

# Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde



*Rural women and violence situation: access and accessibility limits to the healthcare network*

*Mujeres rurales y situaciones de violencia: límites de acceso y accesibilidad a la red de atención de salud*

Marta Cocco da Costa<sup>a</sup>

Ethel Bastos da Silva<sup>a</sup>

Joannie dos Santos Fachinelli Soares<sup>b</sup>

Luana Cristina Borth<sup>a</sup>

Fernanda Honnef<sup>a</sup>

## Como citar este artigo:

Costa MC, Silva EB, Soares JSF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e59553. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o acesso e a acessibilidade à rede de atenção às mulheres em situação de violência, residentes em contextos rurais, a partir dos discursos de profissionais.

**Métodos:** Estudo qualitativo, exploratório descritivo, com profissionais dos serviços da rede de atenção à violência de quatro municípios da região norte do Rio Grande do Sul. As informações foram geradas por meio de entrevistas realizadas entre agosto e dezembro de 2014 e analisadas pela modalidade temática.

**Resultados:** (Des)informação das mulheres, distância, acesso restrito ao transporte, dependência do companheiro, (des)atenção dos profissionais para acolher as mulheres em situação de violência e (des)articulação da rede são fatores limitantes do acesso e têm como consequência o não enfrentamento dessa problemática.

**Conclusão:** Aproximar os serviços que integram a rede de atenção à violência contra a mulher e qualificar os profissionais para acolher essas situações pode facilitar o acesso e a adesão das mulheres rurais a esses serviços.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Atenção primária à saúde. Saúde da população rural. Acesso aos serviços de saúde. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the access and accessibility to the healthcare network of women dwelling in rural contexts undergoing violence situation, as seen from the professionals' speeches.

**Method:** A qualitative, exploratory, descriptive study with professionals from the healthcare network services about coping with violence in four municipalities in the northern region of Rio Grande do Sul. The information derived from interviews, which have been analyzed by thematic modality.

**Results:** (Lack of) information of women, distance, restricted access to transportation, dependence on the partner and (lack of) attention by professionals to welcome women undergoing violence situation and (non)-articulation of the network are factors that limit the access and, as a consequence, they result in the lack of confrontation of this problem.

**Conclusion:** To bring closer the services which integrate the confrontation network of violence against women and to qualify professionals to welcome these situations are factors that can facilitate the access and adherence of rural women to the services.

**Keywords:** Violence against women. Primary healthcare. Rural health. Health services accessibility. Women's health.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el acceso y la accesibilidad a la red de atención de las mujeres en situación de violencia, residentes en contextos rurales, desde los discursos de los profesionales.

**Método:** Estudio cualitativo, exploratorio descriptivo, con profesionales de los servicios de la red de atención en el enfrentamiento a la violencia en cuatro municipalidades de la región norte de Rio Grande do Sul. Se generaron las informaciones por medio de entrevista que fueron analizadas según la modalidad temática.

**Resultados:** (Des)información de las mujeres, distancia, acceso restringido a transporte, dependencia del compañero, (des)atención de los profesionales para acoger a las mujeres en situación de violencia así como (des)articulación de la red son factores que limitan el acceso y, a consecuencia, resultan en la falta de enfrentamiento de esa problemática.

**Conclusión:** Aproximar los servicios que integran la red de enfrentamiento de la violencia contra la mujer y calificar a los profesionales para acoger desde la perspectiva de género pueden facilitar el acceso y la adhesión de las mujeres rurales a los servicios.

**Palabras clave:** Violencia contra la mujer. Atención primaria de salud. Salud rural. Accesibilidad a los servicios de salud. Salud de la mujer.

<sup>a</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões, Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), Curso de Enfermagem. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher deriva de valores sociais hegemônicos que naturalizam as desigualdades entre homens e mulheres e seus papéis, dando maior poder ao homem nas relações, o que justifica, muitas vezes, a opressão/submissão da mulher. Portanto, essa assimetria de poder nas relações presente na sociedade, é um dos determinantes da violência de gênero<sup>(1)</sup>. Esses comportamentos sociais, variam de acordo com as culturas, quanto mais tradicionais as sociedades, mais opressoras e com maior potencial de violência, quanto mais evoluídas em questões de igualdade/equidade entre os sexos e direitos humanos menor a prevalência.

