



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

VANESSA DE SOUSA NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE PÚBLICA:
A participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento
da violência contra as mulheres**

Brasília/DF

2008

VANESSA DE SOUSA NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE PÚBLICA:
A participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento
da violência contra as mulheres**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social,
do Departamento de Serviço Social da Universidade
de Brasília como requisito para a obtenção do título de
assistente social.

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Teixeira Rodrigues

Brasília/DF

2008

VANESSA DE SOUSA NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE PÚBLICA:
A participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento
da violência contra as mulheres**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social,
do Departamento de Serviço Social da Universidade
de Brasília como requisito para a obtenção do título de
assistente social.

Aprovada em _____ de _____ de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Marlene Teixeira Rodrigues (orientadora).

Doutora em Sociologia

Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Mário Ângelo Silva

Doutor em Serviço Social.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Assistente Social Ms. Priscilla Maia

Mestre em Política Social

Universidade de Brasília - UnB

*A meus pais, Joaquim e Maria de Lourdes
e a minha irmã, Andréia, pelo apoio e
carinho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois todas as realizações de nossas vidas comportam em sua origem a ação Dele, sem a qual nada é possível.

À professora Dra. Marlene Teixeira Rodrigues, pela orientação segura e incentivo constante, por seu direcionamento, paciência e confiança que possibilitaram a conclusão desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Mário Ângelo Silva e à Assistente Social Ms. Priscilla Maia pela pronta disposição em participar da banca examinadora dessa monografia.

À Laurez Vilela, coordenadora do Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências – NEPAV – da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que disponibilizou informações indispensáveis à concretização desse estudo.

Aos diretores dos centros de saúde que compõem a amostra de pesquisa, ao diretor da Regional de Saúde de Ceilândia e a todos os profissionais entrevistados, pela disponibilidade em participar dessa pesquisa.

Às assistentes sociais Luiza Alessandra do Hospital Regional de Ceilândia e Marta Tenório do Programa Violeta do Hospital Regional da Asa Sul, pela disposição em esclarecer dúvidas e pela contribuição para a delimitação do objeto de estudo.

À mestrande Ana Elisa Araújo Messias e à assistente social Mariana de Barros pelas ricas discussões sobre o tema desse trabalho de conclusão de curso, bem como pelas úteis sugestões bibliográficas.

À minha tia, Maria Lúcia Sousa pela ajuda inestimável na elaboração do projeto que embasou essa monografia.

À minha mãe, Maria de Lourdes do Nascimento, que me sustentou nos momentos de desmotivação e de dúvidas em relação à graduação e foi ajuda constante em todas as etapas desse percurso acadêmico.

A meus pais, Joaquim Raimundo do Nascimento e Maria de Lourdes do Nascimento, bem como à minha irmã, Andréia de Sousa Nascimento, pela disponibilidade em acompanhar-me durante a realização do trabalho de campo.

RESUMO

A violência contra as mulheres é uma expressão da desigualdade de gênero que ocasiona, entre suas diversas consequências, agravos à saúde física, mental, reprodutiva e sexual das mulheres. Por essa razão desde a década de 1990 é reconhecida internacionalmente como uma questão de saúde pública. Sendo assim, os serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, se apresentam como importantes colaboradores para o enfrentamento desse problema social. O presente estudo buscou identificar a participação de unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres a partir das ações institucionais e das práticas de profissionais de saúde que atuam em centros de saúde da cidade de Ceilândia/ DF. Para tanto, foi levantado, por meio da aplicação de questionários em seis centros de saúde dessa cidade, o quadro de ações, práticas e instrumentos institucionais existente nessas unidades para abordar o tema da violência contra as mulheres. Em seguida, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com seis profissionais de saúde e três agentes comunitários de saúde a fim de conhecer a atuação profissional frente a esse problema e as possibilidades e limites para abordar o referido tema nas unidades básicas de saúde. Constatou-se que o tema da violência contra as mulheres é abordado nas atividades das unidades básicas de saúde, sobretudo, por meio de palestras nos programas de saúde da mulher e por meio de acompanhamentos. Contudo, essas ações são limitadas por fatores como falta de espaço físico e de pessoal e pela ausência de treinamento dos profissionais de saúde para lidarem com esse tipo de violência. Por outro lado, as ações educativas existentes nessas unidades, apareceram no discurso dos profissionais como espaços propícios para a abordagem da violência contra as mulheres. Quanto à atuação profissional, as assistentes sociais apareceram como profissionais de referência para o atendimento de casos de violência contra as mulheres que chegam até os centros de saúde. Constatou-se ainda que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ligado aos centros de saúde, apresenta-se como local propício para a detecção precoce de casos de violência doméstica contra as mulheres, contudo, os agentes comunitários de saúde encontram-se despreparados para atender mulheres em situação de violência. Sendo assim, as unidades básicas de saúde podem de fato contribuir para o enfrentamento da violência contra as mulheres, valorizando o próprio PACS e as ações educativas em saúde presentes nessas unidades, no sentido de implementar atividades de prevenção primária à violência. Para isso, todavia, deve-se priorizar a capacitação dos profissionais de saúde para abordarem esse tema em suas práticas cotidianas.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra as Mulheres; Saúde Pública; Atenção Básica à Saúde; Unidades Básicas de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
 CAPÍTULO 1 – A violência contra as mulheres a partir do paradigma dos estudos feministas e de gênero.....	12
1.1. Delimitação das categorias gênero e violência.....	12
1.1.1. Gênero.....	12
1.1.2. Violência.....	15
1.2. Violência contra as mulheres: conceituação e contribuições teóricas sobre o tema.....	17
1.3. A violência contra as mulheres e sua expressão na sociedade.....	21
 CAPÍTULO 2 – A interface entre a violência contra as mulheres e a saúde pública	26
2.1. A entrada da tema da violência contra as mulheres no campo das políticas públicas: como o setor saúde se insere nesse contexto?.....	26
2.2. A violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública.....	28
2.3. A área da saúde e o enfrentamento da violência contra as mulheres.....	33
2.4. A prevenção à violência contra as mulheres a partir do campo da saúde pública..	37
2.5. A entrada do tema da violência contra as mulheres na Atenção Básica à Saúde...	40
 CAPÍTULO 3- Metodologia de Pesquisa.....	44
3.1. Apresentação da pesquisa.....	44
3.2. Delimitação do estudo.....	45
3.3. Procedimentos éticos.....	46
3.4. Procedimentos de coleta de dados.....	47
3.5. O trabalho de campo.....	48
3.6. Procedimentos para análise dos dados.....	49

CAPÍTULO 4 - A participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres.....	50
4.1. O tema da violência contra as mulheres nas ações e práticas dos centros de saúde estudados.....	51
4.2. A assistente social como profissional de referência nos centros de saúde para atender os casos de violência contra as mulheres.....	58
4.3. O atendimento nos centros de saúde às situações de violência contra as mulheres.....	59
4.4. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre as possibilidades e dificuldades para abordar o tema da violência contra as mulheres nos centros de saúde.....	63
4.5. A violência contra as mulheres e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICES.....	
Apêndice A – Questionário.....	80
Apêndice B – Roteiro de entrevista – Profissionais de saúde.....	82
Apêndice C – Roteiro de entrevista – Agentes Comunitários de Saúde.....	84
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista.....	86
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Questionário.....	87

INTRODUÇÃO

A terminologia violência contra a mulher surgiu no cenário brasileiro para denunciar os assassinatos e as agressões em desfavor das mulheres praticados em geral pelos homens, dentro de uma dinâmica de dominação masculina e subordinação feminina (TELES; MELO, 2003). Essa violência, praticada majoritariamente por conhecidos, se expressa, sobretudo, na esfera privada, ocorrendo em geral no âmbito doméstico e nas relações familiares e de afeto (GALVÃO, ANDRADE, 2004; GIFFIN, 1994; SUÁREZ, MACHADO, BANDEIRA, 1999). Tal característica fez com que por um longo período, a violência contra a mulher fosse tomada como uma questão de foro privado, não passível de intromissão por parte da sociedade, o que começou a mudar somente nas últimas três décadas, a partir das denúncias dos movimentos de mulheres e feminista (HEILBORN, 1996).

Atualmente, o poder público brasileiro a entende como um problema social que demanda respostas por via de políticas públicas. Em razão disso, a partir da década de 1990 e, principalmente nos anos 2000, essa questão tem sido incorporada na agenda nacional de políticas para as mulheres, efetivando-se um compromisso do atual governo com o enfrentamento dessa forma de violência (BRASIL, 2003a). A estruturação de uma rede integrada de ações e serviços para atender às mulheres em situação de violência aparece como estratégia basilar desse enfrentamento. Dentre os componentes dessa rede encontram-se os serviços de saúde.

Em razão dos agravos que a violência traz à saúde das mulheres, os serviços de saúde se apresentam como locais estratégicos para o contato com o público feminino, sendo potenciais portas de entrada para essas usuárias na rede de apoio às mulheres em situação de violência. Nas unidades de saúde, as situações de violência contra as mulheres chegam em sua maioria nas emergências hospitalares (D'OLIVEIRA, 1996). Entende-se, todavia, que quando esses casos chegam ao pronto-socorro é porque a violência já se encontra em uma fase aguda, na qual as unidades de saúde são procuradas para o tratamento de traumas e lesões.

Autoras como Grossi (1999) e Deslandes et al. (2000) permitem entender, todavia, que o papel do setor saúde frente à violência contra as mulheres não deve se esgotar no tratamento das conseqüências dos episódios violentos. Essas autoras ressaltam a necessidade de enfatizar ações preventivas e educativas que levem à abertura do diálogo e da possibilidade de ajuda, assim como o acompanhamento dessas mulheres.

A proposta de prevenção à violência contra as mulheres a partir do setor saúde é recente, contudo, tem ganhado relevância nas ações pensadas para o setor. Tendo em vista que

o modelo do Sistema Único de Saúde atribui à prevenção lugar privilegiado no nível de atenção básica à saúde, foram levantadas as seguintes questões que nortearam o presente estudo: O problema da violência contra as mulheres se faz presente no cotidiano da atuação das unidades básicas de saúde? Como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, essas unidades seriam locais estratégicos para a identificação e referência das mulheres em situação de violência? Como essas unidades estariam atendendo essas mulheres? Estariam contribuindo ou poderiam contribuir para o enfrentamento dessa forma de violência?

Esses questionamentos conduziram à seguinte pergunta de pesquisa: **Como o tema da violência contra as mulheres tem sido trabalhado nas ações institucionais e nas práticas dos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde?** Para responder a essa pergunta foi realizada uma pesquisa de campo que teve como objetivo identificar a participação de unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres a partir das ações institucionais e das práticas dos profissionais de saúde que atuam em centros de saúde da cidade de Ceilândia/ DF.

Como objetivos específicos buscou-se: verificar a existência de práticas e instrumentos institucionais para a identificação, acolhimento e encaminhamento de mulheres em situação de violência; verificar a existência de ações de prevenção à violência contra as mulheres; identificar a dinâmica de atendimento às mulheres em situação de violência desenvolvida pelos profissionais de saúde; levantar as experiências de formação e capacitação dos profissionais de saúde sobre a temática da violência contra as mulheres; e identificar, sob a perspectiva desses profissionais, as dificuldades e possibilidades de atuação das unidades básicas de saúde em relação à violência contra as mulheres.

Essa pesquisa logrou trazer elementos que possibilitassem visualizar a realidade das unidades básica de saúde no que diz respeito ao trabalho com a temática da violência contra as mulheres. Entende-se que embora generalizações a partir desse estudo sejam limitadas, conhecer a realidade mesmo de uma amostra reduzida pode apontar novas questões a serem pensadas no que se refere à interface entre a atenção básica e a violência contra as mulheres.

Esse trabalho orienta-se por um ponto de vista de valorização dos serviços de saúde como espaços de acolhida, apoio e garantia de direitos das mulheres que vivenciam situações violentas, bem como de que a violência contra as mulheres é passível de prevenção, entendendo que o nível de atenção básica à saúde pode trazer contribuições nesse sentido. Estudar o atendimento nesses serviços possibilita conhecer o que já está sendo realizado e o que ainda pode ser aprimorado, no sentido de oferecer subsídios para o fortalecimento de cada um dos serviços que estruturam a rede de apoio às mulheres em situação de violência.

