfrentamento dessas situações. Conforme Backes, Filho e Lunardi (2005), o diálogo potencializa uma relação horizontal de pessoa para pessoa, de abertura e desvelamento da realidade pessoal, como relata uma ACS: *“a comunicação e o diálogo são as melhores estratégias para vencer e superar muitos problemas de saúde, principalmente com as mulheres lá do interior, porque às vezes eu sou a única pessoal com quem elas conversam”* (ACS 1). Reconhece-se o diálogo como ferramenta essencial no que se refere à dimensão do cuidado com as mulheres rurais, visto potencializar momentos de interação únicos. Assim, por meio do diálogo busca-se estabelecer um significado coletivo e horizontalizado entre os diversos saberes para a superação das situações-limite em que os trabalhadores se encontram, muitas vezes, inseridos.

Para Ayres (2009), quando se busca uma aproximação não-tecnocrática as questões de diagnóstico e intervenção em saúde em escala coletiva, quando se busca uma resposta social aos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os sujeitos de “carne e osso”, a qual não se constrói efetivamente senão numa relação de cuidado. Por isso, o diálogo não deve ser mero recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, mas de produção de compartilhamentos, familiarização e apropriação do que até então era desconhecido no outro.

Em relação à integralidade diz Mattos (2006, p. 61) “quer tomemos a integralidade como um princípio orientador das práticas, quer como um princípio da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura ao diálogo”. Dessa forma, o diálogo e a comunicação seriam o caminho e o meio para a integralidade, fundada nas interações positivas e relações de respeito entre sujeitos e profissionais da saúde. Essa argumentação principalista parece sustentar as palavras dos ACS citados.

Na relação entre usuárias e trabalhadores apareceu, frequentemente, nas falas, a dimensão da **orientação** como ferramenta que possibilita “mostrar” caminhos às mulheres, no sentido de fortalecer suas atitudes para a desnaturalização das situações de violência, levando-as “quem sabe”, ao rompimento dessas, como expressam as falas a seguir.

[...] eu tenho para te dizer que a nossa ferramenta que nós temos é a ferramenta orientativa [...] em geral a gente procura orientar, procurar mostra para a mulher que ela não precisa ficar nessa situações, que é sim possível e que ela tem os seus direitos (ACS₂).

*[...] nós aqui nas áreas rurais temos feito para as mulheres rurais nesse tema é **sempre orientá-las, a gente conversa, escuta elas, e tenta orientar sobre o seu papel, tentando sempre mostrar caminhos, olha tu pode ir por aqui ou por lá, valorizando essa mulher** [...] isso é difícil, mas esclarecer, orientar essa mulher é importante, pois muitas mulheres rurais não sabem dos seus direitos, e porque viveram a vida inteira assim acham que tem que continuar assim, por isso temos que orientá-las (ACS₁₈).*

A dimensão “orientativa” coloca-se enquanto estratégia importante para mediar as interlocuções entre os sujeitos, empoderar e fortalecer as mulheres para o enfrentamento das situações violentas. D’oliveira et al (2009) afirmam que os ACS encontram-se na específica situação de acesso e relação diferenciada frente às questões do domicílio e da vida comunitária das usuárias por serem promotores da não violência mediante a divulgação, informação e orientação sobre direitos e serviços existentes na comunidade e fora dela; são agentes privilegiados.

Pensa-se que os dispositivos relacionais analisados podem potencializar a atenção integral às mulheres rurais vítimas de violência, e apontam para a busca de um modo de agir em uma dimensão interativa, baseada na escuta, na orientação, no acolhimento, com ênfase na comunicação entre usuária e trabalhador de saúde, e, como diz Merhy (2002), as tecnologias leves – a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde – devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. No entanto, como se observou ao longo deste estudo, esse modo de agir em saúde aparece vinculado mais frequentemente às práticas de cuidado dos ACS do que dos demais profissionais que integraram este estudo.

Outro elemento sinalizado nas falas que se acredita ser potencialidade da atenção integral no campo da violência é a **construção de ações coletiva** para essas mulheres, por meio de atividades grupais. Essas ações constituem-se em espaços, segundo os entrevistados, potencialmente privilegiados para a promoção da saúde e o empoderamento individual e coletivo dessas usuárias.

O **espaço de grupo** foi mencionado pelos trabalhadores como *lócus* privilegiado para a identificação de casos de violência contra as mulheres rurais, e também com o propósito de oferecer um lugar “protegido” de troca de experiências e

de construção de cidadania. Esse espaço, não raro, é o único que possibilita às mulheres rurais estarem em outro ambiente que não o do domicílio. Em geral, estão limitadas ao isolamento no próprio sofrimento naturalizado e pelo afastamento concreto, muitas vezes, também geográfico, de qualquer serviço que possa funcionar como rede de apoio.

[...] a gente aqui trabalha muito com as mulheres rurais nas atividades de grupo, assim se reúne uma vez por mês e elas participam até bastante [...] nesses encontro a gente discute vários assuntos, e buscamos sempre trazer profissionais, como psicóloga, assistente social, nutricionista para conversar com elas [...] a enfermeira está sempre junto organizando essas atividades [...] eu acho que com isso essas mulheres conseguem falar de coisas que vivem no dia-a-dia e a gente vê que elas ficam mais fortes depois do grupo (ACS₁₉).

Os ACS entendem que ao desenvolverem trabalhos com grupos, têm a oportunidade de estimular as mulheres rurais a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos por elas próprias, reconhecendo potenciais na comunidade de origem. Assim, esses momentos coletivos tornam-se possibilidades concretas (afastamento do domicílio, espaço de proteção) dizem eles, para a tomada de consciência e reconhecimento de alianças capazes de proporcionarem alternativas ao vivido até então.

Na prática, as falas mostram que, para a efetivação das ações de grupo, parte-se de uma abordagem educativa intermediada pelo diálogo, pela conversa, tendo como eixo o desenvolvimento da cidadania e da autonomia. Nessa abordagem, Maffaccioli e Lopes (2005) salientam a comunicação como ferramenta interlocutora nas atividades de educação em saúde e como mecanismo de intercâmbio entre o saber científico e o popular, proporcionando a socialização do saber científico e o reconhecimento do saber popular. Somado a isso, o formato de grupo possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação entre os participantes, sendo que muitos buscam amparo para seus problemas de saúde, nesses espaços.

Os participantes também consideram essas ações **potencializadoras do empoderamento** das mulheres rurais, o qual se transforma em sinônimo de fortalecimento e possibilita às mulheres desenvolverem poder e controle sobre suas decisões e problemáticas de vida. O empoderamento, segundo Cortez e Souza (2008), implica, pois, o reconhecimento das restrições sociais a que a categoria está

submetida e da necessidade de reversão dessa situação, por meio de mudanças em um contexto amplo/público e também em contextos mais específicos, ou individuais para mudança das relações de poder entre homens e mulheres, refletindo novas construções e imaginários sociais.

É na direção desse empoderamento que se observou que os trabalhadores apontam diversos aspectos que este estudo se propôs abordar, como parte da conscientização dos direitos das mulheres: a identidade feminina; o papel da mulher na sociedade; os direitos de homens e mulheres na família e na sociedade; como reconhecer a violência doméstica e suas consequências para a saúde; o questionamento da violência doméstica como elemento “normal” no relacionamento conjugal, e orientações sobre os recursos legais e sociais disponíveis para as mulheres rurais em situações de violência.

Meneghel et al (2003) avaliaram o papel dos grupos como dispositivo de apoio para mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero e, mostraram que, por meio das ações grupais, é possível auxiliar mulheres, em situação de vulnerabilidade, a tornarem-se mais autônomas, resgatando suas experiências a partir de suas histórias de vida e da ritualização das violências vividas. As autoras afirmam que empoderar as mulheres nesses espaços coletivos é uma estratégia capaz de mudar suas vidas e gerar transformações nas estruturas sociais.

Em várias falas identificou-se que as ações de grupo também contam com a parceria da Associação Rio-Grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER/RS), especificamente na figura das extencionistas. Destaca-se que essa associação tem trabalhado na extensão rural visando a promoção da sustentabilidade socioambiental e cidadania, e a geração de trabalho e renda, tendo, por premissa básica, o diálogo construtivo com todos os atores e as entidades comprometidas com o desenvolvimento rural em todas as dimensões: social, econômica, cultural e ambiental. Dentre as atividades desenvolvidas por esse setor estão capacitação dos agricultores e agricultoras, ações que promovam proteção à saúde das populações e a preservação do meio ambiente. Nessa direção que o campo da saúde agrega-se à EMATER no desenvolvimento de ações coletivas com as mulheres rurais.

[...] desenvolvemos os trabalhos com as mulheres rurais nos grupos juntamente com a EMATER, tem a extencionista que organiza junto conosco as atividades para essas mulheres, nesses encontros a gente conversa, ensina a fazer sabão, essas coisas assim

sabe, e elas gostavam muito, sobre receitas de como aproveitar os alimentos produzidos na lavoura [...] também a gente lida muito com o artesanato, ensina elas a fazerem para depois venderem e terem um dinheiro, então esse trabalho é muito produtivo pois a gente consegue interagir com elas e elas também com a gente (ACS₄₇).

Essas ações coletivas proporcionam espaços de aprendizado e estimulam às mulheres rurais a produzirem, seja o artesanato ou outros utensílios como forma de geração de renda. Com isso, potencializam-se lugares em que elas podem sentir-se acolhidas, produzindo novas possibilidades de experimentação nas relações socioafetivas.

Há outras experiências, além das atividades de geração de renda desenvolvidas em parceria com a EMATER/RS, relatadas pelos trabalhadores – as **oficinas com as mulheres rurais para a geração de renda** – que, segundo eles, potencializam seu empoderamento e autonomia.

[...]trabalhamos com cinco grupos de mulheres, uma vez por mês a gente se reúne [...] a gente já passa as informações de saúde, o que mudou, de agendamento de consulta, trabalha o artesanato, gente conversa sobre gênero, eu estudei muito com elas sobre gênero [...] a gente conta piada, dá risada, é um meio da mulher sair de casa [...] no início era pouca participação, hoje 90% das mulheres participam dos grupos, e aquelas que não vem a gente vai fazer reunião lá na casa delas (ACS₅₂).

[...] nos temos o grupo de mulheres que trabalhamos com a auto-estima, trabalho com artesanato, porque muitas não têm o dinheiro para comprar uma calcinha [...] a gente faz o artesanato que elas procuram fazer, vender e ter um dinheirinho próprio às vezes até emprestam para o marido [...] um marido dessas mulheres que participa disse para mim que não queria mais que eu tirasse a mulher dele fora de casa, então eu procurei fazer na casa dele que é do assentamento, fizemos o encontro e a mulher dele vendeu umas coisas e deu dinheiro para ele ir para cidade, e gente foi conversando sempre com ele [...] hoje ele aceita e até incentiva as atividades (ACS₅₃).

Nas áreas rurais, como mencionado anteriormente, o lugar do produtivo é domínio simbólico masculino, ao domínio feminino institui-se o espaço privado, ou seja, o do reprodutivo. A consciência de tais domínios que se mostram diferentes na prática agrícola, em que as mulheres transitam e têm responsabilidades nas duas esferas, torna-se clara nos espaços de discussão, de troca de experiências, dando visibilidade às assimetrias e ao reconhecimento de direitos iguais entre os sexos no espaço público e no mundo privado da família. Pode-se afirmar que alguns dos profissionais alimentam essas ideias, valorizando o trabalho feminino dentro e fora

da casa e fomentando rupturas com essa “materialidade” das desigualdades de gênero.

Nessa acepção, Campos (2003) salienta que o papel do profissional de saúde é o de agir sobre o outro que se põe sob seu cuidado, mas também é o de ajudar os outros a se ajudarem, estimulando a capacidade das mulheres para enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida, principalmente valorizando seus potenciais, conforme demonstram as falas a seguir.

*[...] um grupo de mulheres, aonde a gente consegue tirar elas de casa, para onde a gente vai se distrair, então eu trabalho com artesanato, elas chegam a dizer assim para mim: “mas como é que eu vou aprender isso? ‘Nunca’. “Nunca não existe, tu tem qualidades, tu vai aprender”. Daqui uns dias elas estão fazendo crochêzinho, estão fazendo uma pinturinha, uma caixinha, elas se sentem realizadas, é uma maneira de tu mostrar que elas tem valor [...] mostrar que elas são valorizadas, porque elas se acham ninguém. “Ah, mas como é que eu vou fazer, eu não sei contar”. “Sabe”. “Que eu não posso fazer crochê” “Sabe”. “Ah, mas eu nunca fiz.” “Vai aprender” [...] o primeiro bordado fica mais ou menos, mas tu vê a alegria no olho quando elas trazem um guardanapinho feito por elas. Isso aí te realiza, sabe? **É a única maneira que eu acho de melhorar a auto-estima e valorizar elas [...] elas se sentem o máximo** (ACS₅₄).*

*[...] a gente faz uma feira para vender os artesanatos e os produtos, com as vendas elas arrecadam dinheiro, e daí o grupo compra mais material para ser vendido para depois ser dividido. Porque o nosso grupo não tem ajuda de ninguém, e só com recursos próprios [...] elas vendem super bem, **e tem que vê a alegria delas, elas sentem-se super valorizadas com isso** (ACS₅₄).*

As oficinas, que fomentam a geração de renda das mulheres rurais, repercutem fortemente na sua valorização e lhes proporcionam elevação da autoestima, o que, segundo os participantes, encontra-se prejudicada. Por isso, desenvolver essa valorização possibilita enfrentar a vida com mais confiança, boa vontade e otimismo, e, além disso, lhes permite expandir a capacidade de ser feliz e a autonomia.

Quanto ao estímulo à autonomia do sujeito nos espaços de grupo, essa prática dos ACS aproxima-se do que dizem Campos, Barros e Castro (2004), que se trabalha pela autonomia dos sujeitos e coletividades para estabelecer possibilidades crescentes a fim de que os indivíduos criem normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativos, solidários e produtores de movimento. Ao mesmo tempo, trabalha-se para a criação de possibilidades de satisfação de suas necessidades, desejos e prazeres.

As ações coletivas desenvolvidas por alguns dos trabalhadores de saúde citados potencializam a autonomia dessas mulheres, porque, implicam possibilidade de elas reconstruírem os sentidos da vida, e esta ressignificação assume importância no seu modo de viver. Inclui-se, aqui, a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível, e relações mais simétricas entre usuários e trabalhadores da saúde.

Identificou-se, além das experiências citadas, em dois municípios, a montagem de **peças teatrais** como estratégia promocional de saúde no enfrentamento da violência. A estratégia utilizada resgata a concepção da saúde como produção social e caracteriza-se em ação de âmbito coletivo, que extrapola o campo da prevenção e insere-se no campo da promoção da saúde, e sua abordagem pode ajudar a romper a hegemonia do modelo biocentrado e medicalizado.

A utilização do teatro, segundo Vieira et al. (1999), constitui-se em uma arte dramática, embasada nas representações de momentos, situações ou problemas, envolvendo uma prática coletiva e social, muito presente atualmente, despertando a criatividade e o aprendizado por meio da descontração proporcionada ao público, conforme expressam as falas abaixo.

*[...] **agora nós estamos trabalhando com um grupo de agentes, a gente se juntou para fazer um grupo de teatro, e são as agentes de saúde do meio rural** [...] então a gente tem trabalhado assim nas escolas, a gente quando têm reuniões dos pais nas escolas, também nas associações, para gente pegar um todo assim da família [...] **a gente trabalha com peças de teatro, com orientação**. Ali a gente apresenta uma família que é basicamente aquilo que a gente observa no nosso trabalho. Então ali muitas das mulheres e muitos dos maridos se veem, e isso chama a atenção deles porque não é uma coisa isolada só da casa deles que ninguém pode saber, é uma coisa que realmente existe, mas existe tratamento, existe a prevenção para aquilo ali. Embora, às vezes, seja num passinho de formiguinha (ACS₅).*

*[...] **até agora que a gente tá montando peça de teatro** [...] **numa peça a gente retratou a violência**, foi onde a gente colocou um casal de idoso, que moravam junto com os filhos e tinham uma neta rebelde. Que era rebelde, que pedia dinheiro tanto para avó quanto para o avô, e maltratava ali no dia-a-dia verbalmente. E também mostrava a forma como o casal relacionava-se ele mandando na mulher, e ela obedecendo, e aos poucos a gente ia falando como é possível sair dessas situações [...] foi bem legal (ACS₁₈).*

A estratégia teatral é reconhecida como ferramenta de mobilização e empoderamento das mulheres, de promoção da saúde, de enfrentamento e redução

da violência. Os relatos afirmam que o caráter lúdico da estratégia chama a atenção dos espectadores, e que as “histórias” contadas fazem referência a situações e problemas semelhantes aos vivenciados pelas usuárias, ou pela comunidade. Isso estimula questionamentos sobre as situações e pode auxiliar muitas mulheres a romperem o silêncio, dizem os agentes.

Segundo Moreno et al (2005), as dramatizações são compostas a partir de uma linguagem metafórica que utiliza códigos simbólicos para outorgar significados subjetivos a fatos da realidade, recriando e dando encaminhamentos diversos aos fatos, surgindo a possibilidade de novas leituras e compreensões. Neste sentido, a estratégia teatral – propulsora das ações promocionais em saúde – resulta de um complexo processo que envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas, atuando nas dimensões tanto de intervenções em âmbito global do Estado quanto na singularidade e autonomia dos sujeitos.

As ações coletivas descritas aparecem como potencializadoras da atenção integral ao se reconhecer, nas falas dos participantes, uma postura diferente ao valorizarem ações socioeducativas abrangentes, apontando-as como norteadoras do processo de cuidado. As ações conjuntas também permitem a aproximação com as comunidades rurais, possibilitando conhecê-las e ter subsídios para sustentarem práticas e construir formas compartilhadas de superação dos problemas identificados.

Destaca-se que os elementos potencializadores da atenção integral a mulheres rurais vítimas de violência, aqui discutidos, apresentam-se como ferramentas importantes no processo de construção da ação em saúde. Embora se reconheça a ação isolada, ainda dependente de indivíduos, evidencia-se, neste estudo, que há um tensionamento nas práticas, principalmente, dos agentes comunitários de saúde para a inclusão das violências como eventos do campo de atuação e responsabilidade da saúde, e das usuárias rurais como protagonistas do cuidado, estabelecendo uma relação entre sujeito-trabalhador-usuária.