No Brasil, quando se trata de mulheres rurais, as situações de violência se potencializam, considerando-se o contexto de vida que as situam em territórios distantes dos grandes centros e, conseqüentemente, dos recursos sociais, políticos e comunitários que poderiam promover maior proteção. Nesse espaço, as hierarquias familiares e sociais, sustentadas nas culturas de gênero, são constitutivas e, ao mesmo tempo, reflexos da socialização de homens e mulheres. Com isso, a violência adquire formas complexas e múltiplas e se manifestam nas relações sociais cotidianas, evidenciadas pela discriminação quanto à posse, ao trato e ao manejo da terra e na “legitimidade masculina” da divisão sexual do trabalho<sup>(2)</sup>.

Observando o cenário internacional, estudo desenvolvido com mulheres rurais paquistanesas, revelou questões que corroboram com a realidade brasileira em que as mulheres nesse contexto são particularmente vulneráveis à violência devido à sua posição social relativamente mais fraca e à falta de consciência dos seus direitos legais. Os dados desse estudo mostraram que cerca de 65% das entrevistadas haviam experimentado diferentes tipos de violência, sendo a violência psicológica a mais comum<sup>(3)</sup>.

Com isso, nos contextos rurais, as relações de gênero são fortemente influenciadas por uma organização patriarcal que coloca a mulher em uma posição inferior à do homem. O trabalho da mulher inclui cuidar da casa, dos filhos, da alimentação, da higiene e ajudar o companheiro no campo. Assim, o homem detém o controle do trabalho, organiza e administra a produção familiar e financeira, o que o coloca em uma posição superior e de poder na família<sup>(2)</sup>. Tais comportamentos geram conseqüências na vida e na saúde das mulheres, fazendo com que estas habitualmente procurem por serviços de polícia, assistência social, justiça e de saúde, setores constitutivos da rede de atenção, pois são estes os que estão mais acessíveis nas cidades e nos grandes centros<sup>(4-5)</sup>.

Neste aspecto, constata-se que a sociedade e os gestores públicos atendem em parte a recomendação da Organização Mundial de Saúde(OMS) cuja orientação é de as ações sejam intersetoriais, considerando-se a complexidade do problema<sup>(6)</sup> e, também a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 – Maria da Penha<sup>(7)</sup>, determina que a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar deva ser prestada de forma articulada, entre os serviços de saúde, de assistência social e de segurança pública.

Portanto, a composição de uma rede e a sua integração constitui-se em um desafio para a sociedade e gestores públicos, no que se refere à disponibilização de acesso e à inter-relação entre os serviços<sup>(8)</sup>. Essa condição se agrava quando as usuárias são mulheres rurais em situação de violência.

Além disso, a disponibilidade dos serviços da rede, não garantem uma atenção de qualidade, pois o conjunto de serviços pode mostrar apenas a soma de ações cuja atuação não estabelece a integração necessária para que a assistência seja eficiente<sup>(8)</sup>. Sendo assim, tão importante quanto a disponibilidades dos diferentes setores/locais para a atenção revela-se a forma como os profissionais atuam na rede, alguns reiteram concepções e práticas pautadas nas desigualdades de gênero, entendendo que essas questões devem ser resolvidas no ambiente privado e outros, levando em conta o gênero como categoria que determina a violência na família e iniciam o atendimento no local da rede de atenção<sup>(9)</sup>.

As percepções e práticas dos profissionais quanto na rota crítica que as mulheres percorrem para buscar apoio/suporte para enfrentar as situações de violência serve como base para a estruturação da rede de atenção<sup>(10)</sup>. Observam-se obstáculos, representados pela dificuldade de articulação e falta de diálogo entre os serviços, talvez, pela ausência de habilidade de alguns profissionais para atender essa demanda<sup>(11)</sup>. Muitas vezes, os profissionais da rede de atenção atuam cada um em sua área e encaminham a mulher em situação de violência a outros locais, sem haver uma integração entre eles, o que fragiliza a eficiência da política no enfrentamento da violência<sup>(4)</sup>.