A presente monografia se configura como um trabalho teórico-empírico. Estrutura-se em quatro capítulos, sendo os dois primeiros de revisão de literatura e os dois últimos dedicados à pesquisa de campo realizada.

No primeiro capítulo se oferece uma breve fundamentação teórica da violência contra as mulheres, entendida aqui como uma questão de gênero. São abordados inicialmente os conceitos gênero e violência e, logo em seguida, se apresenta um conceito de violência contra a mulher, enfatizando-se a diferença entre esse termo e a expressão violência de gênero. A violência contra as mulheres é ainda abordada à luz de duas teorizações feministas sobre o assunto e sob a perspectiva de gênero. Por fim, apresenta-se como essa violência se expressa na sociedade, enfatizando a violência doméstica e a violência sexual contra mulheres.

No segundo capítulo é trabalhada a interface entre a violência contra as mulheres e a saúde pública. Aborda-se a entrada da violência contra as mulheres na agenda da política de saúde brasileira. É apresentado o entendimento desse tema como uma questão de saúde pública e são referenciados alguns mecanismos presentes na área da saúde que se orientam para o enfrentamento desse problema. Em seguida é discutido o que se entende por prevenção à violência contra as mulheres a partir do campo da saúde pública e a entrada desse tema no nível de atenção básica à saúde.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada para a realização da pesquisa empírica que também compõe essa monografia. A pesquisa é caracterizada como descritiva e exploratória com a utilização de métodos mistos de pesquisa. É feita a delimitação do estudo, e são apresentados os procedimentos éticos, o trabalho de campo e os procedimentos de coleta e de análise de dados.

Os resultados da pesquisa de campo realizada na cidade de Ceilândia/DF são apresentados e discutidos no capítulo final. Os achados da pesquisa indicam que o tema da violência contra as mulheres é abordado em algumas atividades pontuais das unidades básicas de saúde, ligadas a ações educativas e acompanhamentos de mulheres em situação de violência. Os profissionais de saúde, no entanto, ainda encontram-se pouco preparados para abordar o tema, sendo essa uma limitação para a atuação dessas unidades frente a esse tipo de violência. Chama-se atenção para a constatação de que dentre os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, o assistente social aparece como o profissional de referência para o encaminhamento dos casos. Por fim, discute-se a abordagem da violência contra as mulheres dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual apareceu como espaço privilegiado para a detecção precoce de situações de violência doméstica contra as mulheres.

CAPÍTULO 1

A violência contra as mulheres a partir do paradigma dos estudos feministas e de gênero

A partir da década de 1970, o problema da violência contra mulheres ganhou visibilidade na esfera pública da sociedade brasileira a partir dos protestos organizados pelo movimento de mulheres e feministas. Na busca por denunciar essa forma de violência, surge a expressão *violência contra a mulher* como uma categoria que designa atos violentos contra as mulheres, cometidos somente pela condição de ser mulher. Esse tipo de violência se apresenta como uma expressão da violência de gênero, porque relacionada à construção social do masculino e do feminino e à desigualdade de poder nas relações entre os gêneros.

A fim de aprofundar essa discussão, este capítulo tem por objetivo apresentar algumas teorizações presentes nos estudos feministas sobre a temática da violência contra as mulheres discutindo esse conceito. Para isso, faz-se mister, inicialmente, abordar os conceitos gênero e violência, categorias que embasam a compreensão do fenômeno aqui estudado.

1.1. Delimitação das categorias gênero e violência

1.1.1. Gênero:

O neologismo gênero, criado na segunda metade do século XX, surge com o propósito de evidenciar a opressão feminina e o caráter de construção histórica e social da desigualdade entre homens e mulheres, combatendo o determinismo biológico na relação entre os sexos. Trata-se de uma categoria criada no âmbito do pensamento feminista, o qual estruturou-se na crítica a uma concepção androcêntrica de humanidade que fez com que as mulheres, historicamente, fossem excluídas das explicações sobre a realidade, não sendo reconhecidas como produtoras ou como sujeitos de conhecimento (BANDEIRA; SIQUEIRA, 1997).

Como ressalta Bandeira e Siqueira (1997) o pensamento feminista introduz uma nova ética na produção de conhecimento que reflete e questiona a condição de subordinação vivenciada pelas mulheres e propõe um saber crítico sobre as formas de dominação entre os sexos. Apesar de não constituir um movimento homogêneo, tem como ponto em comum a busca das causas originais da opressão e subordinação social das mulheres (PISCITELLI, 2004). Nesse sentido, numa tentativa de romper com a invisibilidade conferida às mulheres, seja na história, na política ou na ciência, constituem-se e se consolidam nos vários campos do conhecimento, os *estudos sobre mulher* (PISCITELLI, 2004). Esses tinham a finalidade de preencher lacunas do conhecimento sobre a situação das mulheres, romper com o universal

masculino e denunciar a condição de opressão a que as mulheres achavam-se submetidas (HEILBORN; SORJ, 1999). É no marco desses estudos que o conceito de gênero se desenvolve e se constitui como ferramenta teórica voltada para a afirmação de que a desigualdade não é natural.

Há um consenso entre várias autoras de que o conceito de gênero apareceu pela primeira vez nos estudos feministas em um ensaio publicado em 1975, intitulado *O Tráfico das mulheres: notas sobre a economia política do sexo*, escrito por Gayle Rubin (HARAWAY, 2004; HEILBORN, SORJ, 1999; PISCITELLI, 2004; SUÁREZ, 2000). Nesse ensaio, a fim de refletir sobre as causas da opressão feminina, Rubin questiona-se sobre as relações sociais que transformam as fêmeas em “mulheres domesticadas” e postula a idéia do *sistema sexo-gênero* (PISCITELLI, 2004). Esse sistema é definido como “um conjunto de arranjos através dos quais a matéria-prima biológica do sexo humano e da procriação é modelada pela intervenção social humana” (RUBIN, 1975 *apud* PISCITELLI, 2004, p.49). Na definição desse sistema Rubin adota uma distinção entre natureza e cultura, segundo a qual o gênero aparece como a contrapartida cultural do sexo biológico (SUÁREZ, 2000), tomado como dado da natureza. A autora estrutura, desse modo, os pressupostos que embasam a definição do conceito de gênero no momento de sua criação.

Na sua utilização inicial, a categoria gênero designa a construção social do sexo e estabelece uma distinção entre as dimensões biológica e social para evidenciar que a desigualdade entre homens e mulheres possui um caráter social por ser fundamentada em representações sociais sobre o sexo biológico. Ao longo da história, o conhecimento ocidental fez uso do dualismo natureza/cultura para atribuir significados às diferenças sexuais e legitimar a desigualdade entre homens e mulheres (SUÁREZ, 2000). Era estabelecida uma ligação entre a identidade feminina e a natureza, enquanto a identidade masculina achava-se relacionada à cultura. Tal distinção levava a associar os significados atribuídos à natureza e à cultura a condição de ser mulher e de ser homem respectivamente. Desse modo, o feminino era tomado como ser biológico, singular, imutável, enquanto o masculino era tido como ser cultural, plural, mutável (SUÁREZ, 2000). É nesse contexto que a categoria gênero é criada como uma ferramenta, sobretudo, de desconstrução, a fim de romper com o essencialismo da condição feminina, segundo o qual ser mulher seria uma condição dada pela natureza (SUÁREZ, 2000).

Nesse sentido, ainda com base no dualismo natureza/cultura, a fim de desconstruir as desigualdades de gênero, desvincula-se o feminino da categoria natureza, a qual passa a relacionar-se com o sexo. Assim, dentro da matriz sexo/gênero, o sexo seria um dado da

natureza enquanto o gênero seria cultural. O sexo, então, aparece como um elemento pré-discursivo sobre o qual são construídas representações sociais.

Contudo, a reprodução da dicotomia natureza/cultura tem sido, atualmente, alvo de críticas por parte de algumas teóricas feministas que se estendem a novas reflexões sobre o conceito de gênero. Mireya Suárez (2000) esclarece que essa dicotomia permite classificar, descrever e explicar qualquer realidade, mas também possui funções de domínio e poder porque “dependendo do campo em que algo seja situado, ser-lhe-á concedida a possibilidade de autonomia e mudança (o campo da cultura) ou lhe será destinada a subordinação e imutabilidade (o campo da natureza)” (SUÁREZ, 2000, p. 21).

Nessa linha, autoras como a filósofa Judith Butler e a bióloga Donna Haraway, apresentam novas teorizações que vêm sendo agregadas ao debate dos estudos de gênero. Butler questiona, por exemplo, a idéia da categoria sexo tomada como dado da natureza, como uma esfera pré-discursiva, afirmando que esse se trata de uma construção social tal qual o gênero (BUTLER, 2006). Donna Haraway (2000), por sua vez, afirma ser necessário escapar aos dualismos antagônicos e enfatiza a diversidade. A autora pondera que o par binário natureza/cultura estruturou a criação da distinção sexo/gênero que foi bastante importante na oposição aos determinismos biológicos e no esforço por remover as mulheres da categoria da natureza, contudo, isso impediu a historicização dos conceitos de sexo e de natureza (HARAWAY, 2004). Haraway (2004) argumenta que o poder político da categoria gênero depende de que essas categorias essencializadas possam ser historicizadas.

Uma outra crítica que permeia os estudos de gênero relaciona-se à utilização dessa categoria como sinônimo de mulher. A historiadora e feminista americana Joan Scott, oferece contribuições nesse sentido. A autora relaciona esse uso do conceito de gênero ao propósito de legitimar os estudos feministas no campo científico, dissociando-se do campo político, uma vez que o termo gênero soa mais neutro que mulheres (SCOTT, 1990). Isso porque os estudos sobre mulher, tendo se originado no movimento feminista, mobilizavam preconceitos que resultavam na necessidade das pesquisadoras feministas dentro das instituições acadêmicas provarem constantemente o caráter científico de seus trabalhos (HEILBORN, SORJ, 1999; RIAL, LAGO, GROSSI, 2005).

Scott (1990) considera que o uso da categoria gênero como sinônimo de mulher não implica necessariamente uma discussão sobre poder e desigualdade e não permite pensar como as relações entre os sexos são construídas e como podem ser modificadas. Em suma, é um uso que simplesmente descreve a existência do fenômeno, mas não busca explicá-lo ou analisá-lo. Nesse sentido, Scott (1990) assinala a exigência e a possibilidade de teorizar o

gênero como uma categoria analítica, como um instrumento teórico para a análise dos fenômenos. Com base nesse pensamento, Scott apresenta uma definição de gênero que passa a ser uma das principais referências sobre esse conceito. A teórica define o gênero como um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre a diferença entre os sexos e como uma categoria primária, por ser o primeiro lócus de articulação do poder (SCOTT, 1990).

Ao considerar gênero como um elemento constitutivo das relações sociais, a autora permite entender que essa categoria abarca homens e mulheres inseridos em processos históricos e culturais, demonstrando ser um equívoco igualar gênero à variável mulher. Ao entender gênero como uma categoria primária, Scott atribui ao conceito uma anterioridade, admitindo que a partir do gênero qualquer outra categoria pode ser analisada. Isso porque o gênero seria uma primeira forma de significar e legitimar as relações de desigualdade e hierarquia em todo o tecido da vida social. A teórica aproxima, portanto, o conceito gênero à categoria poder.

Nesse sentido, Scott apresenta um conceito de gênero que compreende essa categoria como uma ferramenta de análise de diferentes fenômenos. Esse ponto de vista encontra correspondência nas argumentações de Mireya Suárez segundo as quais gênero, além de ser um instrumento deconstrutivo, apresenta um uso empírico e analítico, para distinguir e descrever categorias sociais e explicar as relações que se estabelecem entre elas (SUÁREZ, 2000). Desse modo, a categoria se apresenta útil para reflexões a respeito de diversas áreas temáticas, dentre as quais, a violência.