9 ENTRELACANDO O EMPIRICO E O TEÓRICO: reflexões, construções, (des)construções e questionamentos

Afinal, o rural integra (ou não) espaço e campo de atuação da saúde? Existem respostas institucionais efetivas do setor saúde às mulheres rurais que dão conta da dimensão “do direito à saúde” que declara a Constituição Federal? Gestores e profissionais se reconhecem representantes legais públicos e responsáveis por concretizar as diretrizes e os princípios do SUS? De que forma insere-se no campo do cuidado o sofrimento das mulheres rurais vítimas de violência, se, no arsenal protocolar, não existe “código” ou “diagnóstico legítimo” para isso?

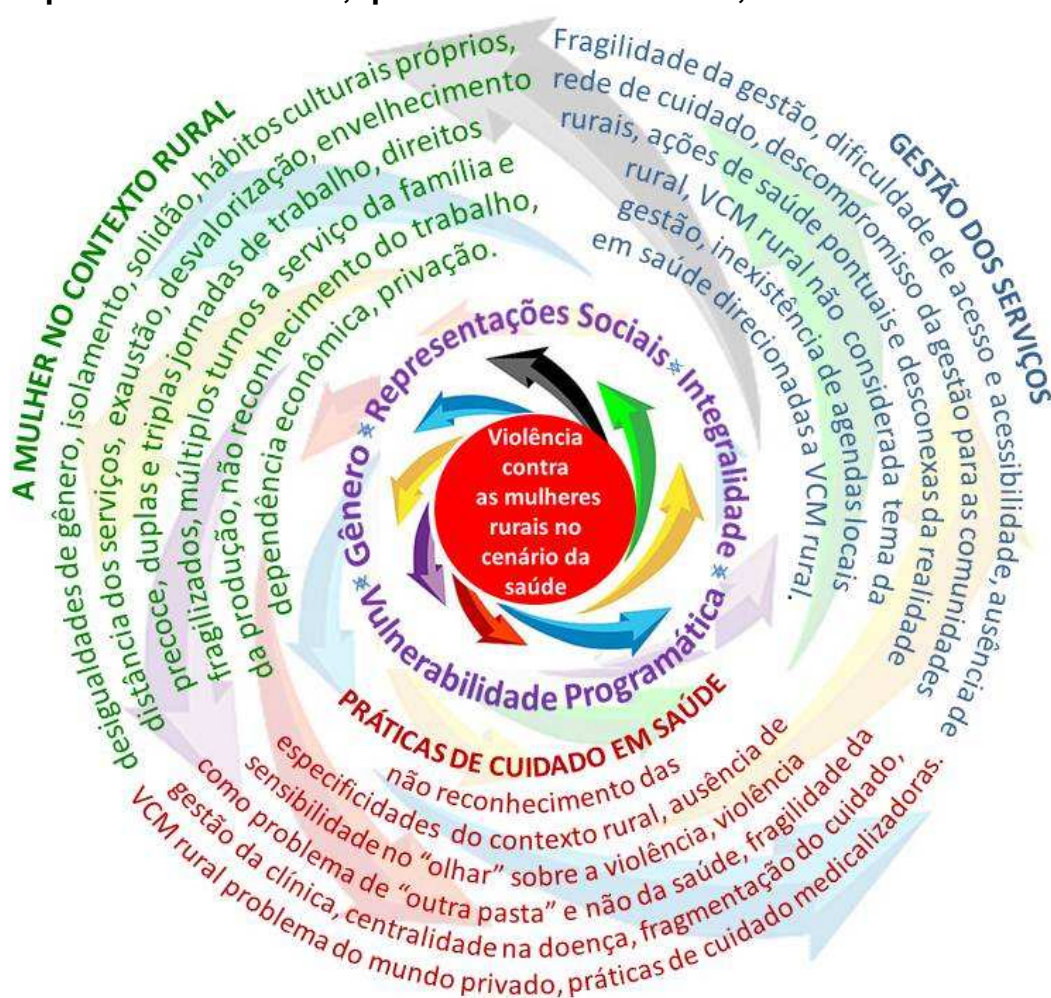
Essas inquietações foram se constituindo em tensionamentos ao longo da caminhada de observações, reflexões, leituras, construções e (des)construções acerca da violência. Assim, esses tensionamentos e os entrelaçamentos teóricos e empíricos que dão corpo e sustentam a presente Tese originaram a Figura 11, a seguir inclusa. A forma (estrutura) da Figura aponta para a dimensão “não pré-fixada”, mas que representa o movimento dialético de construção e (re)construção do conhecimento a partir dos contextos históricos e sociais.

Falar sobre violência contra as mulheres rurais no cenário em estudo, é falar sobre uma violência “silenciosa” e “silenciada” que se revela de diversas formas, em vários “não-ditos” em que as mulheres estão inseridas em um contexto cultural fortemente machista e excludente, não sendo reconhecidas como “mulher” e trabalhadora, ou sujeito de direitos. Para as mulheres rurais em estudo, a situação é de vulnerabilidade em relação ao enfrentamento da violência, não há espaços institucionais nos quais possam buscar apoio e serem acolhidas, especialmente no setor saúde. Isso mostra que existem lacunas – desigualdades – entre o urbano e o rural que se concretizam tanto pela falta de informações sobre o que ocorre nas áreas rurais quanto pelas ações realizadas que se concentram nas áreas urbanas.

As dimensões representacionais, políticas e técnicas descritas ao longo do estudo, e que podem ser observadas na Figura, apontam, inicialmente, para uma população rural sem inserção formal no sistema de saúde municipal. Isso se reflete na negação da saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado”, porque o cenário rural, conforme os achados deste estudo, não é reconhecido como espaço de cuidado em que gestores e profissionais enquanto representantes legítimos potencializem ações e intervenções que promovam a saúde enquanto direito de

cidadania. Reproduzem-se, apenas, atos concretos, serviços em que organizam suas práticas de modo desarticulado das necessidades dessas comunidades. No entanto, o direito à saúde é de todos independente do contexto em que vivem, e esse direito não pode se limitar à questão geográfica. E mais: saúde é mais do que uma “cesta” ou “cardápio” de serviços, mas está profundamente articulada a qualidade dos serviços, em suas dimensões materiais e subjetivas, e sobretudo ao comprometimento “sensível” de atitudes concretas de respeito, no processo de enfrentamento das singularidades do adoecer e morrer das mulheres rurais e de reconhecer o seu direito à saúde.

Figura 11 - Representação gráfica dos elementos empíricos e teóricos, políticos e técnicos, que sustentam esta Tese, 2012.



Fonte: COSTA, M.C.; Municípios da Metade Sul/RS, 2011.

Observando-se os elementos apresentados na Figura 11, constata-se que o setor saúde ainda não reconheceu a violência contra as mulheres rurais como problemática a ser abordada e enfrentada. Evidencia-se, também, que essa problemática não faz parte das responsabilidades profissionais, por receio de se

envolverem em conflitos ou, ainda, por não estarem preparados para desenvolver cuidados adequados, propondo soluções efetivas às vítimas. Muitos dos pesquisados tratam as violências como “caso de polícia” e não de saúde pública, problema de segurança apenas e não da atenção do âmbito da saúde e do campo dos direitos individuais de cidadania e vida digna.

Os serviços de saúde, em muitas situações, não se constituem porta de entrada para os casos de violência contra as mulheres, apenas para aqueles casos que apresentem danos físicos. Esse fato se insere na concepção de saúde ainda centrada na doença, na biologia e, ao mesmo tempo, em um restrito conceito de violência como dano físico. Assim, evidenciam-se elementos ideológicos constitutivos das diretrizes políticas da gestão pública e das ações nos serviços ampliados apenas nos atos legislativos e no plano das teorias e menos nas práticas do setor saúde, e as mulheres rurais não são reconhecidas como sujeitos de direitos com agravante da submissão a lógicas hierárquicas de gênero. Pode-se, portanto, inferir que essas situações obstaculizam a concretização de ações efetivas e, menos ainda, pautadas na integralidade nas diferentes dimensões da assistência.

As práticas profissionais em saúde, discutidas neste estudo, têm sustentado sua ação em detectar a violência com a "busca ativa" de rotina. Quando detectada a violência, a demanda é rejeitada como "não-doença", “causa externa” (como sinônimo de não legítima do campo da saúde) ou, ainda, como patologia mental. Assim, considerando-se violência como doença (mental), incorre-se no aprofundamento da ideia de vitimização. A vitimização assenta as mulheres nessa situação, e também os doentes, como sujeitos incapazes que necessitam de tutela especializada (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999) e, pode-se acrescentar, atreladas a um “destino de gênero”.

Sob esse ponto de vista, a interpretação da violência como doença pela usuária, e reconhecida como patologia pelo profissional, resulta na perda dos sentidos “humanos do vivido desse evento”. Tende, assim, a ser desconsiderada e desqualificada como de origem social ou psicológica e não é acolhida pelos serviços, pelo fato de operarem sob a lógica da racionalidade biomédica de intervenção, ou seja, a doença como alteração de forma ou função do corpo feminino. Ou, ainda, ganham legitimidade, quase que exclusivamente, as dimensões reprodutivas do corpo feminino na busca da preservação do sistema sexo-gênero, de modo que tudo o que envolve a maternidade é legítimo e se tem “permissão para vigiar”. E a

violência, para muitos ilegítima no campo da saúde, quando e por quem será motivo de intervenção qualificada?

Nessa fragmentação do olhar sobre a violência, considerada patologia pelo profissional, acaba por reduzir ao corpo individual aquilo que é, por definição fruto das interações humanas e por conceder ao profissional (excluída a mulher) o juízo final sobre o caso, arbitrando, unilateralmente, o que é patológico e o que não é, e as formas de cuidado que devem ser adotadas. Ao medicalizar o corpo da mulher que sofreu violência reafirma-se a ideologia médica de definir a situação, obscurecendo a raiz social, política e cultural do problema. Muitas vezes, o sofrimento traduzido em queixas, trazidas pelas mulheres aos serviços, paralisa a ação dos profissionais por não disporem de recursos técnico-científicos para oferecer respostas, quando não há doença ou risco detectável que mereça alguma intervenção (SCHRAIBER et al, 2005; LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008; LEAL, 2010).

Esse mecanismo de defesa e antecidadão utilizado reflete-se na redução do sujeito – neste caso, a mulher rural em situação de violência – a fragmentos de um corpo biológico, o que torna as práticas de cuidado simplificadoras e segmentárias. Mudar esse olhar significa (des)acomodar certas conformações que garantem a cada área certa legitimidade de saber-poder.

Entretanto, a violência contra as mulheres rurais nas agendas e nas práticas de cuidado permanece na “obscuridade” justamente por essa mulher estar distante geograficamente e da sensibilidade de um olhar da saúde inclusivo. As intervenções permanecem individualizadas e não efetivas, o que leva a (re)vitimização dessas mulheres, resultado da conduta “instituída”, nos serviços de saúde, a de negligenciar tais situações, ou de integrá-las apenas de forma pontual nas ações de cuidado. O descompromisso e a não responsabilização são, nesses casos, o atestado da (des)qualificação para o atendimento desse tipo de evento e mostram o isolamento dos gestores e profissionais, configurando-se em uma “zona de conforto” dos mesmos, que, frequentemente, se veem impotentes para qualquer atitude de acolhimento e resolutividade.

Assim, ao longo deste estudo evidenciou-se que as ações, seja na dimensão política ou na dimensão técnica apresentam-se não resolutivas, fragmentadas, caracterizando-se em uma atenção descontínua do sistema de saúde, com foco na doença ou na prevenção individual, e baixa responsabilização pela saúde da

população rural adscrita, entre outros. Com isso, a fragmentação da organização do trabalho reflete um modelo verticalizado em que cada categoria e cada especialidade têm seu modo de atuar. No que tange à violência, a fragmentação das práticas pode estar relacionada à sua naturalização e ao despreparo dos profissionais de saúde para enfrentarem esses atendimentos, como também é resultante da fragilidade política e do pouco envolvimento institucional. Esse processo de “naturalização” torna invisíveis os eventos, suas causas e, conseqüentemente, impede ou dificulta a ação sobre eles. Assim sendo, destitui-se a responsabilidade ou o dever dos profissionais como representantes do poder público de “se envolverem” nessas “difíceis” situações.

Na direção do princípio da atenção integral, considerando sua multiplicidade de sentidos, indicam-se atributos e valores acerca das características desejáveis do sistema de saúde e das práticas de saúde que se contrapõem ao modelo biomédico, colocando a articulação dos saberes e a proposta do trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado por profissional. Nessa direção, observou-se que, ainda que exista, certa socialização de tal princípio do SUS por parte dos gestores e profissionais, e em algumas práticas dos ACS, sua referência e sustentação das práticas nem sempre ocorre em sentido e intenções únicas ou a partir da crítica às suas várias significações. As ações mantêm-se predominantemente orientadas pelo modelo clínico, obscurecendo outros problemas, por exemplo, a violência doméstica, e o que resulta é a “invisibilidade” desse fenômeno, a (des)articulação das práticas de cuidado entre os profissionais, e o “mascaramento” dessa problemática.

Tornar mascarada ou reservada essa problemática, que se aponta neste estudo, mostra certo medo e vergonha pública, e também deslegitimidade para se envolver em assunto considerado “não sendo seu”. Isso potencializa o problema no contexto rural em que, no espaço privado, segundo os participantes, são ainda mais arraigadas as desigualdades de gênero, e a manutenção da “lei do mais forte”. As atitudes citadas, fortalecem a negação desse fenômeno no campo da saúde, mostrando, novamente, a dificuldade desse setor em trabalhar com situações compreendidas como pertinentes à esfera privada e das relações familiares, contribuindo para destituir a violência do alvo de cuidado. A não atuação nesses “casos”, remete ao fato de transpor um problema privado para o espaço público, o que demandaria (des)mascarar as relações de poder entre marido e mulher e as

desigualdades presentes nas situações de violência vivenciadas, as quais são potencializadas para as mulheres rurais, sendo mais “cômodo” mantê-las intocadas nas desigualdades de gênero, e, justificando, assim, a prevalência da assistência em sua dimensão técnica.

Tal evidencia mostra que, no modelo de gestão e de assistência que se apresenta não se configura possibilidade principalista concreta de atenção integral. Os gestores e profissionais apresentam-se “sensíveis” somente às demandas por cuidado em saúde que envolvem o instituído no campo do tratável, não se mobilizando para transformar as práticas diante das necessidades mais imediatas das mulheres rurais, das suas especificidades e singularidades, nem para ampliar o alcance de suas ações. Em consequência desse modelo persistente tornam-se ilegítimos “outros” saberes não biomédicos e ou “outros” problemas sociais, pois reduzem completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico.

Neste estudo mostra-se que uma das limitações e dificuldades do setor saúde é a de aceitar, em seus “modelos assistenciais”, problemas – “sofrimentos” complexos – originários do cotidiano social, da vida das mulheres rurais que não são doenças típicas classificáveis e etiologicamente definidas. Dessa maneira, a linguagem dos sintomas e diagnósticos da clínica tornam-se insuficientes no universo multifatorial, portanto questiona-se: como promover uma “linguagem do não adoecimento” e sim da “sensibilidade ao sofrimento” das mulheres, e das rurais, em particular, escapando da conduta da medicalização pura e simples desses eventos?

Leal (2010) diz que está diante de uma “impropriedade” relativa ao setor de serviços de saúde tradicionais e, em particular, às práticas médicas que assistem e diagnosticam exclusivamente demandas geradas no campo das patologias. Essa “impropriedade”, também observada neste estudo, resulta na ausência de ações ou em sua inadequação e insuficiência para dar resposta às necessidades das usuárias, derivada da procura contínua dos serviços em “incessante busca por soluções”. Essa constatação se remete ao biologicismo e à fragmentação das ações de atenção, pois não se atua a partir de uma apreensão ampliada das necessidades, e as ações não demonstram habilidade em reconhecer a adequação da oferta de serviços ao contexto específico da situação – o motivo do encontro do sujeito com a equipe de saúde.

Perpetua-se, portanto, a forma de condução pautada na ausência de planejamento e na simples atuação frente às demandas biológicas, protocoladas e a

protocolar, que chegam aos serviços. O que não chega ou chega na forma de “demandas exóticas” entende-se como “não-problema” de saúde. Assim, a ação dos serviços permanece reproduzindo atitudes naturalizadoras da violência e os profissionais mostram-se desconfortáveis para admitir o “exotismo diagnóstico” da violência sem respaldo em protocolos assistenciais que “enquadrem os casos” e garantam resolutividade padronizada.

Nessa perspectiva, o setor saúde ainda não incorporou o rural como espaço de prática e a violência contra as mulheres rurais como desafio de recriar, por exemplo, linguagens de gênero para a saúde e para a doença. Ainda, segundo Bandeira e Almeida (2008), o setor saúde não consegue redimensionar o espaço da doença e das pessoas que adoecem “ou sofrem”, isto é, de homens e mulheres que vivem suas histórias particulares em diferentes contextos e com diferentes necessidades.

Nesse contexto, a violência, como problema dependente de intervenção em saúde quer pela invisibilidade que prevalece – a qual implica, justamente, o encobrimento da realidade concreta em que, de algum modo, poder-se-ia intervir – quer pelas ações embasadas no reducionismo biológico, consolida-se como problema externo nesse campo. Além disso, alguns municípios possuem apenas uma unidade de saúde, para o atendimento urbano e rural. Essa insuficiência de serviço e a centralização da saúde em nível local urbano dificulta aos profissionais ampliarem suas ações de cuidado, atuando apenas sobre casos isolados, de acordo com a demanda. Isso contribui para a falta de comprometimento e responsabilização desses agentes com as necessidades das usuárias oriundas de cenários rurais, desenvolvendo atividades mecânicas, sem repercussão e impacto na saúde das comunidades assistidas. Assim, questiona-se: como as agendas locais e as práticas profissionais podem se configurar em ações integrais, quando a lógica de atuação direciona-se à fragmentação, ao reducionismo e ao não reconhecimento da violência como evento de responsabilidade da saúde e de saúde pública em sua dimensão técnico-política?