Nessa direção cita-se um estudo que buscou caracterizar as crenças dos profissionais (dos setores segurança, educação e saúde) mais diretamente implicados na resposta e prevenção da violência conjugal em serviços de Portugal. Os resultados mostram que apesar de estarem no caminho para a construção de espaços de apoio e escuta da vítima, ainda faz-se necessário esforços no sentido de erradicar crenças que possam culpabilizar a vítima ou inibi-la de procurar apoio e de planejar mudanças em sua vida, como também dos serviços dialogarem e elaborarem medidas de enfrentamento coletivo desse agravo<sup>(12)</sup>.

A partir do exposto, neste estudo analisam-se as noções de acessibilidade e acesso, em relação às áreas rurais, consideradas fundamentais, pois apesar de comumente esses termos serem utilizados de forma ambígua, apresentam significados complementares. A acessibilidade significa a possibilidade que as pessoas têm ou não de chegar aos serviços. Já, o acesso diz respeito à oferta, que permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, ou seja, a forma com que a pessoa vivencia o serviço<sup>(13)</sup>.

No campo amplo dos direitos sociais, constata-se que a acessibilidade e o acesso a serviços, na qualidade de direitos de cidadania, são limitados para as mulheres em contextos rurais, principalmente devido às iniquidades urbano/rurais, às distâncias geográficas e à oferta de serviços. Não só a acessibilidade geográfica está aí expressa, mas, também, o acesso, resultado de desigualdades na oferta pública e da existência de opções por recursos assistenciais<sup>(2)</sup>.

Portanto, discutir e refletir sobre essas questões pode contribuir para a elaboração de políticas apropriadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres residentes em áreas rurais, considerando-se as especificidades e singularidades desse contexto. No que se refere à enfermagem, especificamente, considera-se que essa categoria profissional possui um importante papel, uma vez que ao integrar equipes multiprofissionais tem potencial para impulsionar a articulação da rede de atenção.

Dessa forma, a questão de pesquisa deste estudo é “quais são os fatores que limitam o acesso e a acessibilidade das mulheres em situação de violência, residentes em contextos rurais, à rede de atenção?” Tendo como objetivo analisar o acesso e a acessibilidade à rede de atenção às mulheres em situação de violência, residentes em contextos rurais, a partir do discurso de profissionais.

## ■ MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa permite conhecer a fundo as vivências e as representações que os participantes têm de suas experiências de vida<sup>(14)</sup>.

Este estudo foi realizado nas cidades de Palmeira das Missões, Frederico Westphalen, Jaboticaba e Palmitinho, localizadas na região norte do estado do Rio Grande do Sul. As duas primeiras cidades foram escolhidas por serem de médio porte e polos de referência de serviços de média complexidade para a região. As duas últimas por serem municípios de pequeno porte e por suas populações serem maiores no espaço rural do que no urbano. A economia desses municípios baseia-se na produção primária, agríco-

la, abrangendo grandes extensões territoriais e pequenas propriedades com agricultura familiar – minifúndios.

Participaram do estudo 26 profissionais que atuavam na rede de serviços e de apoio ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais dos municípios. Os setores e serviços envolvidos são: Secretaria Municipal da Agricultura (SMA), Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), Secretaria do Bem-Estar Social, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Municipal da Mulher (CMM), Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Delegacia de Polícia Civil (DPC), Posto de Atendimento à Mulher, Secretaria Municipal de Educação (SME) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Destaca-se que todos esses serviços se localizam em área urbana.

Os convites aos participantes da pesquisa foram entregues mediante agendamento com os gestores ou com os profissionais. Inicialmente foram convidados a participar os gestores das secretarias de saúde dos municípios, que, durante ou após suas entrevistas, indicaram os outros setores e ou serviços nos municípios que participavam de alguma forma do enfrentamento da violência contra mulheres rurais. Sendo então realizado convites aos seus respectivos responsáveis.

Adotou-se, como critério de inclusão: ser gestor ou atuar nos serviços de enfrentamento à violência e estar no cargo há mais de um ano. E como critérios de exclusão: estar em férias ou em licença no período da geração dos dados.