1.1.2. Violência

A violência, enquanto objeto de estudo de diferentes teóricos, é abordada por meio de múltiplas teorizações que buscam entender sua essência e origem e que, por vezes, são contraditórias entre si. Por isso, não consiste tarefa fácil abordar esse tema. Sendo assim, não constitui objetivo deste trabalho fazer um exaustivo percurso por essas teorias, mas somente precisar a perspectiva de violência que embasará as reflexões posteriores.

Adota-se o pensamento de Maria Cecília Minayo sobre a violência social. Minayo (1994, 2005) compreende que a violência se expressa na estrutura social, contudo, entende que não somente determinações sociais propiciam comportamentos, ações e processos violentos, existindo igualmente um papel da subjetividade nesse mecanismo. Segundo a autora a violência envolve as pessoas em sua totalidade biopsíquica e social de forma dinâmica (MINAYO, 2005). Isso não significa, todavia, que a violência seja um fenômeno

inerente aos seres humanos, sendo antes um fenômeno histórico-social (MINAYO, 1994, 2005).

Assim, essa autora traz contribuições para se pensar a violência como um fenômeno de natureza complexa. Isso porque vários aspectos se entrecruzam na conformação desse fenômeno como questões políticas, econômicas, morais, psicológicas, do Direito, das relações interpessoais e institucionais, bem como, aspectos do plano individual (MINAYO, 1994). Daí a dificuldade de entender essa questão a partir de somente uma área do conhecimento sendo, por conseguinte, uma análise que demanda um diálogo interdisciplinar.

A perspectiva da violência como um fenômeno multicausal também se expressa no modelo utilizado pela Organização Mundial de Saúde para explicar a natureza dessa questão. Esse é denominado *modelo ecológico da violência* e compreende que esse fenômeno estrutura-se em múltiplos planos e que a sua explicação passa pela relação entre fatores individuais e contextuais (KRUG et al., 2003). Esses se relacionam tanto à propensão a praticar um ato violento, como a ser vítima da violência. São estabelecidos, desse modo, quatro níveis de influência sobre o comportamento violento, os quais encontram-se interligados, cada um englobando o nível anterior, de forma a reforçar a propensão a uma violência ou preveni-la (SOARES, 2007).

O primeiro nível é o individual que compreende fatores biológicos e pessoais que podem aumentar a probabilidade do indivíduo ser vítima ou de praticar a violência (KRUG et al., 2003). O segundo nível, o relacional, abarca as interações sociais próximas, como relações familiares e conjugais (KRUG et al., 2003). O terceiro nível, denominado comunitário, compreende os fatores e contextos comunitários e sua influência na dinâmica da violência (KRUG et al., 2003). O último nível, o social, examina fatores sociais mais gerais que contribuem para a violência, como normas culturais que a tornam aceitável, que reforçam o domínio dos homens sobre as mulheres e políticas que contribuem para manter a desigualdade social e econômica (KRUG et al., 2003).

Até aqui foi possível discutir a natureza da violência e os fatores que se entrelaçam na sua conformação. Parece necessário reter-se agora a uma abordagem teórica do que esse fenômeno implica à vida em sociedade e aos sujeitos sociais. Adotando uma perspectiva que atribui um caráter de negatividade à violência, entende-se que ela tem o claro sentido de reduzir ou suprimir a liberdade de alguém a partir da imposição da vontade de uma pessoa ou grupo sobre outros. Sobre esse ponto de vista, fazem-se úteis as contribuições de Marilena Chauí (1985).

Essa autora considera a violência sob dois ângulos. Primeiramente, compreende que a ação violenta parte de uma relação de dominação que faz com que diferentes sejam transformados em desiguais, implicando a realização do desejo de mando e opressão sobre o outro que se vê anulado em sua diferença (CHAUÍ, 1985). Sob outro ângulo, Chauí (1985, p.35) expressa que a violência consiste em “ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa”. Sob essa perspectiva, entende-se que a violência inside sobre a autonomia do ser dominado, impedindo ou anulando a sua ação e a sua fala, bem como a possibilidade de ser sujeito que determina a sua própria história.

Esse mecanismo de reduzir ou mesmo suprimir a vontade e a liberdade de alguém mostra que o fenômeno da violência se relaciona a uma imposição da força, seja física ou psicológica. Desse modo, a violência viola os direitos humanos, pois inside sobre a liberdade dos seres humanos, bem como sobre a sua vida, saúde e integridade. Sendo assim, essa questão também se caracteriza pelos danos visíveis que provoca, como mortes, lesões, danos psicológicos, deficiências e privações (KRUG et al., 2003). Entretanto, adota-se nesse trabalho uma compreensão de violência que extrapola o foco do dano físico por ela causada e vai até o seu contexto determinante.

Assim, com base em D’Oliveira (1996) entende-se que há duas dimensões possíveis para se pensar esse fenômeno. Uma seria mais genérica ligada à desigualdade social e embutida na estrutura social (D’OLIVEIRA, 1996). A outra dimensão seria a da violência mais explícita, aquela que provoca dano físico e se dirige contra o corpo do outro (D’OLIVEIRA, 1996). Essas dimensões se entrelaçam e são interdependentes de forma que essa segunda é decorrente da primeira. Sendo assim, pode-se afirmar que a violência contra as mulheres expressa bem essa questão, pois manifesta-se de forma explícita em estupros, espancamentos, ameaças, mas encontra seu cerne na desigualdade histórica entre homens e mulheres, tendo suas raízes nas relações de gênero.

1.2. Violência contra a mulher: conceitualização e contribuições teóricas sobre o tema

A terminologia *violência contra a mulher* foi trazida pelo movimento feminista na década de 1970 para expressar os atos violentos praticados contra uma pessoa do sexo feminino somente por sua condição de ser mulher (TELES; MELO, 2003). Trata-se de uma expressão concisa e direta que naquele momento histórico foi bastante útil à denúncia da opressão e violência sofrida pelas mulheres, sobretudo, no âmbito das relações conjugais.

No presente trabalho, a fim de definir de forma mais clara essa terminologia, faz-se uso do conceito expresso pela Convenção Belém do Pará, realizada em 1995. Conforme o

artigo primeiro dessa convenção a violência contra as mulheres compreende “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico à mulher tanto na esfera pública como privada” (OEA, 1995).

Trata-se de uma definição de violência mais restritiva, uma vez que enfatiza as consequências que provoca sobre aqueles a que é dirigida. Por outro lado, ao englobar agressões físicas, psicológicas e sexuais que podem ocorrer tanto no âmbito doméstico e das relações interpessoais como comunitário e institucional¹, essa definição reconhece que a violência contra as mulheres é uma questão de interesse da sociedade e do poder público e não assunto relegado à esfera privada (TELES; MELO, 2003). Ademais, deixa claro que se trata de um tipo de violência baseada no gênero. A partir disso, pode-se dizer que a definição apresentada entende esse fenômeno como uma forma de violência específica que perpassa as relações sociais entre mulheres e homens.

Compreende-se, portanto, que a violência contra as mulheres tem uma raiz sociocultural e histórica, baseando-se na construção histórica e social da desigualdade entre homens e mulheres, daí ela ser considerada uma forma de violência de gênero. Entende-se, no entanto, que embora os termos *violência contra a mulher* e *violência de gênero* sejam frequentemente utilizados como sinônimos, eles abarcam particularidades e especificidades na forma de compreender essa questão. Sobre esse aspecto, concorda-se com autoras como Bandeira e Suárez (1999), Saffioti (2001) e Santos e Izumino (2005) as quais acentuam que as duas expressões não abarcam um mesmo significado, mas sim abrangem a violência de forma diferenciada.

A terminologia *violência de gênero* é inserida nas reflexões brasileiras sobre a violência contra as mulheres na transição da década de 1980 para os anos 1990, a partir da introdução da categoria gênero nos estudos feministas no país (SANTOS; IZUMINO, 2005). A fim de oferecer uma conceituação possível sobre esse termo, faz-se uso do entendimento apresentado por Heleieth Saffioti que considera que o gênero estabelece normas que modelam o masculino e o feminino, as quais se expressam não somente nas relações entre homens e mulheres, mas também nas relações homem-homem e mulher-mulher (SAFFIOTI, 1999).

¹ Essa definição considera que “a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;

b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra” (OEA, 1995, Art.2º).

Desse modo, para a autora, a rubrica *violência de gênero* pode abarcar qualquer forma de violência que se dê no âmbito de algumas dessas relações.

A categoria inclui, portanto, a violência que é praticada e sofrida tanto por homens quanto por mulheres e que pode ser praticada por um homem contra outro, por uma mulher contra a outra e por homens contra mulheres e vice-versa. Essa perspectiva é endossada por Bandeira e Suárez (1999), para as quais articular gênero e violência envolve falar de agressões que têm a sua origem em interações conflituosas entre homens e mulheres e nas relações das mulheres e dos homens entre si. Essas autoras ressaltam, no entanto, que é enfatizada a violência de homens contra mulheres em razão da elevada severidade e incidência dessa quando comparada com a violência praticada por mulheres contra homens (BANDEIRA; SUÁREZ, 1999). Em síntese, a violência de gênero apresenta-se como um conceito que abrange a violência contra as mulheres, mas não se restringe a ela, sendo a violência contra as mulheres uma das expressões da violência de gênero.

Feita a distinção entre os dois conceitos, propõe-se, agora, um breve percurso por algumas reflexões feitas no âmbito dos estudos feministas brasileiros sobre a violência contra as mulheres. O ponto de partida será as contribuições da socióloga Heleieth Saffioti, a qual apresenta-se como uma das referências mais constantes nos trabalhos sobre o tema no país. Essa autora entrelaça as perspectivas marxista e feminista e introduz um pensamento que relaciona a violência contra as mulheres à noção de patriarcado. Seu ponto de vista associa-se a uma abordagem sócio-histórica da violência e articula três contradições – gênero, raça/etnicidade e classe – que considera eixos estruturantes da sociedade (SAFFIOTI, 2001).

Para ela, a violência contra as mulheres é uma expressão do poder patriarcal, o qual é atribuído à categoria social *homens* e, em contrapartida, estabelece um lugar de submissão das mulheres a esse poder. A autora argumenta que, no exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta de mulheres e para isso eles recebem a autorização ou ao menos a tolerância da sociedade para punir o que lhes aparece como desvio (SAFFIOTI, 2001). Nesse sentido, Saffioti (2001, p.120) aponta a existência de um “projeto masculino de dominação-exploração das mulheres”, o qual exige que a capacidade de mando do patriarca seja auxiliada pela violência, uma vez que a ideologia de gênero por si só não garantiria a obediência das vítimas em potencial.

Embora argumente que as mulheres historicamente ofereçam resistência a esse projeto, a autora as compreende como vítimas – ainda que não inertes – dessa violência. Entende que elas não poderiam ser cúmplices de seus agressores, uma vez que detêm menor parcela de poder em relação aos homens e estão submetidas à ordem patriarcal (SAFFIOTI, 2001).

Muito embora Saffioti (1999) afirme que as mulheres reagem à violência, não sendo passivas na relação, o entendimento da mulher como vítima é objeto de vários questionamentos. É alegado, justamente, que essa visão atribuiria uma condição de passividade às mulheres, incidindo sobre sua autonomia e poder para operar a mudança da situação violenta, sendo uma barreira para isso.

Uma argumentação contrária à idéia de vitimização é encontrada no pensamento de Maria Filomena Gregori desenvolvido em seu livro *Cenas e Queixas: Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*, publicado em 1993. Apesar das críticas que sofreu por parte de outras autoras feministas, a obra de Gregori (1993) introduziu nos estudos da época um novo modo de pensar as relações conjugais violentas. A autora critica as explicações sobre o tema que enfatizam a vitimização da mulher, discordando da construção de dualidades do tipo vítima/algoz (GREGORI, 1993). Ela compreende os relacionamentos conjugais como de parceria, sugerindo que a violência conjugal pode ser uma forma de comunicação, ainda que perversa, entre os parceiros (GREGORI, 1993). Com essa perspectiva, a autora permite entender que tanto a mulher como o homem tem um papel ativo nas relações violentas. Retira, desse modo, as mulheres da condição de vítima.