Associado a este enfoque (ou ausência de), constata-se a existência de negligência na atenção, que se manifesta como uma cultura de relação com as mulheres, juntando, em sua configuração, o Estado que se omite enquanto formulador de programas e políticas de proteção, especialmente as direcionadas às mulheres rurais que favoreçam o enfrentamento dos eventos de violências e sua

constituição, enquanto problema de saúde pública passível de prevenção e intervenção para além dos limites da coerção policial e assunto da segurança pública.

Nesse entendimento, os gestores e profissionais de saúde seriam legítimos representantes públicos e responsáveis pela proteção da autonomia individual e prestação coletiva de meios para efetivação do direito à saúde. No entanto, neste estudo observou-se que, na dimensão política e técnica o direito à saúde é reduzido a uma relação clínica entre sintomas e medicalização, desconsiderando-se os determinantes sociais que afetam a vida das pessoas – as comunidades rurais – e, assim, suas responsabilidades não se constituem em compromisso com mudanças, no sentido de ir além da noção/ação programática, fragmentária, biologicista e de prover a instituição de mecanismos de valorização do potencial humano de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais.

Neste sentido, e incorporando a violência contra as mulheres rurais na perspectiva da atenção básica de saúde, evidencia-se que os serviços de saúde são equipamentos sociais, aos quais as mulheres têm acesso mais frequente e facilitado. Esses equipamentos podem chegar, efetivamente, até as comunidades, estando presentes em todas as fases da vida, e, ainda, se configurarem em oportunidades para visibilizar a violência e suas repercussões para a saúde, em sentido amplo. Entretanto, não têm sido equitativamente distribuídos e não produzem ações que reconheçam a singularidade das demandas em saúde de indivíduos, grupos e populações, e nos espaços sociais e geográficos onde se inserem.

Isso mostra que nos municípios em estudo prevalece, historicamente, a desigualdade de oferta e a acessibilidade geográfica das ações de saúde dirigidas às comunidades rurais, ou seja, a constituição de serviços situa-se nas áreas urbanas e são seletivos para responder a determinada demanda já “pré-fixada” que desconsidera as potenciais necessidades em saúde de cada contexto. Sob esse aspecto, indaga-se: como reduzir as desigualdades a partir da (re)programação de ações e serviços às comunidades rurais, se os mesmos centram-se em oferta de procedimentos médicos, equipamentos e tecnologias, historicamente estruturados a partir de interesses não afinados com as necessidades de saúde da população? Como considerar as singularidades e oferecer tecnologias para lidar com os aspectos subjetivos, contextuais e relacionais envolvidos no processo de viver e adoecer das usuárias rurais? E em que momento a violência contra as mulheres

rurais “poderia ganhar” espaço na (re)programação da saúde, se além dessas desigualdades ainda persistem fortemente as desigualdades de gênero como instituidoras do olhar e das práticas em saúde?

Enfim, no cenário deste estudo entende-se que tanto na dimensão das representações quanto na dimensão política e técnica dos gestores e profissionais da saúde, o “sofrimento” das mulheres rurais vítimas de violência e a “saúde enquanto direito” ainda não conseguiram reconhecimento e resolutividade pelo setor saúde. Isso mostra a dificuldade que os municípios apresentam em “gerir” de forma objetiva e articulada a autonomia que lhes é assegurado nas diretrizes do SUS, com capacidade de análise e de intervenção à altura da complexidade do setor saúde. Assim, permanecem “gestando” modelos prescritivos sem considerar elementos locais, contextuais, estruturais, sociais e sem promover a construção de estratégias inovadoras para mudanças do modelo hegemônico de atenção à saúde vigente. Isso mostra a pouca compreensão do SUS como política pública universal e que gestores municipais e profissionais da saúde teriam como eixo de sua prática a consolidação de tal política em nível municipal. Tal evidência contribui e dificulta a mobilização de atores e agentes capazes de contribuir para a conquista de legitimidade política, social e técnica do SUS.

A consolidação do SUS, mesmo com todas as acumulações e avanços, tem fragilidades que põem em risco sua legitimidade, especialmente ao se considerar a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, às concepções de saúde e às estratégias para alcançar os fins. Todas essas fragilidades são acentuadas na atenção à violência contra as mulheres, especialmente as rurais, justamente por ser problema do “lá fora”, do “externo” do campo de atuação da saúde e, assim, “não legítimo” enquanto demanda a ser enfrentada. Essas fragilidades se assentam também, como se mostra neste estudo, que gestores e profissionais não incorporaram da proposta do SUS a determinação social dos processos da saúde e da doença, que compreende a saúde e o adoecimento como fenômenos que se determinam, também, na esfera social.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega-se ao final desta Tese buscando dar relevância aos achados que, em seu curso tornaram-se, significativos, desenhando-se em pontos importantes de resposta à problemática. No entanto, afirma-se que essas considerações não têm o propósito de dar por encerradas as discussões, pois a temática é ampla, instigante e carece de muitas outras análises, leituras e contribuições.

Pesquisar a problemática da violência contra as mulheres rurais considera-se “desafiador”, por sua complexidade, especialmente ao se considerar as áreas rurais, em que pouco ou nada se conhece sobre as situações de trabalho, vida e saúde das mulheres, e também pela “**invisibilidade**” desse fenômeno no campo da saúde. Em decorrência dessas constatações e pela motivação pessoal e profissional da pesquisadora, é que na presente Tese buscou-se refletir sobre essa problemática no contexto rural, a fim de apreender suas dimensões representacionais e as estratégias conduzidas pela gestão em saúde (dimensão política) e as práticas de cuidado (dimensão técnica). Para tanto, a construção do texto fundou-se em elementos teóricos e conceituais de diferentes núcleos de saberes que se mostraram apropriados para o tema em evidência.

Nessas considerações confrontam-se os objetivos propostos pelo estudo e os achados, mostrando o que foi possível alcançar a partir da proposta inicial. Também, articula-se os achados com proposições interventivas direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres rurais no contexto da gestão e das práticas de cuidado na atenção básica de saúde.

Assim, os objetivos deste estudo foram conhecer e analisar, em cenários rurais as representações sociais da violência contra as mulheres, na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde e as influências dessas representações na implementação de decisões políticas e técnicas em ações de saúde; analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais, na perspectiva dos gestores/as e dos planos municipais de saúde; analisar, por meio do domínio epistemológico das relações de gênero e das representações sociais balizadas pelo princípio da integralidade (SUS), as formas concretas de atenção às mulheres rurais vítimas de violência e o potencial de efetividade do enfrentamento local, considerando-se o contexto rural e as pequenas municipalidades.

Retoma-se, inicialmente, o que está posto no título da presente Tese, em que a atenção à saúde nas comunidades rurais, especialmente às mulheres, está direcionada “*para o óbvio*”. Essa afirmação refere-se ao fato de a atenção à saúde centrar-se no reconhecimento das alterações “óbvias” – que estão no domínio clássico da biologia – e inscreve-se na inconsciência das disposições, e como afirma Moscovici (2003, p.30-35) “(...) nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções”(...) “nós não estamos muito conscientes de algumas coisas óbvias”(..) “nós não conseguimos ver o que está adiante de nossos olhos”. Isso em parte é resultante do modelo assistencial que opera nos serviços, centralmente organizado na ótica hegemônica do biologicismo, que subordina as dimensões sociais, econômicas e culturais como aspectos irrelevantes e não as considera na produção do cuidado. Portanto, a centralidade na clínica, fundada em sinais, sintomas e na medicalização, impossibilita a inserção da violência no campo de atuação da saúde, pois é resultado de “**outro tipo**” de dor, de sofrimento, que não do “tipo físico”. Assim, o problema da violência contra as mulheres rurais não é reconhecido como “**coisa óbvia**” protocolar nos serviços e de responsabilidade de gestores e profissionais da saúde; não integra a pauta da gestão e do cuidado em saúde nos municípios em estudo.

No campo das Representações Sociais da violência contra as mulheres rurais, na ótica de gestores, profissionais e trabalhadores de saúde, inicialmente, foram analisadas as evocações livres de palavras, de todos os participantes, realizando-se algumas análises das categorias profissionais para sustentação analítica e apreensão das especificidades de formação e atuação. Na análise das evocações, no universo de todos os entrevistados, evidenciaram-se as seguintes palavras no núcleo central da representação: *medo, álcool, sobrecarga-trabalho das mulheres, desrespeito, agressão-física e agressão*. E no sistema periférico as seguintes palavras: *covardia, privação, poder, desestrutura-familiar, velada, difícil-acesso, falta-lazer e ignorância*.

Essas evocações estão voltadas para o reconhecimento dessa problemática em cenário rural como sendo “**destino de gênero**”, que advém do consentimento/resignação, culpa/medo. Também são dimensionadas, no âmbito institucional da saúde, dessa forma, o que resulta na “naturalização” e na “banalização”, assentadas na tradição social marcada pelas relações hierárquicas de gênero.

Buscou-se, além da evocação de palavras, apreender as representações sociais dos pesquisados por meio de entrevistas em profundidade, e essas reforçaram os achados nas evocações, e mostraram maior complexidade das representações da violência como problema do espaço privado, e de domínio de “**outra pasta**” que não a da saúde. Isso se intensificou para o contexto rural, justamente pela situação geográfica, o que reforça e “empurra para mais longe” esse problema, isentando o campo da saúde das responsabilidades de intervenção sobre esse fenômeno.

Nas Representações Sociais, evidenciou-se que a mulher rural é considerada sob a ótica da “**subordinação**” e da “**obediência**”, atrelando-lhe a responsabilidade pela reprodução biológica, cuidado do lar, dos afazeres domésticos e da lavoura, estando em muitos turnos “**a serviço da família e da produção**”, e, muitas vezes, sem o direito de expressar e relatar seus sentimentos, sofrimentos e com pouca ou nenhuma legitimidade para desconformidades. As Representações Sociais associam a violência às assimetrias de poder, em que as desigualdades de poder justificam a “natureza” da sujeição feminina. Isso legitima as atitudes de gênero que cristalizam papéis masculinos e femininos como elementos da dominação entre os sexos, sendo a violência resultante dessa relação e “socialmente aceitável”.

Frente aos achados, afirma-se a necessidade de produzir rupturas nas formas instituídas e arraigadas de cuidado em saúde, nas visões conservadoras e estereotipadas de compreensão da violência, as quais permitam uma leitura ampliada dos elementos imbricados nesses eventos complexos. Sustenta-se, em especial, a necessidade de se fazer “leituras” permeando-as de reflexões de gênero na tentativa de não produzir iniquidades no cenário rural. Além disso, as ações em saúde para as mulheres em situação de violência parecem, de fato, demandar uma intervenção que contemple novos elementos de compreensão do sujeito-mulher (re)constituindo ou (re)significando o que é saúde, necessidades, atenção e assistência. A partir disso, novos olhares e estratégias de enfrentamento poderiam estar presentes nas práticas profissionais.

Na direção analítica da gestão dos serviços de saúde e sua dimensão política organizativa, neste estudo, constatou-se a **fragilidade da gestão das políticas e dos recursos**, atestando o despreparo dos municípios em conduzirem com autonomia o processo de gestão pautado nas diretrizes e princípios do SUS. Em

relação às especificidades e às dinâmicas socioculturais das comunidades rurais, intensifica-se essa fragilidade da gestão, porque essas dinâmicas não são exploradas e tampouco balizam o planejamento em saúde, o que tonifica a vulnerabilidade programática dessas comunidades – não há oferta de serviços suficiente, sequer os protocolares.

Ao tratar, especificamente da violência contra as mulheres rurais evidenciou-se o não reconhecimento dessa problemática na perspectiva da gestão em saúde, e o resultado desse “não reconhecimento” é a constatação da **inexistência de agendas locais direcionadas à problemática da violência contra as mulheres rurais**, e a desresponsabilização e o descompromisso da gestão local frente a esse fenômeno. Observou-se que as áreas rurais são inseridas nas agendas públicas de saúde como um “apêndice”, pois, instituem-se, para esse contexto ações que são pensadas e estruturadas, a partir do cenário urbano, desconsiderando-se as especificidades do rural. Isso gera ações desconexas da realidade que repercutem na não resolutividade das demandas e problemas advindos das comunidades rurais.

A saúde das populações rurais é um fenômeno bem mais amplo que a doença e o desafio para as políticas públicas é o de reconhecer o cenário rural como espaço de cuidado que demanda intervenções específicas, considerando os aspectos geográficos como limitantes da mobilidade dos usuários. Como pedir socorro se a distância impede de ouvir até mesmo gritos? Qual o socorro que se pode oferecer na saúde nessas situações? Considera-se que os profissionais da linha de frente da gestão em saúde devam atentar para essa realidade, problematizando e levando em conta a dimensão relativa às mulheres rurais, seu espaço de vida e trabalho, e o local social por elas ocupado. Essa ação comprometida pode visibilizar os fatos e propiciar discuti-los, considerando-se as vulnerabilidades implicadas na construção social e cultural desse grupo.

Nesse sentido, planejar ações de saúde para as áreas rurais a partir da gestão dos serviços demanda, em primeiro lugar, reconhecer esse cenário como espaço de cuidado e sua singularidade, em que as características epidemiológicas, sociais, culturais, organizacionais são específicas. Isso porque as políticas públicas em saúde e as ações de saúde no Brasil, em sua grande maioria, são resultado de demandas e do olhar para o urbano, o que resulta na “invisibilização” das demandas de saúde das comunidades rurais e no mero deslocamento e reprodução de ações pontuais e protocolares.

Especificamente para a violência contra as mulheres rurais evidencia-se a necessidade de reconhecimento dessa problemática na dimensão da gestão em saúde, a fim de possibilitar a sua inserção nas agendas públicas locais, pautando-se nas formas explicativas das desigualdades de gênero, e tendo o desafio de envolver gestores, profissionais e a sociedade no processo de concepções de discursos que mantêm e reproduzem as desigualdades entre homens e mulheres, e também promover a articulação de distintas óticas disciplinares para que se possa trabalhar com práticas generificadas. A partir desse reconhecimento, demanda-se efetivamente conhecer o problema, pois pouco se têm informações (dados) e análises sobre a violência sofrida por essas mulheres nos diferentes contextos em que vivem, desde a agricultura familiar até os espaços produtivos assalariados nesse meio.

Na dimensão das práticas de cuidado dos profissionais da saúde frente à violência contra as mulheres (dimensão técnica) é **invisível e não-reconhecida**. O atual modelo de atenção à saúde que prioriza a clínica, baseado em sinais, sintomas, na medicalização e “centralizado na doença”, “impossibilita” a inclusão da violência como um problema de saúde complexo, oriundo de outro tipo de sofrimento, envolvendo, a partir disso, o comprometimento institucional e responsabilização profissional.

Esse modelo conforme os achados deste estudo, tem gerado ações isoladas e a **fragmentação do cuidado**, o que tem repercutido na “medicalização da violência”. Para a maioria dos participantes, principalmente os profissionais (médicos e enfermeiros), a construção da violência ocorre na mesma direção da doença, assim o que opera é uma prática de cuidado fragmentada que desconsidera a pessoa em sua integralidade e pauta-se em um essencialismo biologicista, em que as relações de poder entre profissionais de saúde e usuários perpetuam-se, normativas e assimétricas, repercutindo em uma produção de ações sem resolutividade.

Superar esse modelo exige que todos os profissionais operem com alguns dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nesses processos, e exige que recriem suas formas de atuação. A complexidade da violência contra as mulheres rurais não é redutível à organização da atenção em determinado nível, mas envolve a ação dos distintos profissionais das diversas disciplinas complementares do campo da saúde, e de outros setores

institucionais. Além disso, requer um repensar sobre seu aspecto “naturalizador” e “banalizador”, reconhecendo a violência como parte de uma complexa interação de fenômenos e que se constituem um problema social, além de saúde.

Ainda que se perpetue esse modelo, foi possível identificar certo “desacomodar-se” e “sensibilizar-se” com o sofrimento das mulheres rurais vítimas de violência na dimensão representacional e nas práticas de cuidado dos ACS. Assim, pode-se inferir que sensibilidade e qualificação (formação) nem sempre estão juntas. A valorização da capacidade dos ACS, por exemplo, no plano da vida em comunidade precisa ser respeitada e valorizada, e sua contribuição, em momentos coletivos, de equipe, podem produzir saberes e ações que se sustentem em si em benefício de uma verdadeira atenção acolhedora e resolutiva, consolidando, talvez, a capacidade de criar novas práticas éticas, comprometidas com os direitos de cidadania das usuárias.

A atuação, no entanto, frente à violência nos serviços de atenção básica de saúde não pode ser resultado somente da “vontade” e do “interesse” de alguns gestores, profissionais ou trabalhadores, mas demanda **“sensibilização”** de todos em visualizar a mulher rural como ser social em lutar contra as diversas formas de violência que atacam seus direitos humanos. Assim, demanda-se atuação interdisciplinar, com a necessidade de integrar os conhecimentos produzidos por distintas áreas, e também a estruturação de serviços em rede e “afinados” para lidarem com essa complexidade e para enfrentamento articulado e com responsabilização coletiva.

Cabe, aqui, inserir o que Merhy (2004) menciona como situações de “ruídos” no cotidiano dos serviços de saúde, em que o ruído vem da imagem de que cotidianamente as relações entre os agentes institucionais ocorrem no interior de processos silenciosos até o momento em que a lógica funcional, predominante e instituída, seja rompida. O autor menciona, ainda, que a possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Para tanto, um dos desafios da gestão dos serviços e das práticas profissionais é tornar-se “sensível” para reconhecer os “ruídos” que as mulheres rurais vítimas de violência trazem aos serviços. Esses “ruídos” precisam tornar-se relevantes para os profissionais e para a equipe de saúde, escutando-os sem julgamento moral, estabelecendo uma relação simétrica com as mulheres para

que se tornem co-participantes nas decisões referentes ao seu cuidado e na busca da ruptura das relações violentas.