Para a geração dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada com questões abertas. As entrevistas foram realizadas individualmente com os participantes, momento em que se obteve as percepções, crenças, motivações e atitudes sobre o problema de pesquisa. O contato, o agendamento e as entrevistas com os participantes de cada município foram realizados nos meses de agosto a dezembro de 2014. A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Processo n. 514.865 (2014) e Certificado da Apresentação para Apreciação Ética (CAEE): 15126813.4.0000.5347.

Neste estudo, respeitaram-se as normas de Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e antes de iniciar a entrevista foi lido e entregue a cada participante, para assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes foram identificados com a letra “P” de participante e o número sequencial da entrevista, seguido da unidade de registro “UR” correspondente.

O material empírico gerado foi submetido à análise de conteúdo temática, seguindo as etapas preconizadas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação<sup>(15)</sup>. Para tanto, as falas dos participantes foram gravadas, transcritas, lidas e classifica-

das como unidades de registro, as quais foram agrupadas de acordo com semelhança do sentido e foi dado à unidade de conteúdo temática ou unidade de significado. Na sequência, as unidades de registro e temáticas/significado foram relidas, emergindo a categoria: Limites de acesso à rede de atenção às mulheres, no contexto rural, em situação de violência. Dessa categoria derivaram as seguintes subcategorias: (Des)informação; Distância, acesso restrito ao transporte e dependência do companheiro e (Des)atenção dos profissionais e (Des)articulação da rede.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos participantes, 19 são do sexo feminino e sete do sexo masculino. Quanto à formação educacional, 6 tinham graduação na área da saúde, 17 tinham curso de graduação em diferentes áreas (educação, assistência social, direito e outras) e 3 participantes tinham formação de nível médio. E em relação à distribuição dos setores de atuação, sete participantes eram do setor da agricultura, seis do setor de assistência social, cinco do setor da saúde, cinco do setor policial e três do setor da educação.

Neste estudo a subcategoria “(des)informação” aparece como limite de acesso à rede, em que os participantes têm a ideia de que a difusão de informações no contexto rural é restrita por falta de acessibilidade aos serviços de comunicação. Na visão dos participantes, ao comparar a mulher rural com a urbana salientam que a urbana é mais informada quanto a orientações e notícias veiculadas pelos diversos meios de comunicação.

*[...] como eu disse, a [mulher] rural eu vejo como mais delicado porque às vezes, não chega a informação necessária até elas, pra elas saírem daquele meio.[...] (P2UR2)*

*[...] e ela tá ali num meio sem informação porque a mulher da cidade tem mais acesso a informação, né. (P23UR2)*

*[...] Eu acho assim que de repente a [mulher] urbana tem mais acesso a algumas coisas que a rural ainda não tem, no sentido assim de comunicação [...] (P18UR1)*

Ao se analisar os resultados encontrados, constata-se que a ausência de informação, evidente neste estudo, é condição integrante do universo de muitas mulheres que vivem no campo, e isso se deve, talvez, à falta da disponibilização de meios de comunicação – correio público, linhas telefônicas, internet, canais de TV – e também de políticas e programas municipais educativos que promovam o de-

envolvimento da cidadania e a autonomia das mulheres rurais. Quando políticas sociais atingem esse grupo populacional, como é o caso do Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural (PNDTR), constata-se que as mulheres aprendem, organizam-se e mobilizam-se em busca de informações relacionados aos direitos<sup>(16)</sup>. Mas, no contexto deste estudo, de acordo com resultados encontrados, essa parece não ser uma realidade, revelando certo despreparo das autoridades públicas na implementação de políticas públicas para essas mulheres.

A comparação feita pelos participantes entre as mulheres urbanas e as rurais que vivem em situação de violência mostra a noção de que a mulher urbana tem mais possibilidade de obter informações e, por isso, pode acessar os serviços da rede de atenção, o que as aproxima de um projeto de enfrentamento dessa problemática. No entanto, esse acesso está diretamente ligado à forma com que ocorrem as relações intersubjetivas e as trocas de valores entre os trabalhadores da rede e a mulher, da articulação e fluxo dos serviços que podem ou não provocar mudanças na vida das mulheres. Quando os serviços da rede respeitam as necessidades da mulher, esses serviços são articulados e têm fluxo estruturado, conseguem dar suporte para a mulher reorganizar a vida<sup>(17)</sup>.