A perspectiva da autora se torna controversa, todavia, quando afirma existir uma cumplicidade das mulheres na reprodução de representações ligadas ao gênero que constroem a submissão feminina e alimentam a violência (GREGORI, 1993). Esse ponto de vista lhe rendeu duras críticas, por dar margem a culpabilização das mulheres pela situação violenta vivenciada, mesmo que essa idéia tenha sido combatida pela autora. Além disso, Gregori deixa uma lacuna sobre o aspecto da assimetria de poder, não aprofundando a discussão sobre as desigualdades entre os gêneros ou a predominância do gênero masculino na posição de poder e dominação.

É importante dizer que esse questionamento de Gregori sobre a idéia de vitimização da mulher, constitui um reflexo das mudanças pelas quais o campo de estudos sobre a violência contra as mulheres passou a vivenciar a partir do final da década 1980. Essas mudanças relacionam-se a entrada da abordagem de gênero dentro desses estudos, a qual levanta questionamentos sobre a afirmação de que esse fenômeno estaria fundamentado no poder patriarcal, já abordado (BANDEIRA; SUÁREZ, 1999).

Essa abordagem, a partir do novo referencial das *relações de gênero*, introduziu a idéia de que existe um caráter relacional da violência entre mulheres e homens (BANDEIRA; SUÁREZ, 1999). Esse ponto de vista permite vislumbrar a mulher como ser ativo nas relações violentas, e não como vítima passiva, resgatando a sua dimensão de sujeito com

poder de mudança. Mediante essa perspectiva, entende-se que o poder nas relações entre os gêneros não se processa de modo unilateral. Isso quer dizer que, nas relações violentas entre homens e mulheres, o poder entre o casal expressa-se de forma relacional e dinâmica e não absoluta, estática e polarizada, tal qual se entende quando se toma como referencial a dominação patriarcal, que pressupõe a existência de papéis rígidos de gênero. (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Em suma, pode-se dizer que nas relações violentas o poder é “exercido tanto por homens quanto por mulheres, ainda que de forma desigual” (SANTOS; IZUMINO, 2005, p.13). Isso não significa desprezar a compreensão de que nas diferentes relações entre os gêneros, a condição feminina foi histórica e socialmente construída atrelada a uma posição de subalternidade e opressão. Endossa-se, tão somente, o entendimento de que a adoção da perspectiva de gênero conduziu a investigação das relações violentas para além da idéia de mulher-vítima *versus* homem-agressor, permitindo ampliar o espaço de análise desse fenômeno (GROSSI et al., 2006).

É importante dizer que, muito embora a perspectiva de gênero enfoque o caráter relacional da violência, essa abordagem não nega a relação de assimetria de poder e de desigualdade entre os gêneros. Ao contrário entende que a violência contra as mulheres é expressão das relações de poder entre os gêneros, construídas historicamente como hierárquicas e desiguais e vinculadas a construções socioculturais de feminilidades e masculinidades. Oferece, nesse sentido, uma nova forma de perspectivar esse fenômeno, possibilitando reflexões sobre a construção cultural do masculino e do feminino, sobre como as relações entre os sexos são estabelecidas e como a construção do masculino tende a colocar os homens na posição de poder (GROSSI et al., 2006).

Sobre isso, Santos e Izumino (2005) afirmam ser importante estudar como essas construções de feminilidades e masculinidades se conectam às diversas formas de violência contra as mulheres. Nesse percurso as autoras ainda enfatizam a necessidade de considerar as múltiplas categorias sociais - como raça/etnia, orientação sexual e classe social – que, além do gênero, relacionam-se às práticas violentas e às respostas apresentadas a ela. Por todas essas contribuições que oferece, não por acaso a abordagem de gênero passou a constituir, a partir da década de 1990, o modelo explicativo da violência contra a mulher majoritário na produção científica brasileira sobre o tema (GOMES, 2005).

1.3. A violência contra as mulheres e sua expressão na sociedade

A violência contra as mulheres incide sobre diferentes grupos sociais, atingindo mulheres em todas as fases de suas vidas, independente de classe social, cor, etnia, nacionalidade ou religião, e ocorrendo nos mais variados contextos econômicos e sociais (DINIZ, PONDAAG, 2006; ROCHA, 2007; TELES, MELO, 2003). Além disso, pode ser praticada em espaços públicos ou privados, por estranhos, conhecidos, familiares, parceiros ou mesmo por agentes do Estado (SCHRAIBER et al., 2002).

Trata-se, igualmente, de um fenômeno multifacetado que se expressa de diferentes formas nos contextos em que ocorre, sendo o estupro, o tráfico de mulheres, a prostituição forçada, o assédio moral e as violências doméstica, intrafamiliar e conjugal algumas de suas expressões. Entretanto, embora apresentem uma mesma base ancorada nas relações desiguais de poder entre homens e mulheres, cada uma dessas expressões tem uma dinâmica própria que demanda análises específicas (SOARES, 2007). A seguir será discutida de forma mais aprofundada duas dessas expressões, quais sejam: a violência doméstica e a violência sexual contra mulheres².

A violência doméstica contra as mulheres compreende aquela que ocorre no âmbito domiciliar entre pessoas que tenham ou não vínculo familiar (TELES; MELO, 2003). Pode-se afirmar que essa constitui o principal tipo de violência praticado contra as mulheres, uma vez que o fenômeno da violência se expressa de forma diferenciada entre os gêneros. Diversos estudos corroboram essa afirmação ao demonstrarem que, enquanto os homens são agredidos em geral na esfera pública, as mulheres são agredidas mais frequentemente no âmbito doméstico (GALVÃO, ANDRADE, 2004; GIFFIN, 1994; SUÁREZ, MACHADO, BANDEIRA, 1999).

A violência que ocorre no âmbito doméstico se manifesta de diferentes formas. Na legislação brasileira³ aparece conjugada à violência familiar e se encontra tipificada em: violência física, entendida como qualquer ato que ofende a integridade e a saúde corporal da mulher; violência psicológica a qual abarca, dentre outros aspectos, as ameaças, insultos e limitação do direito de ir e vir; violência sexual, que compreende, por exemplo, a relação sexual não desejada; violência patrimonial, na qual se insere, por exemplo, a apropriação

² Optou-se por abordar essas duas expressões da violência contra as mulheres porque a presente monografia tem como foco a abordagem dessa problemática na área da saúde pública, cujas ações e propostas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher concentram-se na violência doméstica e sexual. (ver Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2003).

³ Cf. Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha.

indébita de bens e renda; e violência moral, que compreende a calúnia, a difamação e a injúria (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que por se processar na esfera privada, a violência doméstica contra as mulheres muitas vezes confunde-se com a violência intrafamiliar e com a violência conjugal. Existe, dessa maneira, um entrelaçamento entre esses três conceitos que dificulta abordá-los separadamente, ainda que abarquem diferentes definições. Como foi dito a violência doméstica não implica o vínculo familiar. Já a violência intrafamiliar restringe-se a relações entre membros da própria família, mas pode ocorrer fora do espaço doméstico (TELES; MELO, 2003). Contudo, a violência doméstica acontece em geral entre familiares e a violência intrafamiliar se processa com frequência no espaço doméstico, o que demonstra a interface entre elas.

Já a violência conjugal se dá no âmbito de relações íntimas de afeto (BRASIL, 2006) e pode ocorrer na esfera domiciliar ou não. Todavia, a imbricação entre a violência conjugal e a violência que ocorre no espaço do domicílio, pode ser verificada ao notar que os maridos, companheiros e namorados aparecem recorrentemente na fala das mulheres em situação de violência doméstica como os principais agressores (GALVÃO; ANDRADE, 2004; GIFFIN, 1994; GOMES et al., 2005).

Podem ser levantados alguns fatores que levam as mulheres a permanecerem em relações violentas com seus companheiros. A vergonha, a dependência financeira, o medo da solidão, preocupações com a manutenção e o sofrimento dos filhos, esperanças de que a relação de violência irá cessar-se, promessas do companheiro de que irá mudar, a falta de apoio ou mesmo as pressões familiares e sociais para a manutenção do relacionamento afetivo, são apontados pela literatura como alguns dos motivos que fazem as mulheres manterem o vínculo amoroso, mesmo em situação de violência conjugal (REDE SAÚDE, 2001; DINIZ; PONDAAG, 2006).

É possível levantar, ao menos, outros dois aspectos que embasam a permanência das mulheres em relações conjugais violentas. O primeiro compreende a vontade da mulher pelo não rompimento da relação de conjugalidade. Rocha (2007, p.94) afirma que muitas vezes as mulheres querem instrumentos que possam ajudá-las a renegociar “o pacto social doméstico”. O segundo aspecto inside sobre o não entendimento da violência contra as mulheres como uma questão que deve ser abordada no âmbito público, o que leva a tratá-la como assunto secreto e silenciado.

Diniz e Pondaag (2006) apontam que o silêncio aparece como uma estratégia de sobrevivência utilizada por mulheres inseridas em relações conjugais violentas para tentar

evitar conflitos e brigas, minimizar as agressões e preservar a família. Assim, o silêncio é visto por elas como meio para proteger a família da intrusão externa, por temerem que essa possa desagregar o núcleo familiar (DINIZ; PONDAAG, 2006). Essa premissa da manutenção da família pode, igualmente, ser um fator limitante à denúncia dos atos de violência praticados por seus familiares.

O silêncio das mulheres, socialmente construído e imposto a elas, propicia o ocultamento das situações de violência, levando a uma subnotificação dos casos, o que dificulta a implantação de processos preventivos. Esse silenciamento contribui para que a violência passe a ser rotineira, persistente e, por vezes, progressiva, o que agrava os seus impactos sobre a vida das mulheres. Isso faz com que a sua ruptura demande, via de regra, uma intervenção, um auxílio externo (SAFFIOTI, 1999), o que demonstra a necessidade de ações públicas para o seu enfrentamento.

A violência sexual, por sua vez, abarca situações como o estupro, a exploração sexual, o atentado violento ao pudor e o assédio sexual. Todas essas expressões da violência sexual contra as mulheres encontram-se intrinsecamente relacionados à desigualdade de gênero. A construção de um dos gêneros como subalterno ao outro leva ao estabelecimento de uma idéia de disposição do corpo feminino, a qual se encontra relacionada aos crimes de ordem sexual. Sobre esse assunto, Eleonora M. Oliveira (2007, p.456) salienta que a violência sexual “é uma demonstração extrema do poder dos homens sobre as mulheres, na subjugação do seu corpo, tornado objeto e da sua autonomia como sujeito”.

Essa afirmação de Oliveira revela que violência sexual insere a mulher agredida em um processo de *coisificação* e de retirada de sua condição de sujeito, a partir da supressão de sua autonomia. O corpo feminino aparece como objeto disponível à satisfação do desejo sexual masculino, assumindo a conotação de propriedade de alguém, numa dinâmica de inversão do direito sobre o controle desse corpo, que aparece não mais como da mulher, mas sim de seu agressor. A violência sexual reforça, portanto, a supremacia do poder masculino e a subordinação feminina, num contexto que envolve dominação, controle, humilhação, e descaracterização da mulher enquanto sujeito autônomo dotado de direitos.

Os casos de violência sexual conjugal expressam um entrelaçamento entre a violência sexual e a violência doméstica contra as mulheres. Esses casos abarcam diferentes situações, como quando as mulheres são coagidas a manterem relações sexuais não desejadas com os seus parceiros, são impedidas de utilizarem qualquer método contraceptivo ou mesmo obrigadas a práticas sexuais que consideram humilhantes e degradantes. É preciso dizer que tais episódios são entendidos como violência não somente quando ocorrem no âmbito das

relações conjugais, mas de qualquer relação íntima de afeto seja entre namorados, companheiros ou parceiros em geral.

As situações antes descritas nem sempre são significadas pelos casais como formas de violência sexual. Isso porque construções de gênero sobre o masculino e feminino nas relações afetivas fazem com que a disponibilidade da mulher para o ato sexual seja compreendida como uma regra intrínseca à relação conjugal. A relação sexual, ainda que não consentida, é entendida recorrentemente como “‘cláusula’ prevista no contexto das obrigações conjugais” (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005, p. 422). Essa violência, no entanto, reproduz as desigualdades de gênero, viola os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e traz implicações para a sua saúde física, reprodutiva, sexual e mental. Não compreendê-la dessa forma somente reforça as suas conseqüências, ao torna-la menos perceptível.