Nesse intuito, e trabalhando-se na perspectiva da atenção integral às mulheres rurais pressupõe-se a inserção de elementos relacionais na produção do cuidado – a escuta, a orientação, o acolhimento, especialmente, a comunicação no momento do encontro entre usuária e profissional – em uma relação entre “sujeitos”, deslocando-se do corpo doente para os “sujeitos mulheres”, a partir das suas condições concretas de existência, suas singularidades e suas histórias de vida. Assim, na dimensão da integralidade, os projetos terapêuticos precisam pautar-se em uma construção flexível e em conjunto com a mulher vitimada, permeados pelo saber científico e pelo saber advindo do contexto de vida, e de garantia de direitos.

Esse modo de agir e pensar requer o desencadeamento e o fortalecimento de ações políticas e técnico-administrativas nos âmbitos federal, estadual e municipal, em especial o fortalecimento do nível municipal, espaço em que se pode introduzir mudanças na gestão, organizativas e técnico-assistenciais que contribuam para a construção de modelos de atenção capazes de dar respostas adequadas aos problemas e necessidades de saúde da população local, especialmente quando se trata da saúde das comunidades rurais, pois sua população vivencia o impasse de concretização do acesso universal aos serviços de saúde. Assim, vislumbra-se a constante mobilização para o fortalecimento da saúde como um bem público, como direito individual e coletivo que precisa ser fortalecido com novas práticas pautadas na gestão democrática e participativa, centradas na perspectiva da promoção da saúde, e nos princípios e diretrizes do SUS.

Reconhece-se, assim, que para a concretização da integralidade é preciso exercê-la passando-se pelo repensar de práticas e conformações dos serviços públicos de saúde. As mulheres rurais são protagonistas de situações singulares a serem reconhecidas como tal, do mesmo modo que a violência é um diagnóstico singular para o campo da saúde e, muitas vezes, considerada e tratada como “externa” a esse campo. Por isso, desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é fundamental para sua compreensão, o que exige, portanto transformação de saberes e práticas, reconhecimento e responsabilização de serviços como coletivos de atenção em saúde, e de profissionais, para além do técnico, como cidadãos comprometidos com deveres de cidadania na luta contra as práticas inaceitáveis de violência.

Nesse sentido, aponta-se para a necessidade da construção de uma dinâmica de responsabilidade institucional compartilhada, por meio do envolvimento de todas as áreas e setores igualmente comprometidos com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania das mulheres rurais. Quando todos os setores, em especial o da saúde, se responsabilizarem pelas dimensões da vida dessas mulheres, potencializar-se-á o enfrentamento da violência de forma diferente do modo atual de atenção à saúde que, sobretudo, reproduz a ideologia clínico biológica dominante.

Para tanto, essa forma diferente de enfrentar essa problemática no cenário rural passa pela capacidade do setor saúde abrir espaço para o diálogo e para a participação dessas mulheres como protagonistas no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Isso para que, no plano das atitudes e práticas pessoais, desenvolvam formas próprias de desnaturalização e enfrentamento dessa problemática. Além disso, aponta-se para a criação de espaços coletivos de discussões, no intuito de fortalecer essa mulher simbólica e concretamente para o enfrentamento e ruptura das situações violentas vivenciadas em seu cotidiano. Isso pressupõe intervenções profissionais e de equipes capazes de transformarem suas representações ancoradas na autonomia feminina e na garantia de direitos. Portanto, pensa-se que se faz preemente a permanente discussão e a instrumentalização dos profissionais, sensibilizando-os para a violência e incidindo sobre as representações que expressam elementos tradicionais das culturas de gênero, mas que podem ser modificadas e não apenas reproduzidas, como diz Moscovici (2003) é importante a natureza da mudança a partir da qual as Representações Sociais se tornam capazes de influenciar o comportamento de um grupo orientando em direção àquilo a que temos de responder.

Frente ao descrito, infere-se que os resultados desta investigação podem servir de base para pesquisas posteriores, focalizando a violência e as suas inter-relações com as dinâmicas sociais em contextos rurais. Assim, tem-se a intenção de divulgar os resultados desse estudo, propondo discussões sobre programas de prevenção construídos a partir de experiências sociais locais. Dentre as formas de divulgação, salienta-se a produção de artigos científicos, tendo-se já, artigo aceito oriundo da presente Tese, segue no Anexo D carta de aceite.

Ao finalizar a Tese, os resultados e as construções analíticas oriundas produziram contribuições que se deseja sejam significativas para o conhecimento existente sobre a violência, e para produzir novos olhares e reflexões acerca da

especificidade do rural. Além disso, os resultados contêm elementos compreensivos para os gestores locais de saúde e profissionais dos serviços de atenção básica, no sentido de pensar e estruturar as agendas locais de saúde no enfrentamento da violência. Destaca-se que as implicações deste estudo com dados e reflexões permitiram a compreensão de contextos e fatores imbutidos nos comportamentos e processos violentos contra as mulheres rurais, e produziram esclarecimentos sobre políticas e técnicas do setor saúde frente à problemática. Menciona-se, assim, a necessidade de se considerar a magnitude do fenômeno, os seus significados e suas representações como ferramentas para a formulação de programas de promoção e prevenção propostos pelo setor Saúde, contemplando-se as garantias institucionais previstas nos princípios e diretrizes do SUS, potencializando, sobretudo, a integralidade do cuidado na atenção às mulheres rurais vítimas de violência, e, principalmente, buscando a concretização da saúde como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, R. Agricultura familiar e capitalismo no campo. *In*: STÉDILE, J.P (Org). **A Questão Agrária Hoje**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994. p. 94-103.

ABRIC, J.C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ADEODATO, V.G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.1, p.108-13, 2005.

ALMEIDA, J.; GERHARDT, T.E.; MIGUEL, L.A. Pesquisa interdisciplinar na pós-graduação: (des)caminhos de uma experiência em andamento. **Revista Brasileira de pós-graduação**, Brasília, v. 1, n. 2, p.116-140, 2004.

ALVES, R. **O que é Científico**. Nacional: Loyola, 2007.

ANDRADE, C.J.M.; FONSECA, R.M.G.S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.591-5, 2008.

ANDRADE, C.J.M. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero**. [Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009b. f. 139.

ANDRADE, R.J. Relações sociais de gênero no meio rural brasileiro: a mulher camponesa e o lazer no início do século XXI no Brasil. **Revista Brasileira. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.23, n.1, p.39-49, 2009a.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8.n. 2.p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. *In*: LIMA N.T; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 285-306.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.117, p.127-147, 2002.

ASSIS, M.M.A.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S. M. Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa. **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.4, p.55-60,1997.

AYRES, J.R.C.M et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

AYRES, J.R.C.M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC:UERJ/IMS ABRASCO, 2009.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre risco**: para compreender a epidemiologia. 3ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

AZAMBUJA, M.P.R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo; v.17, n.3, p.101-112, 2008.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3, p.427- 434, 2005.

BAESTED, L.L. Metade vítimas, metade cúmplices? A violência contra as mulheres nas relações conjugais. *In*: DORA, D.D. (Org.) **Feminino masculino**: igualdade e diferença na justiça. Porto Alegre: Sulina, 1997. p. 73-84.

BAHIA, J. **O tiro da bruxa**: identidade, magia e religião entre camponeses pomeranos do Estado do Espírito Santo. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional, 2000.

BAHIA, J. A lei da vida: confirmação, evasão escolar e reinvenção da identidade entre os pomeranos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.27, n.1, p. 69-82, 2001.

BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T.M.C. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. **SER Social**. Brasília, v.10, n.22, p.183-212, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2009.

BONFIM, E.G. **A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal**. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

BONFIM, E.G.; LOPES, M.J.M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, São Paulo, v.14, n.1, p. 97-104, 2010.

BONFIM, E.G.; LOPES, MJM; COSTA, M.C. Vulnerabilidade das mulheres à violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. *In*: MENEGUEL, S. N.(Org.). **Rotas Críticas III – situações limites decorrentes de violência de gênero**, 2011 – No prelo.

BONI, V. Agroindústrias familiares: uma perspectiva de gênero. *In*: Encontro Anual da ANPOCS, 30., 2006. Caxambu. **Anais do 30^a Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu: ANPOC, 2006, p.1-25.

BORRELL, C. et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, n.19, p. 277-85, 2005.

BOURDIEU, P. **Dominação masculina**. 6 ed. Rio de Janeiro: Brochura, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto dos indicadores da Atenção Básica**. Informe da Atenção Básica (Brasília), n.9, 2001c. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo9.pdf>>. Acesso em: 20 juh. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM nº737 de 16/05/1981, publicada no DOU nº 96 seção 1e de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Série E, Legislação de Saúde, 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). **Lei 11.340**, sancionada em 7 de agosto de 2006, a qual dispõe sobre a Lei Maria da Penha que coíbe a violência doméstica contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2006 ago 8; Seção 1, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. GM 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde 2006**: aprova as diretrizes operacionais do Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1 Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-avaliação nº 4 : Equipe Saúde da Família: Parte 1** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Observatório Brasil da igualdade de gênero.** Dados da Central de Atendimento – caracterização dos atendimentos de 2008. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/indicadores/indicadores-nacionais/central-de-atendimento-a-mulher-lique-180>. Acessado em 05 de set de 2011.

BRASIL. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 1996.

BRUMER, A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n., p.205-227, 2004.

BUENO, A. **A morbidade por causas externas em uma região do município de Porto Alegre/RS:** um olhar epidemiológico. 2006. 60f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.745-9, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAVALCANTI, L.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.31-39, 2006.

CECCHETTO, F.R. **Violência e estilos de masculinidade.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da Atenção em Saúde. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

CECILIO, L.C.O.; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. *In:* PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

CECILIO, L.C.O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, 2007.

CHAUÍ, M. **Participando do debate sobre mulher e violência, perspectivas antropológicas da mulher**. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 1985.

COCCO, M. **Geração e Gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos acidentes e violência entre jovens de Porto Alegre**. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre(RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

COCCO, M.; LOPES, M.J.M. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet], Goiás, v.12, n.1, p.89-97, 2010.

COELHO, E.A.C. FONSECA, R.M.G. S. Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 37-45, 2004.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.58, n.3, p. 345-348, 2005.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Sup 1:S7-S27, 2008.

CORTEZ, M.B.; SOUZA, L. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol.24, n.2, pp. 171-180, 2008.

COUTO, M.T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.(Supl.), p.1323-1332, 2006.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência de Gênero, necessidades de saúde e uso dos serviços em atenção primária**. Tese [Doutorado em Medicina]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DAGORD, A.L.L. **Viva Maria: dez anos**. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS) Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio grande do Sul, 2003.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acessado: 30 jun 2011.

DEBERT, G.G.; GREGORI, M.F. Violência e gênero: novas propostas, novos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.3, n.23, p.165-211, 2008.

DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 81-94, 1999.

DESCLAUX, A. **La vulnérabilité au VIH/sida en Thaïlande: construction sociale, pratiques preventives**. Programme de recherche: "Figures de la vulnérabilité au VIH/Sida dans les pays du sud". Université de Bordeaux II, França, 1998.

DINIZ, S.G.S. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. *In*: DINIZ, S.G.S.; LENIRA, P.M.; LIZ, A. (Org). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

EGGERT, E. **Educa-teologiza-ção**: fragmentos de um discurso teológico (mulheres em busca de visibilidade através da narrativa transcrita). São Leopoldo: EST, 1998. Tese (Doutorado em Teologia).

EGGERT, E. Pomeranas parceiras no caminho da roça: um jeito de fazer Igreja, teologia e educação popular. **Cadernos IHU Ideias**, São Leopoldo, n.2, v. 13, 2004.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.

FARIA, N.M.X et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.115-128, 2000.

FARIA, N; NOBRE, M. **Gênero e desigualdades**.. São Paulo: Sempre Viva Organização Feminista (SOF), 1997.

FERREIRA, A.D.D. Processos e sentidos sociais do rural na contemporaneidade: indagações sobre algumas especificidades brasileiras. **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v.18, p. 28-46, 2002.

FERREIRA, I.T.R.N.; VERAS, M.A.S.M.; SILVA, R.A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.2683-2694, 2009.

FERREIRA, S.R.S. **O amor e o namoro me interessam, a AIDS, nem tanto!** Representações Sociais da AIDS entre jovens de uma escola de ensino fundamental de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FILHO, E.A.S. Análise de Representações Sociais. *In*: SPINK, M.J.P (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 108-144.

FLEURY, L.C. **Cerrado para ser o quê?** Representações sociais e conflitos ambientais em torno do parque nacional das emas, Goiás. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre(RS): Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

FONSECA, R.M.G.S.; OKABE, I. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo v.43, n.2, p.453-8, 2009.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D. Forma de família e socialização: novos desafios. **Estudos Feministas**, Florianópolis, ano2, p. 336-346, 1994.

FRANZOI, N.M. **Concepções de profissionais de equipes de saúde da família sobre violência de gênero**. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero. [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007. f. 118.

FRANZOI, N.M.; FONSECA, R.M.G.S.; GUEDES, R.N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Revista Latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisas de opinião**: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> Acesso em: maio. 2011.

GAEDE NETO, R. **Os pomeranos no Estado do Espírito Santo**: seu assado, sua história, sua situação atual, um desafio para a Igreja. São Leopoldo: EST, 1978.

GARBIN, C.A.S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 2006.

GALVÃO, E.F.; ANDRADE, S.M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.89-99, 2004.

GERHARDT, T.E. **Antropologie et santé publique**: approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé ao quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil. 2000. 362f. Tese (Antropologie Sociale) – Université de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 146-155, 1994.

- GOLDBERG, J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. PITTA, A. (Org.), **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 33-47.
- GOMES, R. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**, Belaterra, v. 14, p. 237-343, 2008.
- GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. Estudo da Estrutura da representação social da autonomia profissional em Enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.2, p. 145-53, 2005.
- GROSSI, P.K.; TAVARES, F.A.; OLIVEIRA, S.B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *In*: MENEGHEL, S.N (Org) **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009. p. 14-31.
- GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15,n.(supl), p. 57-70, 2005.
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v.37, n.132, p.595-609, 2000.
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
- JODELET, D. **As Representações Sociais**. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- JOVCHELIVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividades, espaço público e representações sociais . *In*: GUARESCHI, P.; JOVCHELIVITCH, S. (Org.). **Textos em Representações Sociais**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- JUNQUEIRA, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.5, p. 918-928, 2010.
- KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v.43, n.1, p. 29-44, 2005.
- KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. *In*: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 19-23.
- KISS, L.B.; SCHARBIER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimentos a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.11, n.23, p. 485-501, 2007.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1943-1952, 2011.

LAMOGLIA, C.V.A.; MINAYO, M.C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.595-604, 2009.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 21. ed. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2007.

LEAL, S.M.C et al. Mulheres e Violência em Áreas Rurais do Rio Grande do Sul. *In*: MENEGUEL, S.N (Org.). **Rotas Críticas II**: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2009. p. 64-82.

LEAL, S.M.C. **Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem**. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS) Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio grande do Sul, 2003.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 419-431, 2005.

LEAL, S.M.C. **“Lugares de (não) ver?”** – As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010. f. 308.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M; GASPAR, M.F.M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface - Comunicação, Saude e Educação**, Botucatu, v.15, n.37, p.409-24, 2011.

LEITE, S. et al. **Impactos dos assentamentos**. São Paulo. Editora: UNESP, 2004.

LETTIERE, M.; NAKANO, M.A.S.; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde. **Revista Escola de Enferm USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.467-73, 2008.

LINK, R.S. Resenha da Tese de Joana Bahia: "O tiro da bruxa": identidade, magia e religião entre camponeses pomeranos do Estado do Espírito Santo. **Revista eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo (NEPP) da Escola Superior de Teologia**, São Leopoldo, v.13, maio-ago, 2007.

LOPES, M.J.M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. *In*: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a. p.55-62.

LOPES, M.J.M. O sexo do hospital. *In*: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996b. p.76-105.

LOPES, M.J.M. **Relatório de Pesquisa/CNPq**. Porto Alegre: EENF/UFRGS, 2007. Não publicado.

LOPES, M.J.M.; BUENO, A.L.M. Saúde Pública é...: permanências e modernidades nas representações de universitários. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.92-101, 2007.

LOPES, M.J.M.; SILVA, J.L.A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v.12, n.4, p. 683-8, 2004.

LORENZONI, C. Violência nas relações de gênero e classe; uma interpretação a partir das mulheres camponesas do Rio Grande do Sul. **Libertas**, Juiz de Fora, edição especial, p. 80-97, 2007.

LOURO, G.L. Pedagogias da Sexualidade. *In*: LOURO, G.L. (Org.). **O corpo educado**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.07-34.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 27-31.

LUZ, M.T. Saúde e instituições médicas no Brasil. *In*: LUZ, M.T. (Org.). **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/LAPPIS: Abrasco, 2007. p. 17-40.

MACHADO, C.; LIMA, L.D.; VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, (Sup 1), p.42-57, 2008.

MACHADO, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. *In*: ALMEIDA, A.L et al (Org). **Drogas: tempos, lugares, olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA/CETAD/UFBA, 2004. p. 27-48.

MAFFACCIOLLI R.; LOPES M. J. M. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.4, p.439-45, 2005.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise de discurso**. Campinas (SP): Fontes, 1993.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS/UERJ, 1993.

- MARINHEIRO, A.L.V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.4, p. 604-10, 2006.
- MARQUES, M.I.M. O conceito de espaço rural em questão. **Terra Livre**, v.18, n.19, p. 95-112, 2002.
- MARQUES, R.M.; MENDES, A. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 269-91, 2001.
- MASON, J. **Qualitative Researching**. London Saye Publications; 1996.
- MATOS, I.B. O itinerário terapêuticos: às práticas curativas de agricultoras de Joaçaba(SC). **Revista Grifos**. Chapecó, v.1, p.101-124, 2000.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p. 39-64.
- MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.45-59.
- MATUS, C. **O líder sem estado – Maior**. São Paulo: FUNDAP, 2000.
- MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.(Supl. 1), p.1521-1531, 2010.
- MELO, C.M.M.; SANTOS, T.A. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.426-32, 2007.
- MELO, Z.M.; SILVA, D.M.; CALDAS, M.T. Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana do recife. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.1, p.111-119, 2009.
- MENDES, E.V. As redes de atenção a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.
- MENEGAT, A.S. **Mulheres de assentamentos rurais: identidades e trajetórias em construção**. Florianópolis, 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST17/Alzira_Salete_Menegat_17.pdf
Acessado em jun 2009.
- MENEGHEL, S.N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.19, n.4, pp. 955-963, 2003.