A concepção de que as mulheres rurais não têm conhecimento porque as políticas sociais e de trabalho são insuficientes para torná-las independentes e autônomas reforça a necessidade de maior investimento por parte das autoridades públicas em prol desse grupo de mulheres. Compreende-se que a autonomia das mulheres é protetora contra a violência, tanto em nível privado quanto público<sup>(18)</sup>. E, para alcançá-la é preciso que a enfermagem, enquanto parte da rede de atenção, em sua prática utilize fortemente a comunicação (diálogo e escuta) para informar as mulheres sobre seus direitos, e com isso, iniciar um processo de conscientização da situação com a possibilidade de adquirir potência para transformar a própria realidade<sup>(19)</sup>.

A informação/orientação pode chegar à mulher por meio de ações socioeducativas em espaços coletivos como grupos que além de promover a obtenção de conhecimento servem de estímulo para produção de formas de geração de renda. O grupo pode tornar-se o local em que as mulheres adquiram a força necessária para mudar a realidade<sup>(2)</sup>

A subcategoria “Distância, acesso restrito ao transporte e a dependência do companheiro” foi considerada pelos participantes como fator que dificulta a acessibilidade da mulher à rede de atenção, pois o local onde vivem fica longe dos recursos de apoio sociais e institucionais. Da mesma

forma, os serviços públicos de polícia, justiça e saúde também são mencionados pelos participantes como setores de difícil acessibilidade.

*A [mulher] rural a dificuldade é porque é mais longe, a maioria das casas é longe [...], então é mais difícil o acesso. A dificuldade que eu vejo é mais de acesso[...] (P2UR4)*

*[...] a dificuldade da mulher do meio rural, seria principalmente no tocante a distância dos grandes centros[...] consequentemente o acesso dela aos órgãos públicos que poderiam lhe dar assistência fica mais restrito, tanto pela dificuldade de locomoção dela para o grande centro[...] (P22UR2)*

Os meios de transporte mais utilizados por populações rurais são ônibus, motocicleta, carro próprio, caminhões, carroças e bicicletas. O ônibus coletivo tem horário e dia marcado para fazer a linha urbana-rural e rural-urbana e a família se desloca por meio de transporte público quando não tem carro próprio. O fato de a mulher ter que esperar pelo dia e horário do ônibus pode desestimulá-la a procurar os serviços da rede, pois, na maioria das vezes, o que a leva a procurar os serviços é a gravidade da lesão física e o sentimento de raiva que decorre da situação. Passada essa condição, o homem pede perdão e a mulher pensa que tudo vai mudar, o ciclo se repete e a violência se torna naturalizada para a mulher e a família, e invisível nos serviços.

Estudo realizado com gestores e profissionais da saúde nessa temática, reforçam os achados dessa pesquisa, pois também encontraram a questão do transporte, ou seja, o deslocamento dos usuários até os serviços da rede são escassos e precários, justamente pela distância geográfica e pela difícil acessibilidade, o que, muitas vezes, impossibilita a mulher buscar apoio e acaba permanecendo em situação de violência<sup>(2)</sup>.

A dependência do transporte público e/ou privado, nem sempre disponível, foi outro fator citado. Quando se referem ao transporte privado, os gestores e os profissionais ressaltam a dependência que a mulher do meio rural tem para se deslocar de um lugar a outro, pois o automóvel, na maioria das vezes, é de propriedade do homem e somente ele está habilitado a dirigi-lo.

*[...] a dependência do sair de casa, a questão de locomoção, o acesso a outros meios, depende exclusivamente do homem né, porque é ele quem dirige, que tem o carro. Então eu vejo que é bem mais complicado a questão da agricultura familiar por causa disso, os acessos são mais difíceis do que pra mulher na cidade. (P21UR6)*

A frequência com que as mulheres rurais, em situação de violência, procuram os serviços de apoio pode ser reduzida pela questão geográfica, pela dificuldade de acesso ao transporte coletivo e pela dependência do companheiro. Somam-se a isso ações do agressor que, na maioria das vezes, restringe os vínculos sociais da mulher, pois lhe confere obrigações domésticas e exclusivas ao lar como parte da dinâmica conjugal e, que ela as aceita como suas tarefas sem sentir que isso a mantém sob o domínio dele<sup>(17)</sup>.