É importante ressaltar que a invisibilidade da incidência de crimes de violência sexual não se restringe aos casos no âmbito das relações íntimas de afeto. Mesmo os crimes sexuais praticados por estranhos e no âmbito público são pouco relatados às instituições da sociedade. Segundo Teles e Melo (2003) estima-se que somente 10% dos casos de estupro sejam denunciados às autoridades policiais. Logo, verifica-se um subregistro desses casos que leva ao ocultamento da real magnitude desse crime. O receio de que não acreditem nelas, constrangimento, humilhação, ameaças por parte do agressor, medo da reação do companheiro, da família, dos amigos e das autoridades são alguns dos possíveis motivos que levam as mulheres a não registrarem queixa da violência sexual sofrida (DREZETT, 2007).

A fim de evitar a revitimização dessas mulheres, os setores da sociedade precisam estar preparados para dar resposta ao problema da violência contra as mulheres. Nos últimos 30 anos alguns avanços já foram alcançados nesse sentido, de forma que progressivamente essa violência foi sendo reconhecida como violação dos direitos humanos das mulheres e como um assunto cujo enfrentamento demanda ações no âmbito das políticas públicas. Atualmente, diversos setores da sociedade são mobilizados para atingir esse fim, dentre os quais o setor saúde, já que a violência contra as mulheres traz graves repercussões à saúde feminina e ao sistema de saúde como um todo.

CAPÍTULO 2

A interface entre a violência contra as mulheres e a saúde pública

Atualmente a violência contra as mulheres é reconhecida pelos organismos internacionais da área da saúde, assim como por governos e pesquisadores como uma questão de saúde pública. Isso porque é causa reconhecida de morbimortalidade entre o segmento feminino. Por isso, esse tema, sobretudo a partir dos anos 1990, passa a fazer parte da agenda pública do setor saúde no Brasil bem como em outros países que buscam pensar formas de enfrentamento ao problema. Ganha destaque, nesse contexto, a idéia de prevenção a esse fenômeno, na qual a atenção básica a saúde pode contribuir. É com esta perspectiva que o presente capítulo buscará aprofundar essas questões que perpassam a interface entre esse tipo de violência e o setor saúde.

2.1. A entrada do tema da violência contra as mulheres no campo das políticas públicas: como o setor saúde se insere nesse contexto?

No início da década de 1980, começa a ganhar espaço no contexto brasileiro a criação de políticas públicas voltadas para as mulheres. Isso se deve em grande parte, às pressões do movimento de mulheres e do movimento feminista que, no final dos anos de 1970, introduziram no cenário político brasileiro questões específicas a esse segmento social até então relegadas à esfera privada (HEILBORN, 1996). Assim, temas como dupla jornada de trabalho, direitos reprodutivos, violência conjugal e violência sexual passam a ser discutidos no âmbito político.

Neste contexto, ganha destaque na agenda de lutas desses movimentos a denúncia da violência contra as mulheres, que passa a ser utilizada como instrumento político para publicizar a opressão e discriminação vivenciadas pelas mulheres, antes legitimadas pela sociedade (HEILBORN, 1996). Esse tema extrapola o âmbito da militância e passa a aparecer como uma questão para toda a sociedade, que demanda ações públicas para o seu enfrentamento.

Uma outra discussão também assume relevância nesse momento inicial. Trata-se de questões relacionadas à saúde das mulheres, cuja abordagem ainda achava-se restrita à saúde reprodutiva. As mobilizações nesse sentido levaram ao lançamento, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – como nova diretriz a orientar a forma de ver as mulheres a partir do campo da saúde. Esse programa introduziu a concepção de atenção

integral às ações voltadas à saúde feminina, antes concentradas no ciclo gravídico-puerperal (COSTA, 2004). Tendo como referencial o princípio da integralidade, o PAISM identifica a mulher como sujeito integral, isso é, como pessoa a quem deve ser oferecida uma ampla gama de ações que contemplem suas diferentes necessidades nos distintos ciclos de sua vida (COSTA, 2004).

Desse modo, as políticas públicas dirigidas às mulheres criadas nesse período cobrem essencialmente dois grandes temas centrais: a violência e a saúde (SAFFIOTI *apud* D'OLIVEIRA, 1996). Entretanto, embora os dois temas se entrelacem, inicialmente a violência contra as mulheres não é vista como um problema de saúde pública. O tema não aparece, por exemplo, no documento fundador do PAISM (D'OLIVEIRA, 1996). Isso evidencia que nesse momento inicial, tal violência ainda não é tratada como um dos fatores que trazem implicações para saúde das mulheres e, conseqüentemente, para os serviços e ações em saúde voltados para esse fim.

As reivindicações de políticas públicas em relação à violência doméstica e sexual contra as mulheres aparecem primeiro referenciadas ao campo da segurança pública (D'OLIVEIRA, 1996). Esse direcionamento pode ser constatado a partir da criação, em 1985, das Delegacias de Defesa da Mulher – DDM's⁴, como uma das primeiras iniciativas em políticas públicas no país para o combate a esse problema. Já na área da saúde, as primeiras políticas para as mulheres a aproximarem esse campo da temática da violência datam dos anos de 1988 e 1989, com o surgimento de algumas iniciativas localizadas em São Paulo. São criados, por exemplo, os primeiros programas de atenção à mulher vítima de violência em Centros de Saúde e o Programa de Aborto Legal para as mulheres que sofreram violência sexual (DINIZ, 2006).

É importante dizer que não só a violência contra as mulheres, mas a temática da violência em geral teve uma entrada lenta na agenda do setor saúde, justamente pela própria condição da violência como um fenômeno sócio-histórico e não médico-sanitário. A violência se configura como uma questão social diferindo-se das questões tradicionalmente próprias ao campo da saúde (MINAYO, 2004, 2005). Assim, abordá-la nesse setor traz desafios aos saberes hegemônicos desse campo, pois embora cause dor e sofrimento, não é uma doença, nem é causada por alguma desordem orgânica ou ação de microrganismos (DESLANDES,

⁴ As DDM hoje são conhecidas como Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAM ou simplesmente Delegacias da Mulher. Elas foram criadas em 1985 e constituíram uma experiência inovadora, por dispor somente de agentes policiais do sexo feminino para atender as mulheres agredidas. Representaram o reconhecimento pelo poder público da violência contra as mulheres como um problema social, um crime e uma violação aos direitos das mulheres, apontando a necessidade de ações públicas para o seu enfrentamento (BANDEIRA, 2003; VILLELA, LAGO, 2007;). Cabe ressaltar que o Brasil foi o precursor dessa iniciativa.

1999). O próprio modelo biomédico predominante na área da saúde, o qual centra-se na saúde física e nas doenças, contribui para que o tema não seja visto como um assunto pertinente a esse campo conceitual (MINAYO, 2004, 2005).

No contexto mundial é somente na década de 1960, sob a influência da pediatria norte-americana, que a área da saúde começa a mudar a sua postura perante a abordagem da violência (MINAYO, 2005). Já em relação à violência contra as mulheres, na década de 1970, pressões advindas do movimento feminista passam a influenciar esse campo, de forma que a violência de gênero passa a ser objeto de prevenção e promoção da saúde, fazendo a intervenção ir além da assistência a traumas e lesões (MINAYO, SOUZA, 1999; MINAYO, 2005). Entretanto, é somente no final dos anos de 1980 que os acidentes e violências passam a integrar com mais vigor o campo programático da saúde pública ocidental e ganham, na década de 1990, prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor, como a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (MINAYO, 1994; MINAYO, SOUZA, 1999).

Assim, em 1993, a OPAS reconhece a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública, publicando o estudo *A violência contra as mulheres e as meninas: análises e propostas dentro da perspectiva da saúde pública* (DINIZ, 2006). Esse reconhecimento filia-se à idéia que tal violência influencia o processo de saúde e adoecimento das mulheres, trazendo implicações para a sua saúde física, mental, sexual e reprodutiva, o que será melhor discutido a seguir.

2.2. A violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública

Como visto, desde a década de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, considera a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública (DINIZ, 2006). Para tornar essa afirmativa mais inteligível é preciso inicialmente abordar o que abrange o termo saúde pública e por quê o fenômeno da violência em geral passa a ser um assunto pertinente a esse campo da saúde.

A saúde pública é um campo cuja atenção se volta para o tratamento de infecções, enfermidades e problemas que afetam a saúde da população em sua totalidade (KRUG et al., 2003). Promove ações que visam à coletividade, isso é, que buscam oferecer o máximo de benefício ao maior número de pessoas, preocupando-se com a prevenção e a melhoria da atenção aos problemas de saúde (KRUG et al., 2003). As investigações nesse campo encontram-se relacionadas à epidemiologia, uma disciplina científica que estuda o adoecimento e a saúde do ponto de vista coletivo (D'OLIVEIRA, 1996). Essa disciplina passa, a partir da década de 1980, a abordar mais intensamente o problema da violência

(D'OLIVEIRA, 1996), tendo como referencial as estatísticas de mortalidade e morbidade⁵ da população. Inicialmente dedica-se a análise da mortalidade por causas externas e acidentes de trânsito e trabalho e, num segundo momento, passa a adotar enfoques diferenciados nos quais se incluem a violência contra a mulher e a criança (D'OLIVEIRA, 1996).

A violência, então, aparece como uma relevante causa de mortes e enfermidades para as pessoas em geral. Ela passa a ser vista como um tema do campo da saúde pública, justamente, porque causa impactos à qualidade de vida da população, provoca lesões e traz exigências de atenção e cuidados nos serviços médico-hospitalares (MINAYO, 2005). Além disso, o fenômeno da violência traz implicações para o processo saúde-doença de indivíduos e coletividades. Esse processo é composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998), sendo a violência um desses fatores.

A partir dessa visão, pode-se entender porquê a violência aparece como um dos novos assuntos a integrar a agenda de saúde pública brasileira: nos últimos trinta anos as doenças vinculadas às condições, situações e estilos de vida passaram a ser uma das principais causas de morte e morbidade no país, superando as enfermidades infecciosas e parasitárias (MINAYO, 2006). Assim, problemas sociais como a violência, antes vistos como alheios à área da saúde, entram para a pauta de suas ações. É pertinente dizer que atualmente os acidentes e violências constituem a terceira causa de mortalidade no Brasil, ficando atrás somente das doenças do sistema circulatório e das neoplasias⁶.

O entendimento da violência como um problema de saúde pública contribuiu para que diversas expressões desse fenômeno, como a violência contra crianças, mulheres e idosos, passassem a ser objeto de discussões e ações no campo da saúde coletiva. Em relação à violência contra as mulheres, ela é causa reconhecida de morbidade e mortalidade feminina. Estima-se, por exemplo, que entre as mulheres de 15 a 44 anos, cause mais mortes que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras e seja a sexta causa de anos de vida perdidos por incapacitação física ou morte (DESLANDES et al., 2000; MINAYO, 2006). Daí a razão dessa forma de violência hoje ser entendida como um problema de saúde pública, demandando respostas do setor saúde, bem como de outros setores, voltadas para o seu enfrentamento.

⁵ Morbidade: relação entre o número de casos de enfermidade e o número de habitantes são tendo como referência uma população e um período de tempo determinados; Mortalidade: quantidade de óbitos ocorridos em uma determinada população num certo espaço de tempo.

⁶ Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/c04.def>. Acesso em: 02/08/2008.

Tratar a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública é reconhecer as repercussões que esse fenômeno traz à qualidade de vida das mulheres agredidas, bem como os seus efeitos sobre os sistemas de assistência à saúde. Estudos demonstram, por exemplo, que mulheres agredidas padecem de mais problemas de saúde, geram maiores custos com assistência e procuram os serviços desse setor com mais frequência do que aquelas que não sofrem maus-tratos (KRUG et al., 2003). Em síntese, a violência contra as mulheres é um fator de risco que constitui ameaça à saúde feminina, pois, além de ser causa de morte para muitas mulheres, pode provocar-lhes incapacidades e enfermidades, elevando a possibilidade de terem uma saúde precária no futuro.