MENEGHEL, S.N. O que precisamos fazer para enfrentar as violências contra as mulheres? *In*: MENEGHEL, S.N. (Org). **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2009. p. 14-31.

MENEGHEL, S.N.; SAGOT, M.; BAIROS, F. Práticas discursivas, gênero e sofrimento emocional. *In*: MENEGHEL, S.N. (Org.). **Rotas Críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2009. p. 52-63.

MENEGHEL, S.N.; IÑIGUEZ, L. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1815-1824, 2007.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 117-160.

MERHY, E.E. Introdução ao Debate sobre os Componentes da Caixa de Ferramentas dos Gestores em Saúde. *In*: BRASIL. **Ver – SUS**. Cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MEYER, T.N.; RESENDE, I.L.C.; ABREU, J.C. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.32, n.116, p: 24-30, 2007.

MINAYO, M.C.S et al. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 20ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. A violência dramatiza causas. *In*: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.(Org). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-47.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006a.

MINAYO, M.C.S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.375-383, 2006b.

MINAYO, M.C.S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005. p. 9-42.

MIRANDA, D.B.; GUIMARÃES I.G.; ALVES E.D. Representações sociais da descentralização do SUS: perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana**, Salvador, v.33, n.3, p. 349-360, 2009.

MONNERAT, GL.; SENNA, M.C M.;SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.509-521, 2002.

MORENO, L.R et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p.195-204, 2005.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores,1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTTIN, L.M. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município - um estudo no Rio Grande do Sul**. [Mestrado em Saúde Pública] Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 319-324, 2007.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico**, Porto Alegre, v.37, n.1, p.7-13, 2006.

NÓBREGA, S.M.; COUTINHO, M.P.L. O teste de associação livre de palavras. *In*: COUTINHO, M.P.L et al. (Org). **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p.67-77.

NOGUEIRA, R.P. Atenção integral ou saúde reprodutiva? Para uma hermenêutica das políticas de saúde da mulher. *In*: **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 5., 2000, Salvador. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador: Abrasco, 2000. s/p.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso do gênero psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 13, n.1,p.107-128, 2001.

OLIVEIRA, A.P.G.; CAVALCANTI, V.R.S. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v.17, n.1, p.39-51, 2007.

OLIVEIRA, D.C et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.197-206, 2008.

OLIVEIRA, D.C. O conceito de necessidades humanas e de saúde e sua articulação ao campo das representações sociais. *In*: OLIVEIRA, D.C.; CAMPOS, P.H.F. (Org.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 119-140.

OLIVEIRA, J.F. **(In) Visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero**. [Tese de Doutorado]. Instituto de Ciências Coletivas, Universidade Federal da Bahia, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva, 2005.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14,(Supl. 1), p.25-32,1998.

PAIM, J. S. 20 anos de construção do sistema único de saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.2 n.1, p.63-86, 2008.

PAIM, J.S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. *In*: PAIM, J.S. (Org.). **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, ISC, 2002. p. 407-33.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.

PEIRÓ, R. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, v.18, n.Suppl 2, p.36-46, 2004.

PIRES, D.X.; CALDAS, E.D.; RECENA, M.C.P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 598-605, 2005.

PORTO, M.S.G. Re-pensando crenças e valores: sociologia e representações sociais. *In*: ALMEIDA, A.M.O.; JODELET, D (Org.). **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 139-162.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Programa de prevenção da violência**. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=8761> Acessado mar de 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Segurança Pública. Divisão de Estatística Criminal. **Estudo Técnico – Homicídio Set/2006 a Jun/2008**; 2009.

ROESE, A. et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.online, 2006.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1996.

SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: SPINK, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

SAFFIOTI, H.I.B. Violência estrutural e de gênero – Mulher gosta de apanhar. *In*: CAMARGO, M (Org.). **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher** – Plano Nacional: Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas para as mulheres. Brasília: A Secretaria, 2003. p. 27-37.

SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, v.16, p.115-136, 2001.

SAFFIOTI, H.I.B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.13, n.4, p.82-91, 1999.

SALVARO, G.I.J. Jornada de trabalho de mulheres e homens em um assentamento do MST. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p.321- 330, 2004.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.15, n.36, p.93-108, 2011.

SCARANTO, C.A.A.; BIAZEVIC, M.G.H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.27 n.4, p. 694- 705, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA A.F.P. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital**, Belatterra, n.14, p. 229-236, 2008.

SCHRAIBER, B.; D'OLIVEIRA, A.P.L. Romper a violência contra a mulher: como lida desde a perspectiva do campo da saúde. *In*: MENEGHEL, S.N (Org.). **Rotas Críticas II**: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 131-141.

SCHRAIBER, B.; D'OLIVEIRA, A.P.L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.5, n.3, p. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.36, n.4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L.B et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1019-1027, 2009.

SCHRAIBER, L.B et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.

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

SCOPINHO R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.(Supl. 1), p.1575-1584, 2010.

SCOTT, J. Gênero uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**. Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, 1995.

SENNA, M.C.M.; COHEN, M.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.523-535, 2002.

SIGNORI M.; MADUREIRA V.S.F. A violência contra a mulher na perspectiva de policiais militares: espaço para a promoção da saúde. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 29, n. 1, p. 7-18, 2007.

SILVA, M.A. **A participação dos enfermeiros nos Conselhos de Saúde em Goiânia, Goiás** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): UFMG/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2003.

SILVA, M.A.M. De colona a boia-fria. *In*: PRIORE, M.D. (Org.). **História das Mulheres no Brasil**. 3ed. São Paulo: Contexto, 2000.

SILVA, M.R.T. Uma reflexão sobre a CIDM e o seu percurso como mecanismo institucional para a igualdade. **Notícias**, Lisboa, v.64, p. 22-30, 2002.

SOARES, B. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

SOARES, J.S.F. **Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais de Encruzilhada do Sul/RS**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre(RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

SPINK, M.J.P. O estudo empírico das representações sócias. *In*: SPINK, M.J.P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 85-145.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

STROPASOLAS, V.L. O valor (do) casamento na agricultura familiar. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p.253-67, 2004.

STREY, M.N. Violência e gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. *In*: GROSSI, P.K.; WERBA, G.C. (Org.), **Violências e gênero**: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2001. p. 47-70.

STREY, M.N.; WERBA, G.C. Longe dos olhos, longe do coração: ainda a invisibilidade da violência contra a mulher. *In*: GROSSI, P.K.; WERBA, G.C. (Org.). **Violências e gênero**: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 71-82.

TAKAHASKI, R.F.; OLIVEIRA, M.A. de C. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 225-228.

TAVARES DOS SANTOS, J.V. Conflitos agrários e violência no Brasil: agentes sociais, lutas pela terra e reforma agrária. *In*: **Seminário Internacional Pontificia**, 2000, Bogotá. Universidad Javeriana, 2000. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/rjave/paneles/tavares.pdf> Acessado em: ago 2010.

TEDESCHI, L.A. Relações de Gênero e a História das Mulheres Camponesas. La Salle - **Revista de Educação, Ciência e Cultura**, Canoas, v.14, n.2, 2009.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 49-61.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.3, p. 3615-3624, 2010.

THUM, C. **Educação, história e memórias**: silêncios e reinvenções pomeranas na Serra dos Tapes. 2009. 383f. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação. Centro de Educação. Universidade do Vale dos Sinos, UNISINOS, São Leopoldo, 2009.

TONEZER, C. **Idosos rurais de Santana da Boa Vista - Rio Grande do Sul:** efeitos da cobertura previdenciária. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Porto Alegre, 2009. 166f.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. (Supl. 2), p.190-8, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2490-2502, 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 3ed. São Paulo: Atlas, 1994.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting, Geneva, Dec. 20, 1993. Disponível em: <http://www.genderandpeacekeeping.org/resources/5_DEVAW.pdf> Acesso em: 14 Ago. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Programa de Pesquisa Interdisciplinar “**Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil**”. Porto Alegre, 2000. Acordo CAPES-COFECUB nº 330/200 0.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Relatório Técnico Parcial: Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2003. 198 f. Financiamento FAPERGS, processo nº 00/7970.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M. As mulheres brasileiras no início do século XXI. *In:* VENTURI, G.; RECAMÁN, M; OLIVEIRA, S. (Org.). **A mulher brasileira nos espaços públicos e privados**. São Paulo: Perseu Abramo; 2004, p. 15-29.

VERGÈS, P. Conjunto de programas para análise e evocações. *In:* **Manual EVOC2000 - Versão 3. 2002**. Disponível em: <http://www.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm>. Acessado em: mar de 2011.

VIANA, A.L.A.; FAUSTO, M.C.R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. *In:* VIANA, A.L.A.; ELIAS, P.E.M.; IBAÑEZ, N. (Org.). **Proteção social:** dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. p. 150-67.

VIANA, R. **Relações de gênero no semi-árido:** diagnóstico do território de Apodi. Mossoró: Centro Feminista 8 de março, 2003. (Cadernos 8 de março, 6).

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.(Supl. 1), p.1565-1577, 2009.

VIEIRA, P.M et al. O teatro como alternativa de se educar em saúde. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 372-83, 1999.

VIEIRA, L.J.E.S et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.3, p. 113-125, 2008.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2011**. Os Jovens do Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Instituto Sangari; 2011

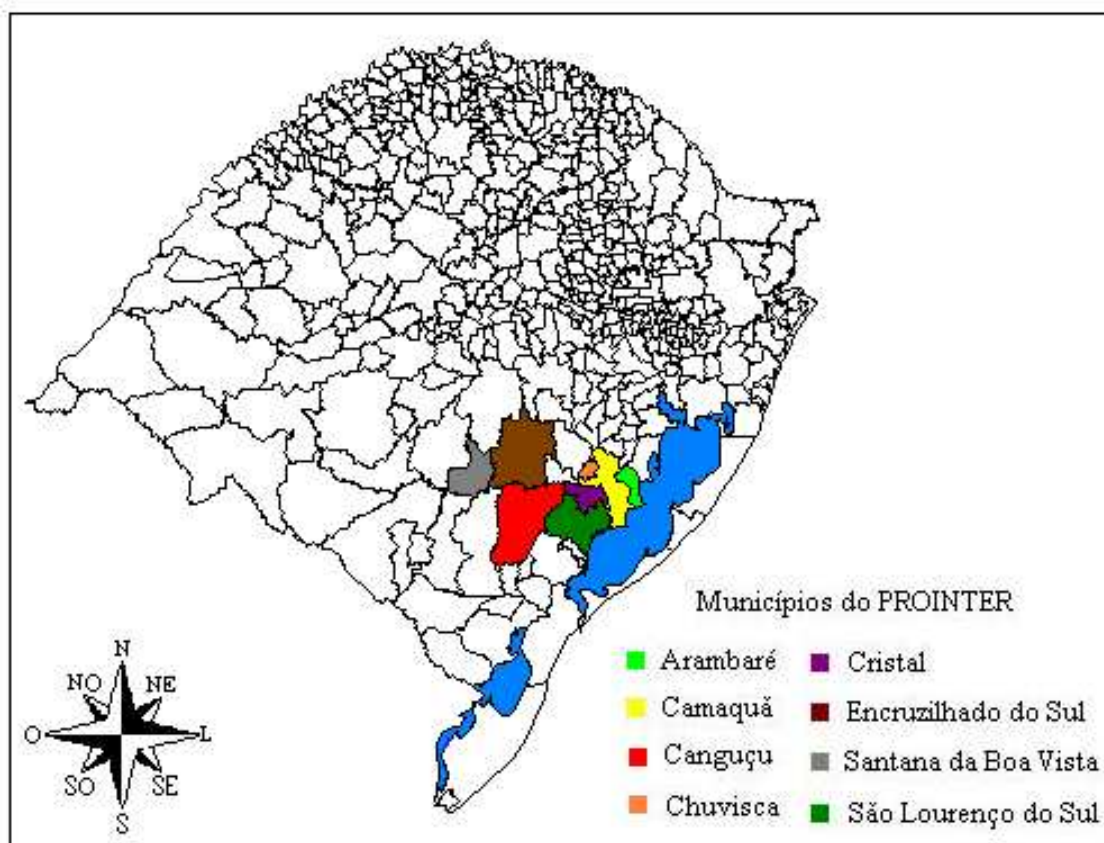
WIEVIORKA, M. Violência hoje. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 1147-1153, 2006.

APÊNDICE A - Contextualização do Cenário em Estudo

Nesse Apêndice busca-se conhecer e explorar o contexto em que a pesquisa se insere, situando aspectos demográficos, territoriais e sociais. A região em estudo, compreende municípios da metade sul do Rio Grande do Sul. Destaca-se que essa região apresenta uma estrutura social e produtiva fortemente baseada em uma agricultura que tem se mostrado historicamente incapaz de alavancar o desenvolvimento econômico e social regional, além disso, é fortemente marcada por uma situação de desigualdade, pois grande parte das principais atividades econômicas se caracteriza ou por uma baixa capacidade de geração de riqueza (como a pecuária de corte e o reflorestamento) ou, no caso de atividades agrícolas mais rentáveis, pela concentração da riqueza produzida em poucas categorias socioprodutivas. A este contexto, acrescenta-se uma histórica deficiência em infraestrutura (estradas, energia, serviços, etc.) (UFRGS, 2005).

Devido à grande extensão da área que compreende a Metade Sul, os estudos propostos pelo PROINTER que também compreende este estudo foram focados, em oito municípios: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul (UFRGS, 2000). Os Municípios podem ser evidenciados na Figura 12.

Figura 12 – Mapa dos oito Municípios pertencentes ao PROINTER – 2008



Fonte: Adaptada de UFRGS, 2002.

Na área empírica estudada, no que tange a população observou-se diferença na concentração populacional da área urbana e rural dos municípios, como expressa a seguir a Tabela 10 e a Figura 13, sendo que os municípios de Arambaré, Camaquã e Encruzilhada do Sul apresentam características populacionais predominantemente urbanas. Já, nos municípios de Canguçu e Chuvisca evidencia-se concentração nos espaços rurais; e os municípios de Santana da Boa Vista, Cristal e São Lourenço do Sul são caracterizados por percentuais aproximados entre população urbana e rural.

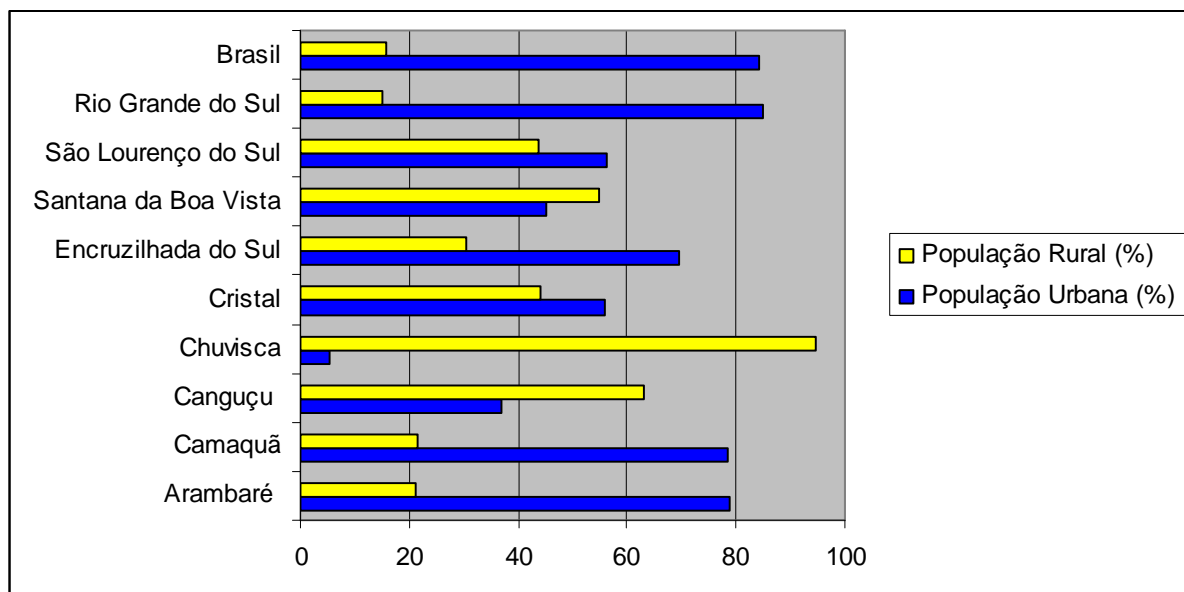
Tabela 10 – Variáveis demográficas dos municípios em estudo, referente ao ano de 2010.

Municípios	Pop. Total Números absoluto	Pop. Urbana Número Absoluto	Pop. Rural Número Absoluto	Pop. Urbana (%)	Pop. Rural (%)
Arambaré	3.693	2.913	780	78,8	21,2
Camaquã	62.759	49.355	13.404	78,6	21,4
Canguçu	53.268	19.696	33.572	37	63
Chuívisca	4.944	273	4.671	5,5	94,5
Cristal	7.280	4.077	3.203	56	44
Encruzilhada do Sul	24.537	17.117	7.420	69,7	30,3
Santana da Boa Vista	8.244	3.725	4.519	45,1	54,9
São Lourenço do Sul	43.114	24.234	18.880	56,2	43,7
Rio Grande do Sul	10.695.532	9.102.241	1.593.291	85,1	14,9
Brasil	190.732.694	160.879.708	29.852.986	84,3	15,6

Fonte: IBGE, referentes aos dados do CENSO 2010, elaboração tabela por COSTA, M.C.,2011.

A representação abaixo facilita a visualização dos montantes populacionais definidos por critérios urbanos e rurais. Visualizam-se as diferentes situações predominantes nesse âmbito.

Figura 13 – Representação gráfica da proporção da população urbana e rural nos municípios em estudo, Rio Grande do Sul e Brasil, referentes aos dados de 2010.