O isolamento social vivido pela mulher rural mantém o controle do homem sobre ela e contribui para a naturalização e invisibilidade da violência<sup>(20)</sup>. Essa condição pode se agravar, pois, muitas vezes, os familiares e amigos estão distantes, e o vizinho mais próximo está muito afastado. Mulheres que têm apoio da família tem menos propensão a sofrer violência, reforçando a importância da rede social na prevenção da violência<sup>(18)</sup>. Assim, destaca-se que “relações solidárias e de confiança podem ser decisivas na inserção de mulheres na rede de atendimento, constituindo-se elas mesmas, um elo entre a mulher e a busca por um tipo de assistência”<sup>(17:1301)</sup>. O apoio de religiosos da comunidade e o telefonema de um amigo ou vizinho podem auxiliar para uma solução exitosa do problema. A falta da rede socio-humana limita e dificulta o acesso à rede de atenção<sup>(17)</sup>.

O acesso das mulheres à rede de atenção pode iniciar-se pelos serviços da rede de atenção primária à saúde com o acolhimento da equipe multidisciplinar, e para isso, é preciso uma postura comprometida com essas mulheres<sup>(19)</sup>. O vínculo estabelecido entre o profissional e a mulher rural pode gerar o apoio que muitas mulheres precisam para enfrentar a situação sócio familiar que vivem<sup>(2)</sup>. Nesse sentido a enfermagem em sua prática constitui-se como elemento articulador dos serviços com o objetivo de dar continuidade do cuidado<sup>(19)</sup>. Salienta-se, que na rede de atenção todos os setores têm esse papel de integrar-se aos demais, o que não é uma realidade presente.

A subcategoria “(des)atenção dos profissionais” e (des) articulação da rede” está relacionada ao despreparo dos profissionais que atendem as mulheres que buscam os serviços. Os participantes deste estudo observam como limite a percepção de alguns profissionais alicerçada na concepção de que o problema não é de caráter público, ainda que façam parte desses serviços. Essa noção está presente em alguns setores, como é o caso do setor da Segurança, e compromete o atendimento à mulher quando não valoriza sua queixa, ao contrário, desqualifica, desvaloriza e acaba exercendo violência institucional.



*[...] mas a problemática que eu vejo aqui pra mim é falta de gente mesmo, de policial preparado para trabalhar [atender as mulheres]. (P7UR6)*

*[...] para certos profissionais ela [a violência] ainda não é tratada como uma problemática e uma preocupação, às vezes ela chega lá e eu acho que ela é atendida com um pouco de vulgaridade, e me parece que ali ela esbarra, pelo menos nas cidades menores [...]. (P18UR3)*

Estudos realizados em contextos urbanos mostram que mulheres que sofrem violência procuram repetidas vezes os setores da saúde e da delegacia<sup>(4,9)</sup>, o que mostra que é preciso muito tempo para se conseguir uma mudança na vida da mulher em situação de violência<sup>(4)</sup>. Também se evidencia que a relação entre a mulher e os trabalhadores dos serviços ainda são tensas quanto à execução de práticas que levem em consideração as desigualdades de gênero e que geraram violências institucionais às mulheres e a não adesão aos serviços<sup>(17)</sup>.

Os resultados mostram concordância com estudo que diz que os trabalhadores da polícia não estão comprometidos com um atendimento qualificado e que precisam de capacitação para atender a violência contra a mulher e compreendê-la como um fenômeno complexo<sup>(9)</sup>. A noção de que a violência se ancora nas desigualdades de gênero não está presente nas práticas dos trabalhadores da polícia, ao contrário, eles reforçam as iniquidades, justificando que as mulheres são responsáveis pelas violências sofridas por não apresentarem um comportamento adequado<sup>(17)</sup>. Estudo realizado na África do Sul evidenciou que alguns profissionais da Delegacia de Polícia apresentavam uma postura antipática, impessoal e indiscreta no acolhimento, além de descaso com os encaminhamentos com documentos essenciais que garantam direitos e proteção às mulheres em situação de violência, como o pedido de proteção<sup>(11)</sup>.