Como ressaltado no capítulo anterior, as mulheres são, em geral, agredidas na esfera doméstica por pessoas conhecidas, sendo mais frequentes agressões internas a relações familiares e amorosas (D'OLIVEIRA, 1996; SUÁREZ, MACHADO, BANDEIRA, 1999). Essa violência que ocorre no âmbito de relações familiares ou afetivas tende a ser progressiva e rotineira, isso é, difere-se de episódios violentos específicos ou isolados, o que aumenta os seus impactos sobre a qualidade de vida feminina. Assim, embora a violência praticada contra mulheres não seja mortal em grande parte dos casos, ela ocasiona seqüelas à saúde feminina, que podem ser imediatas ou aparecerem vários anos após a agressão, sendo, desse modo, uma causa significativa de morbidade feminina. Como conseqüências imediatas, pode-se citar as lesões que vão desde cortes e hematomas até invalidez e morte (KRUG et al., 2003). Em longo prazo podem aparecer diferentes doenças crônicas.

Para visualizar esses impactos basta voltar a atenção para as implicações negativas dos atos violentos sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual. Diversos autores afirmam que essas formas de violência estão associadas a enfermidades como: doenças pélvicas inflamatórias, dores pélvicas crônicas, infecções urinárias, dismenorréia⁷, infertilidade, doenças sexualmente transmissíveis e disfunções sexuais, além de aumentarem a chance de gravidez indesejada, complicações ao longo da gestação e aborto (HANE, ELLSBERG, 2002; HEISE, 1994; KRUG et al., 2003; SCHRAIBER et al., 2002; TELES, MELO, 2003; VILLELA, LAGO, 2007).

Essas situações demonstram que tal violência traz repercussões sobre a capacidade reprodutiva da mulher e sobre a possibilidade dela manter uma vida sexual satisfatória. Está relacionada, portanto, a violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

⁷ Expressão associada a menstruação dolorosa.

Ainda sobre os agravos à saúde reprodutiva, cabe abordar as consequências dos atos violentos contra mulheres grávidas. Os maus tratos praticados durante a gestação em curso constituem relevante fator de risco para o desenvolvimento de complicações ao longo do período gestacional. Relacionam-se, por exemplo, a condutas de risco por parte da gestante como início tardio do pré-natal, aumento do tabagismo e abuso de álcool e outras drogas, além de ganho de peso insuficiente e depressão (HANE; ELLSBERG, 2002). Ademais, a mulher agredida tem o risco duas vezes maior de sofrer um aborto espontâneo do que aquelas que não vivenciam situações de violência (SUÁREZ; BANDEIRA; MACHADO, 1999).

A violência no período gestacional pode incorrer em partos prematuros, seqüelas somáticas e deformações físicas ao feto, baixo peso da criança ao nascer e natimortos⁸ (GROSSI, 1996; HANE, ELLSBERG, 2002; KRUG et al., 2003; SUÁREZ, BANDEIRA, MACHADO, 1999). Essas consequências podem resultar tanto de agressões diretas, como golpes no abdome da mulher, ou de comportamentos de risco adotados pelas mulheres agredidas, uma vez que a violência prejudica o auto-cuidado por parte delas (HANE; ELLSBERG, 2002).

Um outro aspecto relaciona-se à infecção por doenças de transmissão sexual. A violência sexual é um reconhecido fator de risco para as mulheres em relação à contaminação por DSTs e HIV/AIDS. Vale dizer que isso é verdadeiro não somente para os abusos sexuais praticados nas ruas por estranhos, mas também para aqueles praticados no âmbito das relações conjugais. Sobre isso, tanto as relações sexuais não-consentidas, como a negação por parte do parceiro em fazer uso do preservativo, podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres às DSTs. Essa violência aparece como expressão da assimetria de poder presente na relação conjugal que reduz a autonomia e controle das mulheres sobre o seu corpo, a sua sexualidade e a sua vida reprodutiva. Sendo assim, tanto a desigualdade de gênero como a violência, são fatores de vulnerabilidade ao HIV/AIDS e demais DSTs, entre mulheres que vivenciam relações afetivas violentas, uma vez que podem suprimir a negociação da vida sexual e reprodutiva entre o casal.

Além dessas repercussões à saúde sexual e reprodutiva vale destacar que as situações de violência são também causa de agravos à saúde mental das mulheres que as vivenciam. Grossi (1996) ressalta que estar envolvida em um relacionamento violento aumenta em cinco vezes a predisposição da mulher apresentar problemas psicológicos quando comparada àquelas que não se encontram em relacionamentos violentos. Quanto a isso, as consequências

⁸ Entende-se por natimortos a nomenclatura que designa a situação de quando a criança não nasce com vida ou vem a óbito logo após o nascimento.

mais relatadas pela literatura são a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (ANDRADE et al., 2006). Ser vítima de violência faz com que as mulheres igualmente tenham maior risco de apresentar problemas como transtornos de ansiedade, fobias, transtornos alimentares, distúrbios do sono, condutas suicidas e doenças com forte componente psicossomático, como dores crônicas e Síndrome do Intestino Irritável (ANDRADE et al., 2006; HEISE, 1994; KRUG et al., 2003).

A violência também influencia negativamente a confiança e auto-estima das mulheres, bem como o seu senso de segurança e competência, o que reduz a sua capacidade de reagir e de participar plenamente da sociedade e limita o seu desenvolvimento pessoal, profissional e afetivo (ANDRADE et al., 2006; ANGULO-TUESTA, 1997; GROSSI, 1996; KRUG et al., 2003). Isso demonstra que a violência traz implicações sociais às mulheres, sendo um limitante a sua participação na esfera produtiva da sociedade e ao exercício de seus direitos de cidadania.

Vale ressaltar que estar em situação de violência é também fator ligado ao abuso de álcool e outras substâncias pelas mulheres agredidas. Aquelas que vivenciam maus-tratos por um parceiro íntimo possuem, por exemplo, uma probabilidade duas a três vezes maior de abusarem de álcool do que as que não se encontram nessa situação (ZILBERMAN; BLUME, 2005). Ademais, doenças do aparelho digestivo, problemas cardíacos, sintomas neurológicos e problemas crônicos como dores de cabeça, artrite e hipertensão também compõem o quadro de enfermidades não-mortais relacionadas à violência contra as mulheres (HANE e ELLSBERG, 2002; KRUG et al., 2003).

Todos esses dados demonstram que esse tipo de violência tem um significativo impacto sobre a saúde feminina em geral o que demanda uma atenção por parte do poder público no sentido de priorizar ações que contemplem essa realidade. Entende-se que reconhecer esse problema como uma questão de saúde pública foi um primeiro passo para isso e que tal reconhecimento demanda respostas por parte das políticas públicas, em especial da política de saúde. Isso porque, em razão de todos esses agravos, fatalmente, em algum momento de suas vidas, as mulheres em situação de violência procurarão os serviços de saúde em busca de tratamento para as enfermidades, lesões e traumas, demandando diretamente uma intervenção por parte desse setor.

Além disso, entender a violência contra as mulheres como um problema que afeta a qualidade de vida da coletividade, implica em reconhecê-la como uma questão cujo enfrentamento demanda uma resposta pública, já que afeta a saúde das mulheres, a qual é um direito social a ser assegurado pelo poder público. Nesse sentido, a atual política de saúde

brasileira apresenta consideráveis iniciativas em relação a esse problema, o que será abordado a seguir.

2.3. A área da saúde e o enfrentamento da violência contra as mulheres

A partir dos anos 2000, o enfrentamento da violência contra as mulheres passou a configurar-se como uma das áreas estratégicas de atuação do governo no que se refere às políticas públicas voltadas para as mulheres. Isso é evidenciado no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM – elaborado pelo governo federal no ano de 2003 e atualizado em 2008. Importante dizer que a partir do primeiro Plano foi criada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a qual é materializada pelo II PNPM (BRASIL, 2008).

Nesses Planos é prevista uma intervenção pública de caráter multi-setorial para o enfrentamento a essa forma de violência, compreendendo as dimensões do combate e da prevenção da violência contra as mulheres, da assistência às mulheres que vivenciam essa situação e da garantia dos direitos das mulheres (BRASIL, 2008). Essa intervenção relaciona-se a uma atuação sistemática e continuada em diferentes áreas, a partir da constituição de uma rede integrada de ações e serviços que articulem assistência jurídica, social, serviços de saúde, segurança, educação e trabalho (BRASIL, 2003a). Essa Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência constitui, desse modo, uma estratégia fundamental para a resposta pública a esse problema social.

É, portanto, como uma das áreas que compõe essa rede de atendimento que o setor saúde insere-se na discussão de ações públicas frente ao problema da violência contra as mulheres. No plano de ação do primeiro PNPM, o Ministério da Saúde aparece como órgão responsável, por exemplo, pela capacitação de profissionais de saúde para o atendimento às mulheres em situação de violência, pela implementação da notificação compulsória dos casos de violência, pela inclusão na rede de saúde de serviços de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica e pela criação de normas e procedimentos para o funcionamento desses serviços (BRASIL, 2003a).

Já no segundo PNPM, a ampliação em 100% da rede de atenção integral à saúde de mulheres e adolescentes em situação de violência se destaca como uma de suas metas, sendo a promoção da atenção à saúde das mulheres em situação de violência com atendimento qualificado ou específico uma das prioridades desse Plano (BRASIL, 2008). Como ações ligadas a essa prioridade, novamente é destacada a implementação da ficha de notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres, o que sugere que após cinco anos da

criação do primeiro plano, ainda não foi possível implementar satisfatoriamente a Lei nº 10.778 que dispõe sobre isso (BRASIL, 2003b).

Essa lei, promulgada em 2003, torna obrigatória a comunicação de suspeitas ou confirmação de casos de violência contra as mulheres com a finalidade de subsidiar o poder público na elaboração de políticas públicas para o enfrentamento desse tipo de violência (DINIZ, 2006). Isso é possível a partir da geração de dados da realidade brasileira, fornecendo indicadores e estatísticas que contribuem não só para a elaboração, como para o aprimoramento dessas políticas. Salienta-se que a notificação é uma medida de caráter sigiloso, voltada somente para fins epidemiológicos, não implicando punições de ordem jurídica ou denúncia policial (PHEBO, 2007). Como pode ser constatado, a notificação compulsória constitui importante mecanismo para se ampliar o conhecimento dos gestores públicos sobre a problemática da violência contra as mulheres, para que assim possam ser implementadas ações que efetivamente previnam e reduzam a ocorrência desses casos.

Ainda no II PNPM é destacado, dentre outros aspectos, a implementação das diretrizes, normas técnicas, protocolos e fluxos de atendimento a mulheres em situação de violência sexual e doméstica e vítimas do tráfico de pessoas nos serviços de saúde e a ampliação da oferta de contracepção de emergência e de serviços de atenção ao abortamento previsto em lei (BRASIL, 2008).

Já há alguns anos, o Ministério da Saúde brasileiro busca contemplar esses aspectos. O exemplo mais significativo disso trata-se da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, criada em 1998. Essa norma prescreve quais procedimentos adotar no atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, como devem ser as instalações de atendimento e quais equipamentos e instrumentais devem ser utilizados (BRASIL, 2005a). Além disso, traz orientações relativas ao registro de dados e à composição, sensibilização e treinamento de equipe interdisciplinar para prestar atendimento às vítimas (BRASIL, 2005a). Prevê ainda o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de DST's e da gravidez indesejada, bem como apoio psicossocial e interrupção da gestação prevista em lei (BRASIL, 2005a).