Fonte: IBGE, referentes aos dados de 2010, figura elaborada por COSTA, M.C., 2011

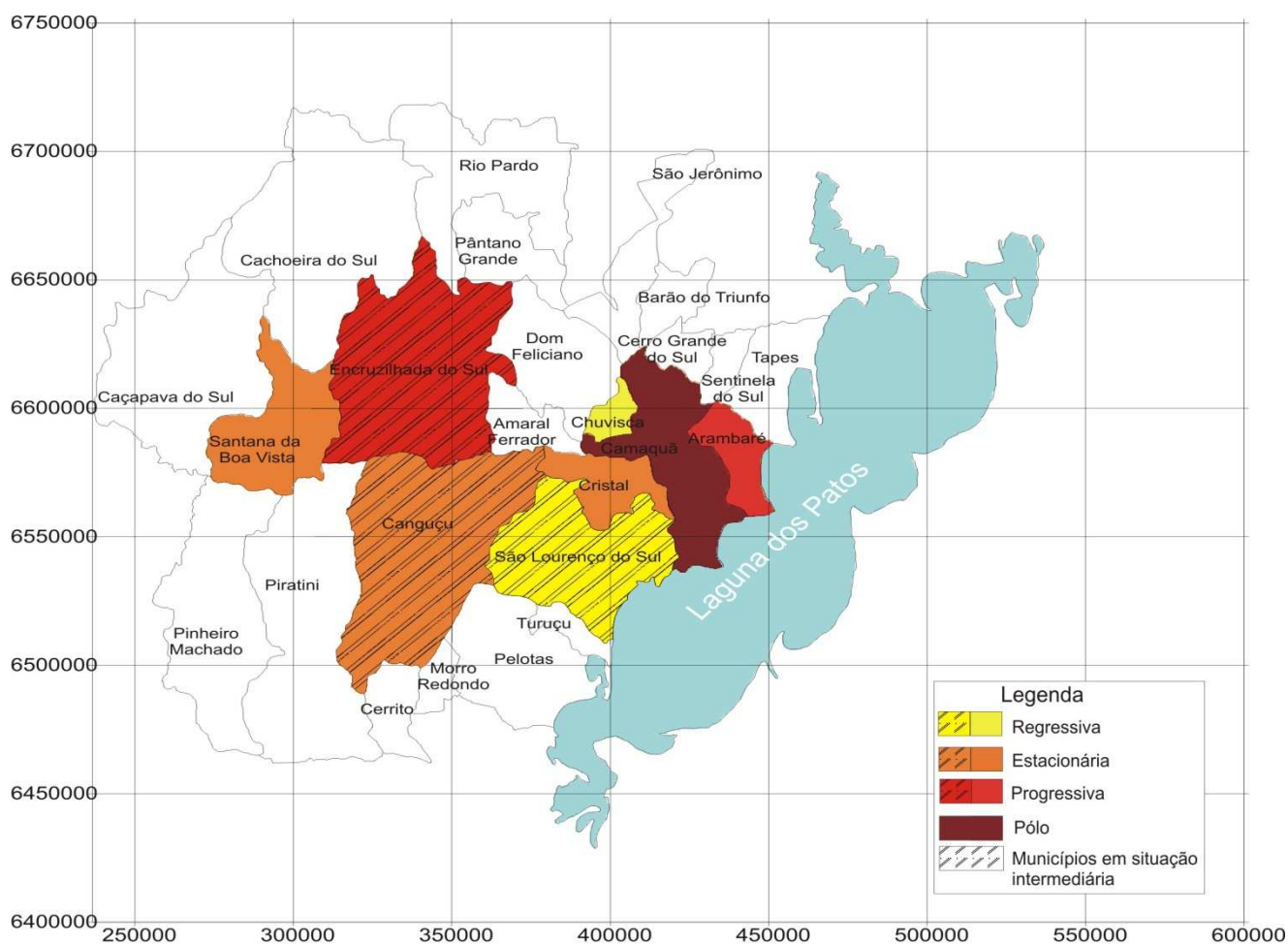
Frente a isso, destaca-se que a população total da área estudada no ano de 2000 era de 203068, sendo 113845 (56%) urbana e 89223 (44%) rural. Já, para o ano de 2010 tem-se uma população total de 207.839, sendo que para a área urbana 121.390 o que corresponde a 58,4% da população total. Na área rural, 86449, o que perfaz 41,5%. Se compararmos esses números observa-se pouca variação quanto à proporção de população urbana e rural no período de 10 anos.

No entanto é o rural que perde população como se evidencia no contexto do estudo, e no contexto brasileiro, realizando uma tendência histórica nacional da população urbana e rural a partir dos dados do IBGE (2011), observou-se que em 1970 tinha-se 56% da população urbana e 46% rural; no ano de 2000 constatou-se uma mudança acentuada em termos de população, pois 81% da população concentrava-se nas áreas urbanas e apenas 19% em cenários rurais. Essa tendência permaneceu nos dados de 2010 em que a população urbana perfaz 84,36% e a população rural 15,64%.

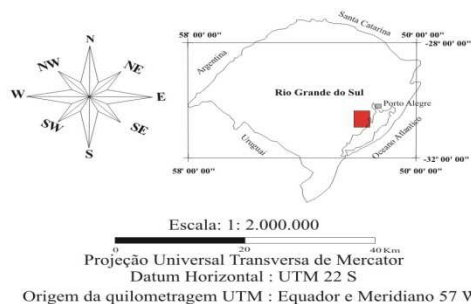
Ainda em relação à população, no PROINTER, foi desenvolvido mapa de situação demográfica (Figura 14), distribuindo os oito municípios em quatro diferentes classificações. Polo (taxa de crescimento populacional maior que a média regional e a densidade populacional menor); progressiva (taxa de crescimento maior que a média e densidade populacional menor); estacionária (taxa de crescimento

menor que a média e densidade menor); e, regressiva (taxa de crescimento menor que a média e densidade populacional maior) (UFRGS, 2004). A partir da Figura 12 observa-se que somente o município de Camaquã situa-se como polo, e na classificação progressiva ficam os municípios de Encruzilhada do Sul e Arambaré. Com o censo de 2010, essa situação demográfica mantém-se.

Figura 14 – Mapa da situação demográfica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.



Situação da área no Estado



PGDR - UFRGS

Projeto: Prointer

Detalhe: Mapa da situação demográfica comparada.

DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA
DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS

Responsáveis Técnicos:

Geóg. Roberto Verdum

Acad. Camila Thomaz da Silveira

Geóg. Ney Fett Júnior

Mapeamento elaborado a partir de dados da Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000 e Contagem da População 1996, IBGE.

Data: Março/04

Escala 1:2.000.000

Situação demográfica comparada.

Fonte: PGDR/UFRGS. Elaboração pelo Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

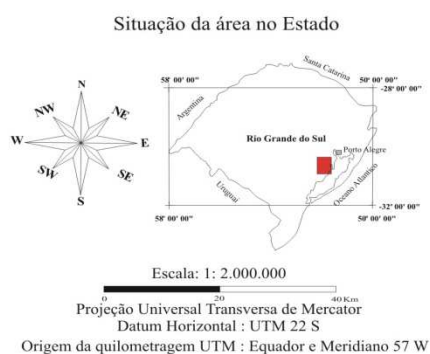
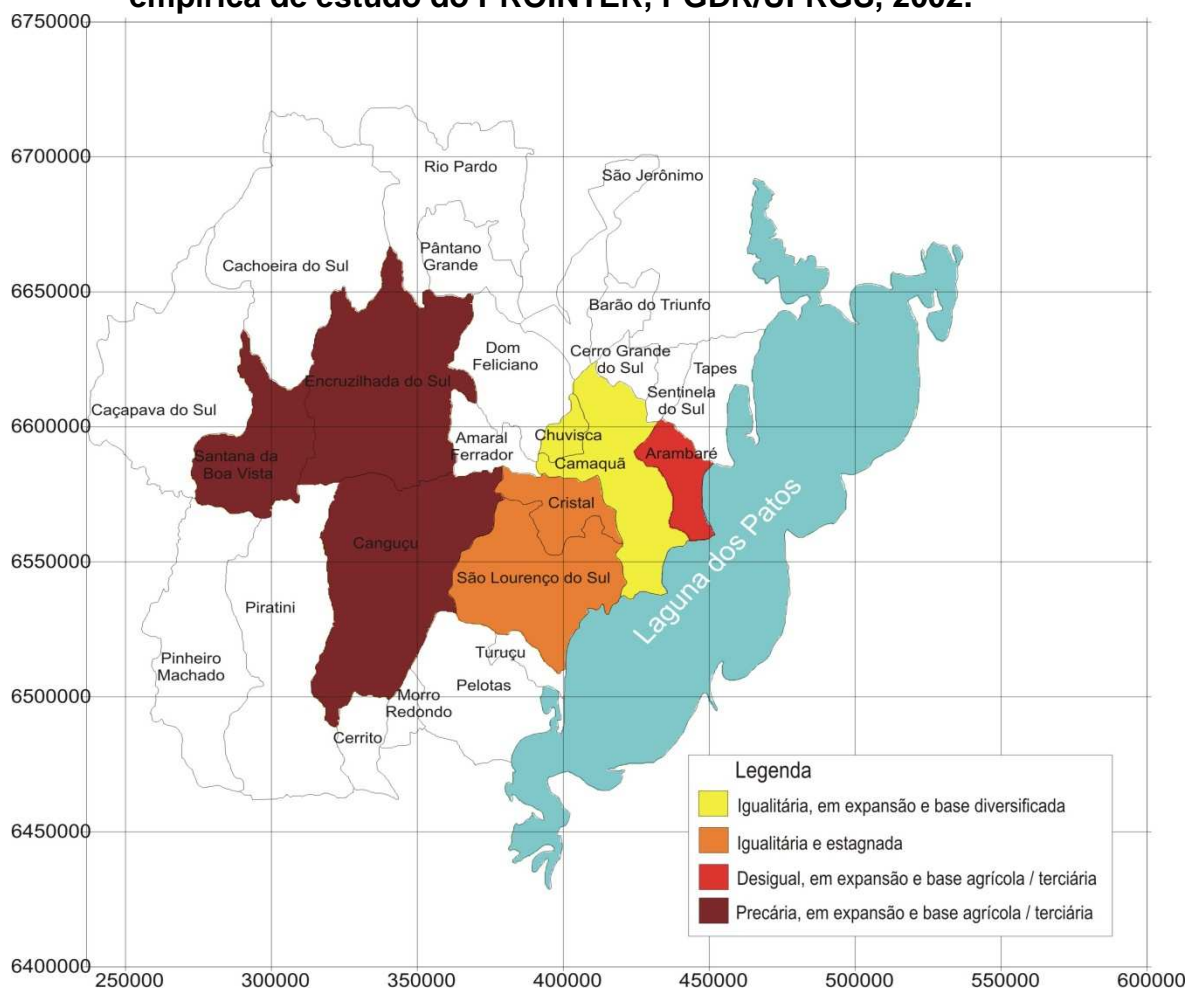
Em relação às dinâmicas sociais da área empírica, identifica-se uma situação demográfica bastante diferenciada. As cidades e áreas, localizadas ao longo da principal via local (a BR-116), têm apresentado um crescimento populacional significativo em detrimento das localidades e áreas mais continentais, independentemente da existência de estradas e vias de acesso adequadas. Constata-se a existência, ao mesmo tempo, de grandes áreas submetidas ao constante e longo processo de esvaziamento populacional, assim como áreas e localidades com forte e constante crescimento da população, não necessariamente com elevado padrão de vida, mas com surgimento de bolsões e favelas (UFRGS, 2000; 2003).

A área em estudo é fortemente marcada por situações de desigualdades sociais, pois grande parte das principais atividades econômicas se caracteriza ou por uma baixa capacidade de geração de riqueza (como a pecuária de corte e o reflorestamento) ou, no caso de atividades agrícolas mais rentáveis, pela concentração da riqueza produzida em poucas categorias socioprodutivas. A este contexto, acrescenta-se uma histórica deficiência em infraestrutura produtiva (estradas, energia, etc.), ao mesmo tempo considerada como causa e consequência desta situação, afetando, de forma diferenciada, os diversos tipos de agricultores (UFRGS, 2000).

Seguindo o estudo citado, igualmente, cabe salientar a existência de uma agricultura de cunho familiar, fortemente representada na área de abrangência do estudo, marcada por uma crise socioeconômica bastante profunda. A partir dos anos 1990, observa-se a implantação vigorosa de assentamentos de reforma agrária, a agricultura familiar mantém-se fortemente tributária de uma atividade comercial (ex. fumo, leite) e, na maior parte da área de estudo, encontra-se um baixo dinamismo econômico e produtivo.

O PROINTER também desenvolveu um mapa (Figura 15) referente às condições/situações econômicas desses municípios em estudo. Referem-se a quatro categorias: igualitária, em expansão e de base diversificada (Camaquã e Chuvisca); igualitária e estagnada (Cristal e São Lourenço do Sul); desigual, em expansão e base agrícola/terciária (Arambaré); precária, em expansão e base agrícola/terciária (Santana da Boa Vista) (UFRGS, 2004).

Figura 15 - Mapa da situação socioeconômica dos oito municípios da área empírica de estudo do PROINTER, PGDR/UFRGS, 2002.



PGDR - UFRGS		
Projeto:	Printer	
Detalhe:	Mapa da situação econômica.	
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA / LABORATÓRIO DE GEOGRAFIA FÍSICA DEPTO GEO / LAGEO / UFRGS		
Responsáveis Técnicos:		
Geóg. Roberto Verdum	Acad. Camila Thomaz da Silveira	
Geóg. Ney Fett Júnior		
Mapeamento elaborado a partir de dados do Anuário Estatístico do RS 1998, FEE e Censo Demográfico 2000, IBGE.		
Data: Março/04	Escala: 1:2.000.000	Mapa da situação econômica.

Fonte: PGDR/UFRGS. Elaboração do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

A economia igualitária refere-se à distribuição da riqueza semelhante entre a população do município e, desigual para a situação inversa. A economia em expansão é aquela que está em fase de crescimento, já, a estagnada está num estágio estacionário, ou seja, não está regredindo nem progredindo. Os municípios com base diversificada possuem diferentes fontes de rendimento no setor primário e

terciário, enquanto outros municípios possuem base agrícola e terciária. Com isso, os municípios com economia precária representam a grande dificuldade da região, ou seja, além de não progredirem, ainda estão regredindo, enfrentando inúmeras dificuldades econômicas e sociais (UFRGS, 2004).

No Rio Grande do Sul, quando se compara a região Sul e a Norte do Estado, evidenciam-se diferenças marcantes associadas ao processo de uso e ocupação das terras. A "metade norte" foi ocupada principalmente por imigrantes de origem europeia ou por seus descendentes, baseando-se na pequena propriedade, onde predomina a agricultura familiar. Já, a região denominada "metade sul", apresenta estrutura fundiária com maior concentração de médias e grandes propriedades ocupadas, principalmente, pelos cultivos de arroz irrigado e pela pecuária extensiva (SCHNEIDER; FIALHO, 2000).

Nessa direção, constata-se que a área territorial dos municípios em estudo apresentam grandes extensões de terra, principalmente, nas áreas rurais. Como exemplo, cita-se o município de Canguçu que tem uma área total de 3.251km², sendo que desta 3.243 km² de área rural. Isso mostra que além de todas as dificuldades já referidas e em decorrência da vasta extensão rural, as comunidades rurais enfrentam dificuldades de acessibilidade a serviços, pelas grandes distâncias a serem percorridas, pela escassez de transporte e pela baixa renda, que são fatores que, associados, reduzem a utilização de serviços tais como: de saúde, de educação, de trabalho entre outros.

Outro aspecto importante é a presença de políticas públicas, recentemente direcionadas para a "Metade Sul" e, em particular, para a área de estudo. Apesar da insuficiência dos meios alocados, algumas destas políticas são merecedoras de destaque, como por exemplo, a implantação de assentamentos de reforma agrária, ainda que com infraestrutura precária, falta de meios de produção, grande diversidade cultural e baixo nível de escolaridade dos assentados (UFRGS, 2000; 2003).

Os grupos sociais, neste espaço rural, são bastante heterogêneos, apresentando a coexistência de grupos bastante distintos, tanto em relação à origem como à situação socioeconômica (agricultores familiares, assalariados rurais, latifundiários, empresários rurais, assentados da reforma agrária). Estes grupos sociais apresentam estratégias e modos de reprodução social diversos. Entre eles, detectam-se situações bastante distintas em relação ao uso da terra e dos recursos

naturais, à disponibilidade de meios de produção, aos meios de inserção no mercado etc. Também relativo às dinâmicas sociais, pode-se ressaltar a importância dos aspectos culturais, questões relativas à herança/filiação e às relações sociais (UFRGS, 2003).

No que se refere aos assentamentos rurais, que são áreas ocupadas por trabalhadores e trabalhadoras na luta pelo direito à terra, a Metade Sul do Rio Grande do Sul começou a implementar esses assentamentos na década de 1980, mas o grande impulso dos programas de reforma agrária deu-se nos fins da década de 1990 e início do século XXI. O território camponês, oriundo dos assentamentos rurais, está territorializado em 148.429,000 hectares, em 29 municípios da Metade Sul (ALVES; SILVEIRA; FERREIRA, 2007). Salienta-se que, na região que compreende o PROINTER existe um total de 26 assentamentos, perfazendo 729 famílias assentadas. Estes assentamentos estão situados nos municípios de Arambaré, Camaquã, Encruzilhada do Sul e Canguçu, sendo esse último o município com maior número, 16 assentamentos. O Quadro 18 a seguir, expressa esses dados.

Quadro 18 - Área ocupada por assentamentos rurais nos municípios em estudo no PROINTER/UFRGS.

MUNICÍPIO	QUANTIDADE DE ASSENTAMENTOS RURAIS	Área ocupada (ha)
Arambaré	3	1.196
Camaquã	1	637
Canguçu	16	12.051
Encruzilhada do Sul	6	6.142
TOTAL	26	20026

Fonte: Pesquisa nas bases do gabinete de reforma agrária e cooperativismo do Rio Grande do Sul, elaboração da tabela COSTA, M.C., Metade Sul/RS, 2010.

Os assentamentos estabelecem espaços de sociabilidade comunitária e novas situações de inserção política, econômica e social, gerando empregos para a família, como também proporcionam trabalho para outras pessoas, indicando uma grande contribuição da reforma agrária para o desenvolvimento rural. Por outro lado, os assentados ainda enfrentam problemas graves de saúde, educação, infraestrutura, indicando, por um lado, uma insuficiente intervenção do Estado no processo de transformação fundiária, e por outro, fortes continuidades em relação à

precariedade material e estrutural que marca as áreas rurais brasileiras (LEITE et al., 2004).