Os limites de acessibilidade e de acesso à rede de atenção no enfrentamento à violência, relacionados ao preparo dos profissionais encontrados neste estudo, certamente contribuem para que o número de mulheres rurais, em situação de violência, mantenha-se reduzido quando comparado às mulheres urbanas. Confirma-se que a solução do problema permanece no âmbito familiar e também que há falta de confiança nos serviços da rede no sentido de dar o apoio efetivo às mulheres<sup>(9)</sup>.

Mulheres rurais procuram os serviços em outros locais porque, muitas vezes, não estão disponíveis na área em que residem<sup>(17)</sup>. Quando os serviços estão disponíveis em suas regiões, elas também os procuram em outros locais, pois sentem vergonha e medo de que o parceiro fique

sabendo. A discriminação sofrida pelas mulheres ao assumirem a situação que vivenciam são impeditivo para que procurem a rede de apoio. A confidencialidade por parte dos profissionais que atuam nos serviços é outra condição que preocupa as mulheres, ao receberem visita da assistência social ou de um profissional da saúde em suas casas sem a devida discrição pode piorar a situação. As mulheres rurais preferem procurar o suporte fora da comunidade para evitar a exposição e diminuir os riscos de novas violências ao acessar o serviço<sup>(11)</sup>.

Agrega-se a essa discussão o estudo reflexivo desenvolvido nos Estados Unidos que buscou discutir questões sobre a violência íntima em áreas rurais e a atuação do profissional enfermeiro. Os autores mencionam que, em muitas comunidades rurais, é comum acreditar que o que acontece entre um homem e sua esposa é questão privada, o que dificulta para as mulheres abusadas falar sobre a violência. Essas crenças e normas sociais e culturais podem contribuir para sentimentos de culpa e vergonha, o que, por sua vez, pode dificultar a procura de atendimento<sup>(20)</sup>.

Outro elemento encontrado nos achados do estudo refere-se à desarticulação da rede, em que os setores têm dificuldade de comunicar-se, 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.

*É que como você precisa de um trabalho em rede envolve outros setores, a dificuldade eu acho que é o engajamento de todos os setores da importância disso e fazer um trabalho em equipe [...]. (P23UR1).*

*[...] às vezes deveria funcionar tudo, mas assim a violência doméstica desde a agente de saúde, as do PIM nós, no ESF, tudo deveria funcionar, as internações no hospital e que várias vezes acontece de internar e a gente nem ficar sabendo, isso sim deveria funcionar num todo dentro do município que nós temos poucos habitantes não seria difícil, mas não é sempre que funciona (P18UR3).*

Pode-se mencionar que as limitações de acesso e acessibilidade à rede de atenção encontradas neste estudo ocorrem, muitas vezes, pela falta de políticas públicas locais articuladas que ofereçam respostas eficazes às mulheres nessas situações, de modo que muitas ocorrências ainda são resolvidas com base na boa vontade, na improvisa-

ção e na análise de 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.

Para o enfrentamento da violência é necessária a adoção de uma dinâmica de trabalho institucional que favoreça a articulação intersetorial, favorecendo a adequada comunicação intra e intersetorial. Para tanto, demanda-se que os(as) profissionais sejam conhecedores(as) de outros serviços, de suas competências e do papel da rede no enfrentamento da violência<sup>(7)</sup>. Portanto, considera-se que é possível articular setores com potencial efetivo de intervenção, ainda que pequeno e de forma isolada<sup>(2)</sup>. O(A) enfermeiro(a) na atenção à saúde da mulher em situação de violência pode ter o papel de articulador da rede de atenção, pois ao acolher a mulher e identificar suas demandas se reconhece a importância/necessidade dos outros setores para a sequência do cuidado<sup>(19)</sup>.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra a (des)informação, a distância, o acesso restrito ao transporte, a dependência do companheiro, a (des)atenção dos profissionais e a desarticulação da rede como limites de acesso e de acessibilidade das mulheres rurais à rede de atenção e ao enfrentamento da violência. Observa-se que prevalece, historicamente, a desigualdade de oferta e a acessibilidade geográfica das ações dirigidas às comunidades rurais, ou seja, a constituição de serviços situa-se nas áreas urbanas e estes são seletivos para responder a determinada demanda.