As ações apresentadas pelos PNPM's relacionam-se também a outras políticas da área da saúde voltadas para o segmento feminino, dentre as quais destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde. Nessa política, a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência sexual e doméstica aparece como um de seus objetivos específicos, contemplando o entendimento desse problema como uma questão de saúde pública. No plano de ação dessa política que se estende

de 2004 a 2007, são apresentadas como estratégias para a concretização desse objetivo a organização de redes integradas para a 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 e a promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Ainda no âmbito do Ministério da Saúde pode-se destacar menção feita na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001. Essa política salienta entre as responsabilidades do Ministério da Saúde para a prevenção de acidentes e violências, a promoção do diagnóstico, da notificação e do acompanhamento dos casos de violência doméstica praticada contra diversos segmentos sociais, dentre os quais as mulheres (BRASIL, 2001). Ainda destaca o risco dos serviços de saúde revitimizarem as mulheres em situação de violência, atribuindo a elas responsabilidade e culpa pela violência sofrida. Em contrapartida essa política recomenda que os serviços de saúde no atendimento a essas mulheres busquem o seu fortalecimento, por meio do aumento da auto-estima, e procurem promover a reeducação dos agressores e a garantia de uma rede de apoio.

O setor saúde também é evocado na Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) como uma das três áreas estratégicas de apoio às mulheres que são agredidas no âmbito familiar e/ou doméstico (BRASIL, 2006). Essa lei prevê o atendimento da mulher no âmbito da saúde, da assistência social e da segurança pública de forma articulada (BRASIL, 2006). Salienta-se que essa articulação entre as instituições da sociedade potencializa a eficácia e continuidade das ações empreendidas no sentido de romper com o ciclo de violência. Isso traz implicações para o setor saúde, que é chamado a garantir atendimento especializado para essas mulheres, tendo em vista as repercussões que essa forma de violência traz para a saúde delas.

Faz-se importante dizer que o Ministério da Saúde tem atuado a partir de duas estratégias para garantir o enfrentamento da violência contra as mulheres. Essa estratégias compreendem: “capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, e ampliar e desenvolver serviços especializados ou de referência” (BRASIL, 2005a, p. 8). Sobre os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, em 2005 havia no Brasil aproximadamente 82 serviços de referência com esse caráter (DINIZ, 2006). Esses oferecem acolhimento, tratamento e acompanhamento diferenciado às mulheres que vivenciam situações violentas, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional capacitada e sensibilizada para o problema.

Ressalta-se, todavia, que, embora seja de fundamental importância a existência de serviços especializados, não só eles, mas toda a estrutura de serviços do sistema público de

saúde deve estar apta a acolher as mulheres que estejam em situação de violência. Por isso, a primeira estratégia do Ministério da Saúde, antes referida, foca a capacitação e equipamento dos serviços de saúde em geral. Isso porque eles se configuram, freqüentemente, como a linha de frente no contato com os casos agudos de violência, uma vez que suas vítimas recorrem a esses espaços para tratar as lesões decorrentes desse problema.

Assim, o impacto mais direto da violência contra as mulheres sobre esses serviços se refere à procura por tratamento para lesões e traumas e medidas emergenciais como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis no caso de um estupro (D'OLIVEIRA, 1996). Nessas situações os serviços de emergência aparecem como o primeiro foco de atenção a receber demandas relacionadas à violência (D'OLIVEIRA, 1996). Contudo, os serviços de atenção básica também sofrem impactos relativos a esse problema, pois muitas queixas apresentadas pelas mulheres aos serviços de atenção primária podem estar relacionadas à vivência de episódios violentos (D'OLIVEIRA, 1996). Ademais, os serviços de saúde têm uma alta cobertura da população feminina, de forma que as mulheres os procuram ao menos uma vez ao longo de suas vidas (D'OLIVEIRA, 1996), seja em busca de cuidados para si ou demais familiares.

Esses aspectos demonstram que a área da saúde se apresenta como um local estratégico tanto para a identificação, como para o cuidado dos agravos decorrentes da violência. Entretanto, é importante dizer que a atuação dos serviços de saúde será pouco eficiente caso atenha-se somente a essa dimensão, que privilegia um entendimento restrito da violência, focado em suas conseqüências.

Esse ponto de vista concorda com o pensamento de Deslandes *et al* (2000) de que, embora o cuidado médico das lesões e doenças seja importante, o atendimento às mulheres em situação de violência não deve findar-se nele, sendo preciso pensar no acompanhamento das usuárias e na prevenção de novos episódios violentos. Em outras palavras, somente tratar os efeitos da violência e mandar a mulher de volta para casa, apresenta-se como uma atuação precária no que diz respeito à ruptura com o ciclo de violência.

Além disso, é preciso pensar na prevenção dos episódios violentos antes mesmo que eles ocorram. Apresenta-se, portanto, a necessidade de pensar a prevenção desse problema. Entender a violência contra as mulheres como uma questão que envolve construções sociais, permite compreender que ela não é um aspecto intrínseco ao ser humano, sendo, portanto, passível de prevenção (KRUG *et al*, 2003). Essa questão será discutida na sessão a seguir.

2.4. A prevenção à violência contra as mulheres a partir do campo da saúde pública

Ações de natureza preventiva constituem um domínio de aplicação essencial da Saúde Pública. Entretanto, é recente a proposta de prevenção à violência contra as mulheres a partir desse campo. Apenas na passagem da década de 1990 para os anos 2000, ela passou a aparecer com maior frequência nos estudos acadêmicos brasileiros que se dedicam a pensar essa forma de violência sob a ótica da saúde (GOMES, 2003). Ainda assim, a viabilidade e importância de se pensar ações preventivas à violência em suas diferentes manifestações são reconhecidas pela agenda da política de saúde brasileira.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001b) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (2007) aparecem como exemplos disso. A primeira entende que qualquer acidente ou violência pode ser prevenido e, por isso, prioriza ações com esse caráter, mediante a articulação com diferentes segmentos sociais. Já a Política Nacional de Promoção à Saúde apresenta a prevenção da violência como uma de suas ações específicas, preconizando iniciativas relacionadas à articulação intersetorial, à notificação dos casos de violência e à capacitação de gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

Mas o que compreende a prevenção da violência contra as mulheres a partir da área da saúde? Para buscar uma resposta a essa questão, faz-se uso das contribuições teóricas sobre o tema presentes em estudos brasileiros. Uma pesquisa bibliográfica realizada por Romeu Gomes (2003) oferece subsídios consideráveis nesse sentido. Esse autor faz uma síntese das questões de prevenção apresentadas em fontes bibliográficas brasileiras produzidas no campo da saúde na década de 1990, que abordam a temática *violência e mulher*. Ele classifica essas questões em três eixos: o “alerta para a necessidade do setor saúde participar de ações que vão além dele; indicações voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde; e recomendações para os serviços de saúde” (GOMES, 2003, p.216).

Em relação ao primeiro eixo é proposta a articulação do setor saúde com outras instituições para que sejam promovidas ações para “a compreensão das raízes socioculturais do jogo de poder que cerca as relações de gênero e a prática da sexualidade; o combate às causas dos conflitos e a solução para os problemas” e o “desenvolvimento de uma rede social de apoio e de serviços de assistência integral a mulheres em situações de violência” (GOMES, 2003, p. 216).

Sobre a capacitação para os profissionais da saúde, os estudos preconizam ações que propiciem mudanças de atitudes e preconceitos diante da violência conjugal, bem como a não redução da intervenção à lógica biomédica, além da identificação de forma mais satisfatória da ocorrência da violência (GOMES, 2003).

Sobre o terceiro eixo, a literatura recomenda que os serviços de saúde “promovam condições para que possam emergir os casos de violência contra as mulheres”; desencadeiem ações preventivas, não prestando somente uma atenção clínica e cirúrgica; acolham as mulheres agredidas com respeito e sigilo e desenvolvam uma intervenção direcionada a elas; não reduzam a atenção à ótica da doença ou do risco em saúde; e “repensem o seu papel ético-político diante das mudanças nas relações de gênero”, assim como na manutenção ou na superação da desigualdade de gênero e redução da violência (GOMES, 2003, p.216).

Já na opinião dos profissionais de saúde as ações de prevenção à violência contra as mulheres passam pelo trabalho em conjunto com outras instituições, mas também pelo papel educativo do setor saúde no sentido de trabalhar com as mulheres os seus direitos de cidadania, a sua condição de sujeito e fortalecer sua auto-estima (ANGULO-TUESTA, 1997). Esse ponto de vista coaduna com as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro sobre o tema. Pensando orientações para a prática em relação à violência intrafamiliar, no que diz respeito à prevenção da violência contra as mulheres, esse Ministério faz as seguintes observações:

Na unidade de saúde, em seu trabalho de orientação aos usuários, durante as visitas domiciliares ou nas ações comunitárias, a equipe deve:

- ♦ promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos;
- ♦ facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia, etc.), buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania;
- ♦ promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos (BRASIL, 2001a, p.54).

Essas recomendações englobam a perspectiva de gênero, pois além de preconizar ações voltadas não só para as mulheres, mas também para os homens, lança o olhar para as relações e padrões de comportamento entre os gêneros. Além disso, ressaltam atividades para a promoção da cidadania e da condição de sujeito autônomo das mulheres e para a prevenção de comportamentos violentos.

A partir das contribuições acima apresentadas é possível perceber que não existe uma perspectiva única do que seria o papel preventivo que o setor saúde pode desempenhar em relação à violência contra as mulheres. Por ser um debate muito recente, a literatura sobre o tema dedica-se a recomendar possíveis estratégias preventivas desse tipo de violência. Algumas são voltadas para mudanças que deveriam ocorrer nas práticas institucionais e na atuação dos profissionais, outras para modelos de atividades específicas a serem executadas pelos serviços de saúde. Todavia, nota-se alguns pontos são comuns às diferentes perspectivas

apresentadas como a ênfase dada à capacitação dos profissionais, às ações educativas em saúde e ao trabalho em rede.

Sobre esse último aspecto, é importante dizer que a atuação em conjunto com demais serviços e organizações governamentais e não-governamentais faz parte do entendimento de que as iniciativas de prevenção à violência não devem partir somente do setor saúde. Minayo (1999) ressalta que qualquer programa de prevenção da violência pede a combinação de uma intervenção nos campos macro-estrutural, conjuntural e cultural, assim como nas relações interpessoais e nas questões de ordem subjetiva. Em razão dessa multiplicidade de aspectos, um enfoque voltado para uma rede integrada de ações e serviços pode potencializar a prevenção a esse problema social, sendo esse o eixo fundamental nas propostas do poder público brasileiro para o enfrentamento da violência contra as mulheres (BRASIL, 2003a).

É necessário esclarecer que a prevenção à violência dentro das ações de saúde pública é classificada tradicionalmente em três níveis, os quais são pertinentes a vítimas e aos agressores (KRUG et al., 2003). São eles: a prevenção primária, a qual compreende a prevenção da violência antes que ela ocorra; a prevenção secundária que abarca respostas imediatas a uma situação de violência já instalada e identificada; e a prevenção terciária que envolve intervenções centradas na atenção a longo prazo após a violência já ter ocorrido (KRUG et al., 2003).

Pode-se perceber que essa classificação entende como prevenção não só evitar que o episódio violento ocorra, mas também impedir a sua repetição e agravamento, bem como o aparecimento de seqüelas mais graves em razão da violência. No caso da violência contra as mulheres a prevenção num nível primário pode abarcar, por exemplo, práticas educativas em saúde voltadas para a discussão da violência e de questões de gênero com um grupo de gestantes. A prevenção secundária ocorre, por exemplo, quando há a procura de alguma mulher por uma intervenção relacionada a uma situação de violência. Já a prevenção terciária compreende situações em que há um padrão crônico de violência, demandando um acompanhamento prolongado e multiprofissional⁹. Intervenções relacionadas à profilaxia de DST's, contracepção de emergência e acompanhamento de mulheres em situação de violência sexual também exemplificam prevenções nos níveis secundário e terciário.