Nesse meio, poder-se-ia questionar como se perpetuam as desigualdades de gênero e em particular as relações de poder homem-mulher em consequências dos agravantes estruturais que tornam mais difícil a sobrevivência das famílias? Como as mulheres enfrentam as adversidades no que se refere à saúde e ao acesso a serviços no campo da reprodução e sexualidade? Enfim, as políticas para reassentamentos incluem em seus textos aspectos relativos à violência contra as mulheres em ambiente doméstico e/ou comunitário? E o acesso à educação e ao trabalho como se dá? Consubstanciam espaços de geração e perpetuação de iniquidades (injustiças) e desigualdades de oportunidades? Agravam e vulnerabilizam ainda mais as mulheres no que diz respeito à violência?

Referências Bibliográficas

ALVES, F.D.; SILVEIRA, V.C.P.; FERREIRA, E.R. Territorialização camponesa, identidade e reproduções sociais: os assentamentos rurais na metade sul do Rio Grande do Sul. **Revista de geografia agrária**, v.2, n.4, p.82-97, 2007.

LEITE, S. et al. **Impactos dos assentamentos**. São Paulo. Editora: UNESP; 2004.

SCHNEIDER, S.; FIALHO, M.A.V. Pobreza rural, desequilíbrios regionais e desenvolvimento agrário no Rio Grande do Sul. **Teoria e Evidência Econômica**. v.8, n.15, p.117-149, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS. **Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural, e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil**. 2005. Relatório técnico parcial. (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural) – Faculdade de Economia, Porto Alegre, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Programa de Pesquisa Interdisciplinar “**Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil**”. Porto Alegre, 2000. Acordo CAPES-COFECUB nº 330/200 0.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Relatório Técnico Parcial: Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2003. 198 f. Financiamento FAPERGS, processo nº 00/7970.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em desenvolvimento rural. **Análise das heterogeneidades espaciais e sociais da área do estudo do PROINTER**. Porto Alegre, 2004 38f.

APÊNDICE B – Roteiro estruturado para mapear a organização dos serviços de saúde frente à violência contra as mulheres rurais

Instituição: _____

Informante: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

1 DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Município:
2. Área Geográfica: urbana e rural
3. Número de habitantes:
4. Número de habitantes área urbana:
5. Número de habitantes área rural:
6. Número de Mulheres área urbana/por faixa etária:
7. Número de Mulheres área rural/por faixa etária:

Informações Gerais

8. Principais Atividades socioeconômicas:
9. Renda per capita:
10. Escolaridade Média:
11. Expectativa de Vida:

2 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Aspectos epidemiológicos (perfil de morbimortalidade):
2. Unidades de Saúde (quantidade, localização urbana e rural, nível de atenção):
3. Unidades de Saúde da Família (quantidade, localização urbana e rural):
4. Profissionais de saúde (número, categorias):
5. Existe um plano municipal e organização dos serviços (Planejamento da rede municipal):
6. Quais os Programas/Ações desenvolvidos nos serviços:
7. Como se dá a organização dos serviços de saúde rurais:
8. Quais as ações de saúde rurais:

9. Profissionais que atuam no rural (quem são; como atuam):
10. Estrutura e organização das ações de saúde nos assentamentos rurais:
(Quem faz? Quem coordena? Nível de decisões)
11. Informações em saúde (Existem? Quem concentra? Como ocorrem os fluxos?
Alimentam bancos oficiais?):

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS À SAÚDE DA MULHER.

1. Estrutura e organização das ações a partir da política (urbano e rural).
2. Profissionais envolvidos nas ações da saúde da mulher (quantidade, tipo, equipes, etc.).

4 DADOS DE MORBIDADE POR CAUSAS EXTERNAS (Violências e Acidentes)

1. Quais as fontes locais (urbano e rural)?
2. Existe um sistema municipal que se ocupa desses eventos? De que forma?
Filantropia? Igreja?

5 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NAS ÁREAS RURAIS

Existem ações dirigidas à identificação e ações frente à violência doméstica/contra a mulher?

Quais as instituições envolvidas nessa problemática?

Estrutura e organização das ações direcionadas à violência contra a mulher.

Estrutura e organização das ações direcionadas à violência contra a mulher no rural.

Em relação aos serviços de saúde:

- a. Quais atendem mulheres vítimas de violências (como atendem? Quais ações?)
- b. Existem serviços de referência?
- c. Existe rede de referência de complexidade crescente? Qual (hospital, saúde mental, etc.)?

Quem registra os casos de violência (serviços de segurança, serviços de saúde, redes de atenção)?

Existe rede de apoio e atenção às mulheres vítimas de violência.

Outras ações públicas (listar).

Referência de outros serviços a serem contatados (quais, onde, etc.).

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com os gestores/as municipais e profissionais responsáveis pela saúde da mulher

EIXO 1: Dados Sociodemográficos

Idade: _____ Profissão / Ocupação: _____
 Sexo: _____ Formação Acadêmica: _____
 Escolaridade:..... Tempo de formação _____
 Tempo de atuação na Atenção Básica de Saúde: _____

EIXO 2 : Explorando o objeto em estudo

1) Planejamento da gestão

- O que você entende sobre políticas públicas? E políticas públicas de saúde?
- De que forma as políticas influenciam ou não no planejamento das ações direcionadas a saúde da mulher no município?
- Como se articulam as diretrizes das políticas com as necessidades e especificidades do nível local de atenção?
- Profissionais que se ocupam em transformar as políticas públicas de saúde direcionadas à mulher em práticas na saúde? Quem pensa? Quem faz?
- Que questões de saúde são prioridades para o município?
- Como se dá a o planejamento das ações e a organização dos serviços de saúde rurais?

2) Atenção à saúde das mulheres rurais

- Como são pensadas e organizadas as ações voltadas à saúde da mulher rural?
- Quais as prioridades no atendimento desse grupo populacional?
- Que ações específicas são desenvolvidas para as mulheres rurais?
- Quem e quais são os quantitativos de profissionais envolvidos nas ações?
- Facilidades e dificuldades encontradas no planejamento e execução das ações direcionadas a esse grupo populacional?
- Pensando nos assentamentos rurais (para os municípios que possuem), há ações pontuais para as mulheres pertencentes a essas áreas?

3) Violência contra as mulheres rurais

3.1 Associação Livre de Palavras:

- Liste três ou mais palavras que lhe vem à cabeça quando você ouve falar em violência contra as mulheres rurais?
- Liste três ou mais palavras que lhe vem à cabeça quando você ouve falar em violência?

- Para você, o que significa violência contra as mulheres?
- Para você, o que significa violência contra as mulheres rurais?
- Quais os tipos de violência sofrida pelas mulheres que vivem em áreas rurais?
- Como o município se organiza para atender as mulheres que estão em situação de violência, pensando no rural?
- O Ministério da Saúde, como também a Secretaria Estadual de Saúde possuem políticas públicas de saúde para o enfrentamento dessa problemática: o município tem conhecimento dessas e desenvolve alguma ação?
- Em nível local, são pensadas/organizadas estratégias de enfrentamento da violência com as mulheres, especialmente em áreas rurais? Quais?
- Existe rede de apoio e atenção às mulheres vítimas de violência.
- O que significa para você atenção integral na perspectiva do SUS no que se refere à violência ?
- Que elementos são importantes para tornar possível a atenção integral?
- Como vêm sendo pensadas as ações de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais, na perspectiva da integralidade? Quais são essas ações?
- Gostaria de falar mais alguma coisa referente a essa temática?

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com profissionais de saúde atuante em áreas rurais

EIXO 1: Dados Sociodemográficos

Idade:	Profissão / Ocupação:
Sexo:	Formação Acadêmica:
Escolaridade:	Tempo de formação
Tempo de atuação na Atenção Básica de Saúde:	

EIXO 2: Associação livre

- Liste três ou mais palavras que lhe vem à cabeça quando você ouve falar em violência contra as mulheres rurais?
- Liste três ou mais palavras que lhe vem à cabeça quando você ouve falar em violência?

EIXO 3: Explorando o objeto em estudo

- Para você o que significa violência contra as mulheres?
- Para você o que significa violência contra as mulheres rurais?
- Quais os tipos de violências sofridas pelas mulheres que vivem em áreas rurais?
- Descreva algumas situações de violência contra as mulheres vivenciadas no serviço no qual atua.
- De que forma identifica essas situações e como atua frente a essas situações?
- Como descreve o comportamento das mulheres frente à situação?
- Quais as principais queixas ou relatos dessas mulheres no atendimento?
- Estas situações são discutidas pela equipe em algum momento?
- A equipe de saúde, em que trabalha, planeja ações de enfrentamento dessa problemática? Quem faz?
- Quais as dificuldades encontradas para trabalhar com essa problemática na sua área de atuação?
- Reconhece a violência contra as mulheres um problema de saúde?
- Você tem conhecimento das políticas públicas de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência? Quais? E como essas fazem parte do seu cotidiano de trabalho?

- O que significa para você atenção integral na perspectiva do SUS no que se refere à violência ?
- Que elementos são importantes para tornar possível a atenção integral?
- Como vêm sendo pensadas as ações de enfrentamento da violência contra as mulheres rurais, na perspectiva da integralidade? Quais são essas ações?
- Gostaria de falar mais alguma coisa referente a essa temática?

APÊNDICE E - Organização do corpus para o programa EVOC e as variáveis

O programa exige que os dados sejam formatados em um corpus no *word* ou no *excel*. Em cada linha constam as expressões de um sujeito, as expressões compostas são separadas por hífen, por exemplo: agressão-física. Os números das colunas indicam as variáveis de corpus digitado no Word, conforme exemplo **de um corpus com 5 colunas**:

1;2;1;1;1; 1injustiça **2**submissão **3**autoestima-baixa

1 (número do participante); **2** (faixa etária); **1** (sexo);**1** (profissão); **1** (local de trabalho)

A seguir no Quadro 19 apresenta-se as variáveis definidas para cada grupo:

Quadro 19 – Variáveis da análise do EVOC, para os gestores, profissionais e trabalhadores em saúde.

Variáveis para os gestores, profissionais e trabalhadores em saúde	
Faixa etária	1: ≤ 30 anos 2: ≥ 31 a 49 anos 3: ≥ 50 anos
Sexo	1: Feminino 2: Masculino
Profissão/Ocupação	1: Enfermeira 2: Médico 3: ACS 4: Psicóloga 5: Gestor Municipal de Saúde 6: Responsável pela Saúde da Mulher
Local de Trabalho	1: ESF 2: EACS 3: UBS 4: Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: COSTA, Metade Sul, 2011.

Para proceder a análise com o programa *Ramgmat*, inicialmente realizou-se padronização das palavras e expressões evocadas, a fim de reduzir a dispersão dos seus conteúdos, assim, vocábulos e expressões diferentes com significados muito próximos foram padronizadas com a mesma denominação, garantindo manter o mesmo sentido final das evocações (OLIVEIRA et al., 2005; LEAL, 2010).

Elaborou-se os Quadros 20 e 21 com a padronização dos termos uniformizados, apresentados a seguir:

Quadro 20 – Dicionário com padronização das evocações referentes ao corpus “Violência” de todos os participantes.

PADRONIZADO	TERMOS REFERIDOS
agressão	agressão, agressividade, maus-tratos, abuso, tortura
agressão-física	agressão-física, apanha, bater, lesão, tapas, machucar, hematomas, espancamento, empurrão
agressão-verbal	agressão-verbal, xingamentos, palavrões, gritos, ofensas
desrespeito	desrespeito e humilhação
poder	autoridade, autoritarismo
álcool	álcool e alcoolismo
transtorno mental	transtorno mental, depressão, doença-mental
insegurança	insegurança, desproteção
psicológico	psicológico, emocional
drogas	drogadição
Tristeza	Tristeza, choro, amargura
moral	Moral, danos-morais
abuso-sexual	abuso-sexual, estupro
morte	morte, crime

Fonte: COSTA, Metade Sul, 2011.

Quadro 21 – Dicionário com padronização das evocações referentes ao corpus “Violência contra as mulheres rurais” de todos os participantes.

PADRONIZADO	TERMOS REFERIDOS
agressão	agressão, agressividade, maus-tratos, abuso, tortura
agressão-física	agressão-física, apanha, bater, lesão, tapas, machucar, hematomas, espancamento, empurrão, violência corporal
agressão-verbal	agressão-verbal, xingamentos, palavrões, gritos, ofensas, gritaria
desrespeito	desrespeito e humilhação
poder	autoridade, autoritarismo, autoritarismo moral
álcool	álcool e alcoolismo
transtorno mental	transtorno mental, depressão, doença-mental
insegurança	insegurança, desproteção

psicológico	psicológico, emocional
drogas	drogas, drogadição
tristeza	tristeza, choro, amargurra, solidão
velada	velada, escondida, ocultada, silenciosa
difícil-acesso	difícil-acesso, acesso, falta acesso
desestrutura-familiar	desestrutura familiar, problema familiar, dissociação familiar
recorrência	recorrência, quantidade
abuso-sexual	abuso-sexual, sexualidade, assédio-sexual
privação	Privação, proibição, cárcere
machismo	machismo, rude, força
cultura	cultura, cultural
educação	educação, sem-educação

Fonte: COSTA, Metade Sul, 2011.

REFERÊNCIA

OLIVEIRA, D.C. et al. Análise das evocações: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V, JESUINO, J.C.; NOBREGA, S.M.(Org.). **Perspectivas teóricometodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2005. p. 573-603.

LEAL, SMC. **“Lugares de (não) ver?”** – As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010. f. 308.

APÊNDICE F – Programa EVOC 2000 e descrição dos sub-programas

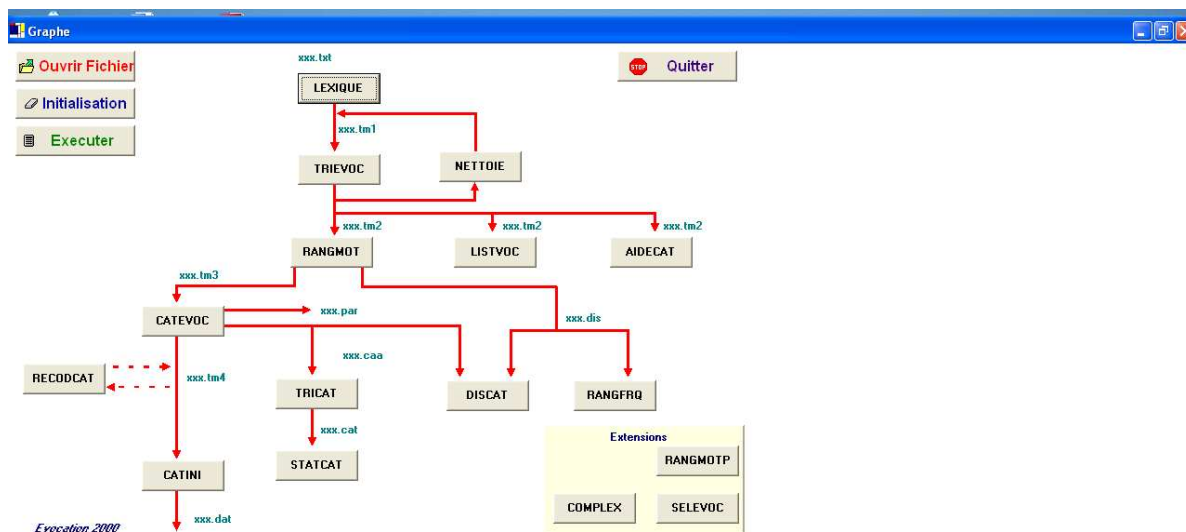


Imagem do programa EVOC

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES DOS SUB-PROGRAMAS DO EVOC 2000

LEXIQUE: possibilitar construir um vocabulário para as evocações (léxico, vocabulário).

TRIEVOC: colocar as palavras (evocações, vocabulário) em ordem alfabética (“triagem das evocações”).

NETTOIE: possibilitar a revisão e as alterações necessárias dos termos evocados e listados em ordem alfabética (“limpar os termos da lista”).

RANGMONT: analisar os dados e gerar uma lista com todas as palavras evocadas, em ordem alfabética, com os cálculos estatísticos da frequência das palavras e a posição em que elas foram citadas (ordem de evocação); frequência total de cada palavra; cálculo da média ponderada da ordem de evocação de cada palavra;

frequência total e a média geral da ordem de evocações do conjunto dos termos estudados.

RANGFRQ: Organizar as evocações de acordo com as frequências e ordem de evocações e gerar um “Quadro de quatro casas” com as palavras (evocações) que possivelmente pertencem ao núcleo central e aos núcleos periféricos.

LISTVOC: gerar um relatório (lista) com as palavras (evocações/vocabulário) em ordem alfabética e os contextos em que aparecem.

AIDECAT: fornecer uma lista com sugestões de categorias que possibilitam (auxiliam) o agrupamento dos termos e fornece também uma matriz de coocorrências entre as palavras e, também, gera uma matriz de preferências, indicando pares simétricos de evocações (possivelmente correlacionadas).

Referência

VERGÈS, P. **Conjunto de programas para análise e evocações**. Manual EVOC2000 - Versão 3 abril 5, 2002[Internet]; 2002 [citado 2009 dez 10]. Disponível em: <http://www.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm>.