Constata-se, também, que as construções sociais de gênero estão fortemente presentes nas famílias em áreas rurais, em especial a concepção hegemônica do poder masculino que mantém a mulher em um ambiente de submissão e ausência de autonomia social, cultural, econômica e política, isolando-a do apoio socioinstitucional.

Os obstáculos vividos pelas mulheres rurais em situação de violência decorrentes dessa concepção social patriarcal, classista e sexista podem desestimular a procura pelos serviços da rede. Portanto, pensar em formas de aproximar os serviços e qualificá-los para uma prática acolhedora confiável pode ser uma alternativa que contribua para que as mulheres se sintam mais seguras quanto ao acesso e ao suporte dos serviços. Além disso, acredita-se que considerar essa perspectiva possa qualificar as práticas de cuidado voltadas a essas mulheres. No que se refere especialmente aos profissionais de enfermagem, considera-se que todos possuem potencial para desenvolver uma postura verdadeiramente acolhedora e também a capa-

cidade de promover a articulação dos diferentes atores e setores que compõem a rede.

Assim, a construção de redes de atenção para o enfrentamento da violência contra as mulheres em contextos rurais apresenta-se como estratégia desafiadora e exige extrapolar e deslocar ações individuais dos profissionais para as usuárias, criando possibilidades para aumentar a participação dos sujeitos na implementação de soluções, reconhecer esse cenário como espaço singular, em que as características epidemiológicas, sociais, culturais, organizacionais são específicas, e também promover a articulação de distintas óticas disciplinares para que se possa trabalhar com práticas generificadas.

As limitações do estudo estão relacionadas ao caráter regional do estudo, o que pode não representar generalização dos achados. Propõe-se a realização de novos estudos, em outras realidades rurais, buscando avaliar o acesso e a acessibilidade à rede de atenção para o enfrentamento das situações de violência nessas localidades, considerando-se a complexidade dessa problemática

## ■ REFERÊNCIAS

1. Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2011;19(3):589-97.
2. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1088-95.
3. Zakar R, Zakar MZ, Abbas S. Domestic violence against rural women in Pakistan: an issue of health and human rights. *J Fam Viol*. 2016;31(1):15-25.
4. Gomes NP, Bomfim ANA, Diniz NMF, Souza SS, Couto TM. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev Enferm UERJ*. 2012 abr/jun;20(2):173-8.
5. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulheres em situação de violência: limites da assistência. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(1):249-58.
6. World Health Organization (CH). Responding to intimate partner and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva; 2013.
7. Presidência da República (BR). Lei Nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências coibe a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 ago 08;143(151 Seção 1):1-4.
8. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collazolli ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(4):743-52.

9. Silva RA, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermitz AB. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012;46(6):1014-22
10. Presidência da República (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília; 2011.
11. Joyner K, Masch RJ. The value of intervening for intimate partner violence in South African primary care: project evaluation. *BMJ Open*. 2011;1:e000254.
12. Machado C, Matos M, Saavedra R, Cruz O, Antunes C, Pereira M, et al. Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. *Acta Med Port*. 2009; 22(6):735-42.
13. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2004.
14. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):507-14.
15. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Salvaro GI, Lago MCS, Wolff CS. "Mulheres agricultoras" e "mulheres camponesas": lutas de gênero, identidades políticas e subjetividades. *Psicol Soc*. 2013;25(1):79-89.
17. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(5):1293-304.
18. Puri M, Frost M, Tamang J, Lamichhane P, Shah I. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. *BMC*. 2012;5:291.
19. Cortes LF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdahl MC, Arboit J. Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):77-84
20. Dudgeon A, Evanson TA. Intimate partner violence in rural U.S. areas: what every nurse should know. *Am J Nurs*. 2014;114(5):26-35, quiz 36, 48.

■ **Autor correspondente:**

Marta Cocco Costa  
E-mail: marta.c.c@ufsm.br

Recebido: 28.11.2015

Aprovado: 08.05.2017