**APÊNDICE G - Relatório Ramgmot e o quadro de quatro casas do corpus
“Violência contra as mulheres rurais”**

Relatório Ramgmot

fichier initial : C:\Users\User\Desktop\MARTA - DOUTORADO 2\Análise Violência contra a mulher\VCM - RURAIS Todos os profissionais.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : C:\Users\User\Desktop\MARTA - DOUTORADO 2\Análise Violência contra a mulher\VCM - RURAIS Todos os profissionais.Tm2

ON CREE LE FICHER : C:\Users\User\Desktop\MARTA - DOUTORADO 2\Análise Violência contra a mulher\VCM - RURAIS Todos os profissionais.dis et C:\Users\User\Desktop\MARTA - DOUTORADO 2\Análise Violência contra a mulher\VCM - RURAIS Todos os profissionais.tm3

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS
:FREQ.:	1 * 2 * 3 * 4 * 5 *
abuso-sexual	: 7: 2* 3* 1* 0* 1*
moyenne :	2.29
agressão	: 9: 4* 1* 4*
moyenne :	2.00
agressão-física	: 9: 5* 4*
moyenne :	1.44
agressão-verbal	: 10: 1* 4* 3* 2*
moyenne :	2.60
alcool	: 14: 8* 1* 3* 2*
moyenne :	1.93
caráter	: 1: 1*
ciúmes	: 1: 0* 0* 1*
covardia	: 7: 2* 1* 1* 3*
moyenne :	2.71
cultura	: 16: 1* 3* 5* 5* 2*
moyenne :	3.25
cumplicidade	: 1: 0* 0* 1*
depressão	: 2: 0* 0* 2*
desamor	: 4: 1* 3*
desamparo	: 1: 0* 1*
desassistência	: 1: 0* 0* 1*
descontrole	: 1: 0* 0* 1*

desestrutura-familiar : 5: 1* 0* 3* 1*
 moyenne : 2.80
 desinformação : 1: 0* 0* 1*
 desrespeito : 10: 2* 6* 1* 1*
 moyenne : 2.10
 desvalorização : 2: 0* 0* 2*
 difícil-acesso : 4: 2* 0* 1* 0* 0*
 rangs 6 ... 15 : 1*
 doença-mental : 1: 0* 0* 1*
 drogas : 2: 1* 1*
 educação : 1: 0* 1*
 escravidão : 1: 0* 1*
 falta-autonomia : 1: 0* 0* 0* 1*
 falta-coragem : 1: 0* 0* 1*
 falta-diálogo : 2: 1* 0* 1*
 falta-estudo : 1: 0* 0* 1*
 falta-informação : 2: 0* 2*
 falta-lazer : 3: 0* 2* 0* 0* 0*
 rangs 6 ... 15 : 1*
 ignorância : 3: 0* 1* 1* 1*
 indignação : 1: 0* 0* 1*
 injustiça : 1: 0* 0* 1*
 insegurança : 3: 1* 1* 0* 1*
 machismo : 5: 2* 1* 1* 1*
 moyenne : 2.20
 medo : 16: 7* 4* 1* 2* 2*
 moyenne : 2.25
 moral : 1: 0* 0* 1*
 máscara : 1: 1*
 negligência : 2: 0* 0* 0* 1* 1*

opressão : 2 : 2*
 pobreza : 1 : 0* 0* 1*
 poder : 6 : 0* 2* 1* 3*
 moyenne : 3.17
 privação : 6 : 1* 3* 1* 0* 1*
 moyenne : 2.50
 profissão : 1 : 0* 0* 1*
 raiva : 1 : 0* 1*
 recorrência : 1 : 0* 0* 1*
 repressão : 1 : 0* 0* 1*
 revolta : 2 : 0* 0* 1* 1*
 situação-financeira : 3 : 0* 2* 1*
 sobrecarga-trabalho : 11 : 5* 3* 2* 1*
 moyenne : 1.91
 sofrimento : 1 : 0* 0* 1*
 submissão : 14 : 3* 2* 2* 6* 1*
 moyenne : 3.00
 tristeza : 2 : 0* 1* 1*
 velada : 5 : 1* 0* 0* 4*
 moyenne : 3.40
 vergonha : 2 : 1* 1*

DISTRIBUTION TOTALE : 213 : 56* 56* 55* 36* 8*
 RANGS 6 ... 15 2* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 55

Nombre total de mots cites : 213

moyenne generale : 2.48

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul evocations et cumul inverse
1 *	23	23 10.8 % 213 100.0 %
2 *	10	43 20.2 % 190 89.2 %
3 *	4	55 25.8 % 168 79.8 %
4 *	2	63 29.6 % 158 74.2 %
5 *	3	78 36.6 % 150 70.4 %
6 *	2	90 42.3 % 135 63.4 %
7 *	2	104 48.8 % 123 57.7 %
9 *	2	122 57.3 % 109 51.2 %
10 *	2	142 66.7 % 91 42.7 %
11 *	1	153 71.8 % 71 33.3 %
14 *	2	181 85.0 % 60 28.2 %
16 *	2	213 100.0 % 32 15.0 %

Cálculo da frequência média:

Frequência mínima **3** que correspondeu a **79,8%** das evocações.

Cálculo da frequência intermediária= $168/22=7,7$ (valor aproximado para 8)

Frequência mínima= **3**

Frequência média= **8**

The screenshot shows the 'Options pour le programme TABRGFR' window. It features a yellow background and several controls:

- Buttons:** 'Fermer' (Close) and 'Editer' (Edit).
- Frequency Settings:**
 - Fréquence Minimale: 3
 - Fréquence Intermediaire: 8
 - Rang moyen: 2,4
- Four Quadrants (Cases):**
 - Top-Left (Rang < 2,4):** Lists words with frequency >= 8. Words include: agressão (9, 2,000), agressão-física (9, 1,444), alcool (14, 1,929), desrespeito (10, 2,100), medo (16, 2,250), and sobrecarga-trabalho (11, 1,100).
 - Top-Right (Rang >= 2,4):** Lists words with frequency <= 7. Words include: agressão-verbal (10, 2,600), cultura (16, 3,250), and submissão (14, 3,000).
 - Bottom-Left (Rang < 2,4):** Lists words with frequency <= 7. Words include: abuso-sexual (7, 2,286), desamor (4, 1,750), insegurança (3, 2,333), machismo (5, 2,200), and situação-financeira (3, 2,333).
 - Bottom-Right (Rang >= 2,4):** Lists words with frequency <= 7. Words include: covardia (7, 2,714), desestrutura-familiar (5, 2,800), difícil-acesso (4, 2,750), falta-lazer (3, 3,333), ignorância (3, 3,000), poder (6, 3,167), privação (6, 2,500), and velada (5, 3,400).

Imagem programa EVOC – Quadro de quatro casas do corpus “Violência contra as mulheres rurais”.

APÊNDICE H - Relatório COMPLEX referente ao corpus “Violência contra as mulheres rurais” - palavras frequentes e comuns no grupo de agentes comunitários de saúde e enfermeiras

fichier initial 1 : ACS.IDE
 fichier initial 2 : ENFE.IDE
 Nombre de mots differents : 33 28

Decompte des mots n'appartenant qu'a un fichier
 Nombre de mots uniquement dans le fichier 1 : 14
 Nombre de mots uniquement dans le fichier 2 : 9
 Nombre de mots commun aux deux fichiers : 19

Nombre de mots de frequence > 5 uniquement dans le fichier 1 : 3
 Nombre de mots de frequence > 5 uniquement dans le fichier 2 : 0
 Nombre de mots de frequence > 5 commun aux deux fichiers : 0

Liste des mots uniquement dans le fichier 1 acs.IDE

1 abuso-sexual
 1 ciúmes
 1 desamparo
 2 desvalorização
 1 falta-autonomia
 2 falta-diálogo
 1 falta-informação
 1 indignação
 1 moral
 1 negligência
 2 opressão
 1 revolta
 1 tristeza
 3 velada

Liste des mots uniquement dans le fichier 2 ENFE.IDE

1 cumplicidade
 2 desestrutura-familiar
 1 desinformação
 1 falta-coragem
 1 ignorância
 1 injustiça
 1 máscara
 1 recorrência
 1 sofrimento

Liste des mots communs aux deux fichiers

3 3 agressão
 5 1 agressão-física
 6 2 agressão-verbal
 3 3 álcool
 1 2 covardia
 4 5 cultura
 1 1 depressão
 2 1 desamor
 1 3 desrespeito

1	2	difficil-acesso
1	1	falta-lazer
2	3	machismo
6	3	medo
1	3	poder
3	1	privação
1	1	situação-financeira
4	2	sobrecarga-trabalho
4	6	submissão
1	1	vergonha

CALCUL DES SPECIFICITES

mots commun aux deux listes :

fin de la comparaison

nombre des evocations des fichiers initiaux : 69 54

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Informado

Pesquisa: Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio.

Equipe: Pof^a Dr^a Marta Julia Marques Lopes (pesquisadora responsável) – Fone: 51 3308-5251

Marta Cocco da Costa – Fone: 55 84241758 martafwcocco@yahoo.com.br

Instituição de Origem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF/UFRGS

Sr^a (o) Participante:

Com essa pesquisa, pretende-se conhecer e analisar, em cenários rurais da metade sul do Rio Grande do Sul, as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde e as influências dessas representações na implementação de decisões políticas e técnicas em ações de saúde; analisar as agendas públicas locais de saúde direcionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais, na perspectiva dos/as gestores/as e dos planos municipais de saúde; analisar, por meio do domínio epistemológico das relações de gênero e das representações sociais balizadas pelo princípio da integralidade (SUS), as formas concretas de atenção às mulheres rurais vítimas de violência e o potencial de efetividade do enfrentamento local, considerando-se o contexto rural e as pequenas municipalidades

Assim, conta-se com sua colaboração para responder algumas perguntas que serão gravadas em áudio. Salienta-se que, depois de transcritas, as gravações serão destruídas, mantendo-se a guarda do material transcrito por cinco anos, a contar da publicação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é livre e, se mudar de ideia, pode desistir a qualquer momento, mesmo sem ter respondido algumas ou todas as perguntas. Assegura-se que sua privacidade será preservada, portanto não haverá associações nominais com o teor das informações que irão compor o relatório de pesquisa e neste somente constarão informações devidamente validadas por você. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste estudo.

A pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração de uma Tese de Doutorado, junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, sob a orientação da Profª Drª Marta Julia Marques Lopes.

Coloca-se à disposição para os esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, mesmo após a entrevista e garante-se aos participantes o acesso aos resultados obtidos no final do estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

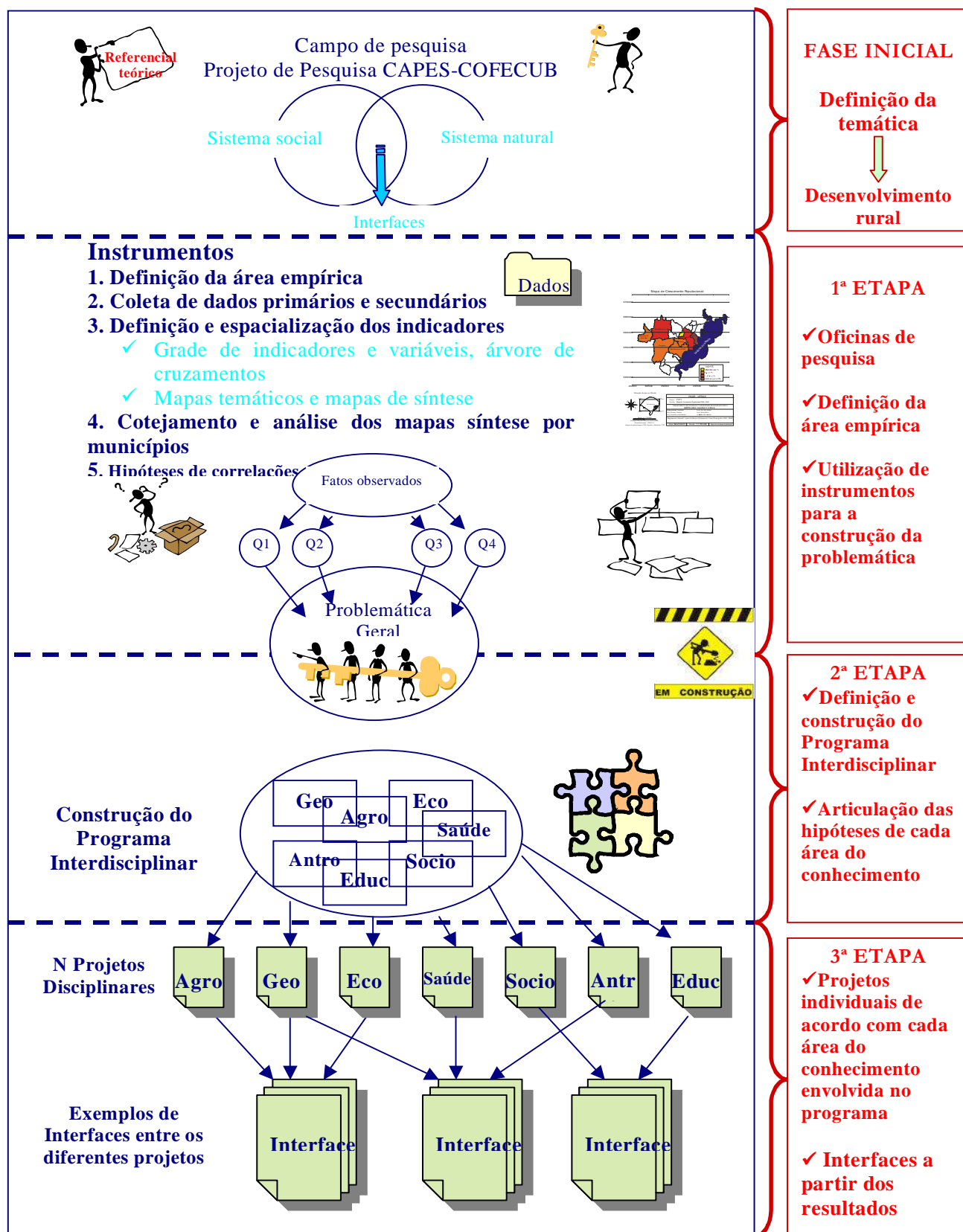
Nome da entrevistadora: _____

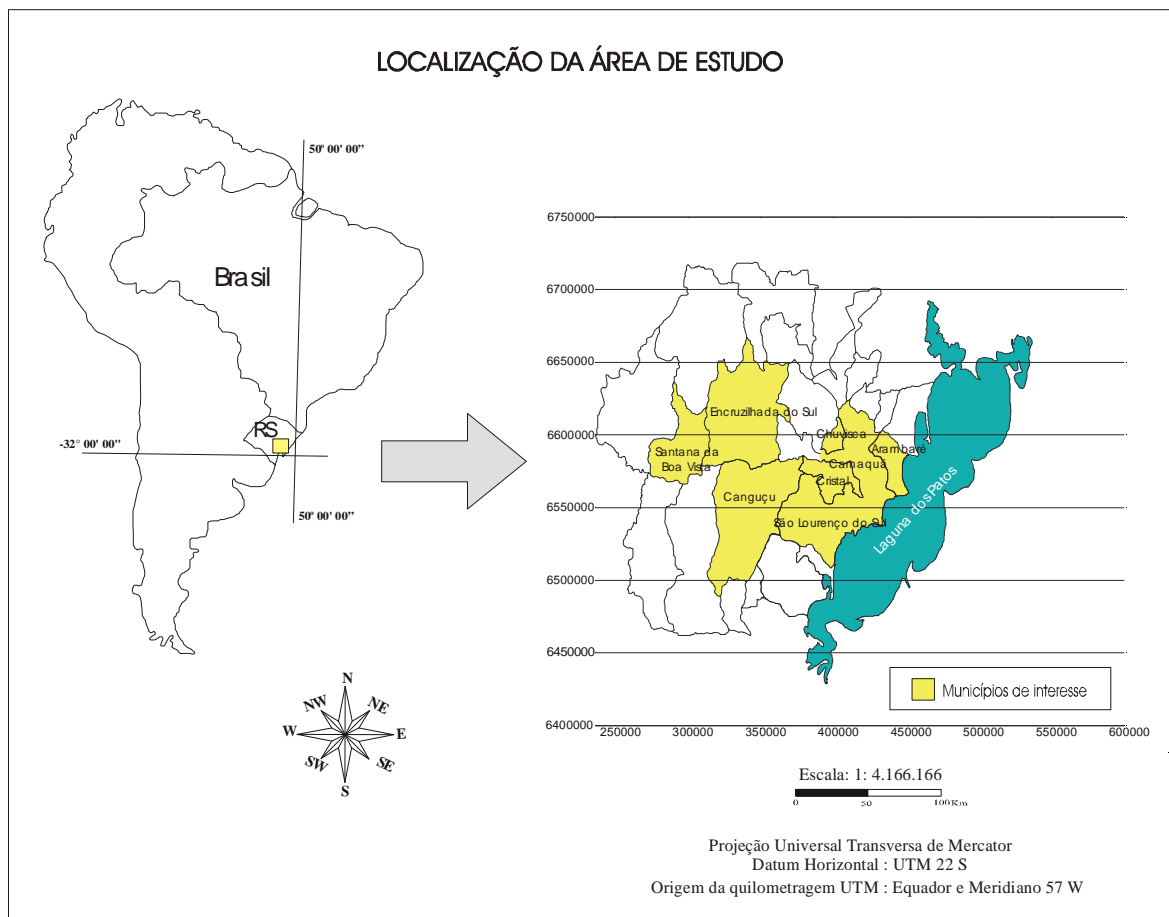
Assinatura da entrevistadora: _____

Data: _____

Local: _____

ANEXO A – Etapas Metodológicas do PROINTER



ANEXO B – Mapa da área de abrangência do PROINTER

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 14/06/2010

Protocolo CEPS-ESP n.º 496/09

Projeto: "A violência contra a mulher em áreas rurais e municípios de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul".

Pesquisador(a) Responsável: Marta Julia Marques Lopes

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.

Maria Isabel Barros Bellini
Coordenadora do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS

ANEXO D – Carta de aprovação - artigo oriundo da tese



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Seção de Comunicação e Publicações
 Revista da Escola de Enfermagem da USP
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000
 E-mails: reeusp@usp.br e asreeusp@usp.br
 Contatos: 11 3061-7553 ou 11 3061-7526



São Paulo, 29 de março de 2012.

Prezados autores:

Acusamos o recebimento do manuscrito intitulado **“MULHERES RURAIS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: elementos da integralidade nas práticas de cuidado dos profissionais da saúde”**, 30/11/2011, classificado como Artigo original, com 15 páginas, protocolado sob o nº REEUSP-2635.

Declaramos que o manuscrito foi apreciado pelo Conselho de Editores da Revista da Escola de Enfermagem da USP e **aprovado** em 19/03/2012, com previsão de publicação para o volume 46 de 2012.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry
 Editora Científica da Revista da
 Escola de Enfermagem da USP

Ilustríssimos Senhores

Marta Cocco da Costa
Marta Julia Marques Lopes