Destaca-se que o *Informe Mundial Sobre la Violência y la Salud* recomenda que se invista mais na prevenção primária da violência, uma vez que os esforços têm se centrado no tratamento de seus efeitos, concentrando-se as iniciativas preventivas nos níveis secundário e

⁹ Esses exemplos dos três níveis de prevenção foram fornecidos pela coordenadora do NEPAV, Laurez Vilela, em entrevista realizada no dia 05/06/2008.

terciário (KRUG et al., 2003). Isso porque os investimentos nesse nível de prevenção causam maior impacto na proteção da população, além de reduzirem os custos no atendimento às vítimas (BRASIL, 2001b). Além disso, a prevenção primária não reduz a intervenção ao tratamento de indivíduos já atingidos pela violência, mas colabora diretamente para a redução da ocorrência desse problema. Entende-se, no entanto, que a prevenção primária traz consideráveis desafios para a reflexão e elaboração de ações no âmbito da saúde. Isso porque demanda a identificação e a mudança de elementos que favorecem a ocorrência da violência.

Assim, ao se pensar esse nível de prevenção ganha importância o conceito de fatores de risco, muito presente no modelo ecológico da violência. Esse conceito relaciona-se à idéia de que a prevenção da violência demanda a identificação de sua rede de causalidades. Sobre esse aspecto, considera-se que o setor saúde pode trazer relevante contribuição para a identificação desses fatores, por meio do registro e da notificação dos casos de violência, bem como de pesquisas na área.

Em contrapartida, promover a mudança desses fatores de risco se mostra como uma atividade que muitas vezes passa por mudanças culturais, pela desconstrução de preconceitos, atitudes e hábitos e pelo enfrentamento de desigualdades de poder em suas diversas redes. A título de exemplificação, nas situações de violência conjugal, uma ação visando à prevenção primária precisaria incidir, dentre outros aspectos, sobre mentalidades e representações de gênero. Isso porque o consumo de bebidas alcoólicas pelo companheiro, os conflitos conjugais, as desigualdades estruturais entre homens e mulheres e noções ligadas a papéis rígidos de gênero são alguns dos fatores de risco ligados a ocorrência desse tipo de violência (KRUG et al., 2003).

Esses aspectos demonstram a complexidade que envolve a realização de ações preventivas à violência, mas também evidenciam possibilidade de efetivá-las. Nesse ponto, é relevante apontar que o nível de Atenção Básica à Saúde, conhecido também como Atenção Primária, pode ter uma importante participação nesse sentido, pois se apresenta intrinsecamente ligado a ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. A fim de discutir esse entendimento, aborda-se na próxima sessão a entrada do tema da violência contra as mulheres nesse nível de atenção à saúde.

2.5. A entrada do tema da violência contra as mulheres na Atenção Básica à Saúde

O reconhecimento dos serviços de saúde como equipamentos sociais que chegam até as comunidades e que as mulheres têm acesso facilitado e freqüente em todas as fases da vida propiciou a incorporação do tema da violência contra as mulheres no nível de atenção

primária à saúde (DINIZ, 2006). No Sistema Único de Saúde – SUS, esse nível de atenção é designado *Atenção Básica à Saúde* (MATTA; MOROSINI, 2006) e engloba "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes" (BRASIL, 2005b, p. 35). Constitui o primeiro e preferencial ponto de contato dos usuários com o SUS, sendo conhecido como a porta de entrada desse sistema.

Por todas essas características, alguns autores consideram os serviços de atenção básica como espaços privilegiados para abordar e fazer visível a questão da violência contra as mulheres (DINIZ, 2006; KRONBAUER e MENEGUEL, 2007). Além disso, pesquisas realizadas com mulheres em unidades de atenção primária apontam significativa prevalência de casos de violência doméstica contra elas¹⁰. Isso demonstra que o problema chega não somente às emergências hospitalares, mas também aos postos e centros de saúde, ainda que indiretamente, sob a forma de queixas associadas a lesões, dores e problemas de saúde derivados de uma situação de violência. D' Oliveira (1996) ressalta que vários problemas de saúde que chegam aos serviços de atenção básica relacionam-se a episódios de violência nas relações amorosas. Por isso, esses serviços são "conclamados a reconhecer precocemente os casos de violência e encaminhá-los a serviços psicológicos e de assistência social e jurídica" (D'OLIVEIRA, 1996, p.145).

Em relação aos centros de saúde¹¹, é reconhecida a grande cobertura e contato desses serviços com as mulheres, as quais os procuram geralmente para adquirir cuidados relativos à própria saúde ou para acompanhar seus filhos em consultas pediátricas. Ademais, nessas unidades são processadas as ações preventivas e de assistência relacionadas à saúde da mulher, preconizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Esse programa tem como alvo central a rede básica de atenção à saúde e traz consigo um eixo de ações educativas que abrem espaço para a abordagem de diversos temas (D'OLIVEIRA, 1996).

Desse modo, os programas de saúde da mulher podem ser espaços propícios abordar, identificar e prevenir a violência contra as mulheres. Orientações realizadas durante as palestras de programas como o de Pré-natal e de Planejamento Familiar podem contribuir, por

¹⁰ Um estudo realizado por Lilia Blima Schraiber e outros pesquisadores (2002) em uma unidade de atenção primária à saúde do município de São Paulo constatou que uma em cada três mulheres entrevistadas já havia vivenciado um episódio de violência física na vida adulta, totalizando 143 casos, dos quais 110 haviam sido praticados por familiares ou companheiros (SCHRAIBER et al., 2002).

¹¹ As unidades de atenção básica compreendem além dos centros de saúde, a unidade de Saúde da Família, os postos de saúde, a unidade móvel fluvial, a unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico, a unidade mista, e os ambulatórios de unidade hospitalar geral (MS, 2005b). Os centros de saúde são também denominados unidades básicas de saúde (MS, 2005b).

exemplo, para a prevenção primária desse problema. Ademais, as consultas relacionadas ao pré-natal oferecem a oportunidade de detectar precocemente casos de violência durante a gravidez e evitar maiores consequências para a saúde da mulher e do feto. Por outro lado, como a violência traz agravos a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, as consultas ginecológicas podem ser momentos propícios para abordar e identificar o problema. A clínica médica também pode contribuir nesse sentido. Isso porque as situações de violência contra as mulheres se expressam nos serviços de saúde muitas vezes por meio de queixas vagas ou associadas às doenças crônicas como a hipertensão arterial (DINIZ, 2006), as quais possivelmente serão atendidas por essa especialidade.

Experiências associadas a iniciativas especificamente voltadas para o acompanhamento de mulheres em situação de violência também se mostram possíveis. Diniz (2006) apresenta um exemplo dessa forma de intervenção. Trata-se do Confad – Conflitos Familiares Difíceis – iniciado em 2000 no Centro de Saúde-Escola do Butantã em São Paulo. Conforme a autora

seus objetivos são: fazer a violência contra as mulheres visível para todos os profissionais de saúde; promover uma escuta não-julgadora da mulher; e oferecer uma atividade específica de escuta e orientação, o Confad. A partir da detecção de uma situação de conflito familiar com ou sem violência, se a mulher aceita o convite de participar, o atendimento varia de uma a quatro sessões, feito por qualquer profissional de saúde especialmente treinado. O atendimento tem como finalidades: identificar se há risco imediato de vida, identificar com que tipo de apoio a mulher já conta; discutir as bases de gênero da violência doméstica; informar sobre a rede de serviços e recursos sociais com os quais a mulher pode contar; fazer juntamente com a mulher um planejamento sobre seu projeto de vida, referi-la aos serviços escolhidos, e monitorar o acesso da mulher a esta rede (DINIZ, 2006, p.199-200).

Essa iniciativa se caracteriza como uma mudança na dinâmica e cultura institucional que pode trazer importantes contribuições à prevenção da violência, assim como para o fortalecimento das mulheres que vivenciam relações conflituosas e/ou violentas.

Uma outra possível contribuição que pode advir das unidades básicas de saúde refere-se ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Esse programa, regulamentado em 1997, constitui uma estratégia transitória para o Programa Saúde da Família, é ligado aos centros de saúde e apresenta a particularidade de promover uma ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001c). Para desenvolver as suas atividades principais, ligadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, são escolhidas pessoas da própria comunidade, que recebem o nome de Agentes Comunitários de Saúde, os quais deverão executar ao menos uma visita por mês às famílias de sua comunidade para efetivar tais ações (BRASIL, 2001c).

Conjectura-se que o agente comunitário de saúde, por ser membro daquela comunidade e por lidar com um número restrito de famílias, pode aproximar-se mais facilmente da realidade da população por ele assistida. Isso poderia potencializar a possibilidade de uma ação frente à violência doméstica contra as mulheres no sentido de identificar precocemente o problema. Além disso, as próprias atividades características do PACS ligadas à promoção da saúde por meio de ações educativas individuais ou coletivas podem ser ferramentas para a prevenção primária dessa forma de violência.

Por tudo o que foi exposto, entende-se que os serviços de atenção básica à saúde teriam um vasto potencial de contribuição para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Todas essas considerações, no entanto, se apresentam como hipóteses do que poderia ser feito nessas unidades, enfocando os centros de saúde. Pouco se sabe sobre como o enfrentamento da violência tem se processado nessas unidades de saúde. Com o objetivo de lançar luz sobre esse aspecto, foi realizado um estudo em centros de saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF, o qual será apresentado a seguir.

CAPÍTULO 3

Metodologia de Pesquisa

3.1. Apresentação da pesquisa

Este estudo configura-se como uma pesquisa social de cunho exploratório e descritivo (GIL, 1999), com o objetivo de identificar a participação de unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres a partir das ações institucionais e das práticas dos profissionais de saúde que nelas atuam.

Trata-se de pesquisa realizada a partir trabalho de campo por meio da técnica de métodos mistos (CRESWELL, 2007). Essa técnica envolve a coleta e análise de dados tanto quantitativos, como qualitativos em um mesmo estudo (CRESWELL, 2007). Conforme Minayo (2007), as abordagens qualitativas e quantitativas podem ser integradas em uma mesma pesquisa, não sendo incompatíveis entre si, podendo, quando abordadas em conjunto, promover a construção da realidade mais elaborada e completa. Vários autores empregam essa técnica, por exemplo, para convergir resultados de diferentes fontes de dados ou mesmo para expandir o entendimento de um método para outro (CRESWELL, 2007).

Dentro dessa técnica, a coleta e análise de dados compreenderam duas fases. A primeira fase consistiu em um estudo de abordagem quantitativa para levantar o quadro de ações, práticas e instrumentos institucionais existentes nos centros de saúde pesquisados para abordar o tema da violência contra as mulheres. Para tanto foram aplicados questionários às enfermeiras-chefe de 6 (seis) centros de saúde da cidade de Ceilândia/ DF. Tal estudo focou-se em características objetivas dessas unidades básicas, buscando-se caracterizá-las quanto ao envolvimento com a temática da violência contra as mulheres.

A segunda fase se caracterizou pelo uso do método qualitativo, abarcando entrevistas com profissionais de saúde de 2 (duas) unidades básicas, para entender melhor a dinâmica de envolvimento dos centros de saúde com o tema da violência contra as mulheres. A partir da perspectiva desses profissionais, buscou-se conhecer a atuação profissional frente a esse problema e as possibilidades e limites para abordar o referido tema nas unidades de saúde estudadas. A abordagem qualitativa melhor adequou-se a essa fase de pesquisa porque ela possibilita estudar um nível da realidade que não pode ser quantificável, isso é, “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2007, p. 21), aproximando-se dos aspectos que se buscava pesquisar nessa fase da pesquisa de campo.

3.2. Delimitação do estudo

No desenvolvimento desse estudo, a pesquisa de campo teve como universo os centros de saúde da cidade de Ceilândia, IX Região Administrativa do Distrito Federal. Sua rede de saúde é composta por um hospital regional, 12 centros de saúde, um laboratório regional de saúde e duas unidades do Programa Saúde da Família. A escolha dessa cidade se deu inicialmente em razão da significativa ocorrência de casos de violência contra as mulheres nessa localidade¹². Em contrapartida, a regional de saúde dessa cidade, desde o ano de 2004, conta com uma sala de acolhimento à mulher em situação de violência localizada no Hospital Regional de Ceilândia e com um fluxo para o atendimento desses casos, demonstrando a existência de uma sensibilização para o tema nessa regional.

Dentro desse universo de pesquisa foram selecionados 6 (seis) do total de 12 (doze) centros de saúde existentes nessa cidade. O critério para a escolha dessas unidades foi a existência de assistente social no quadro de profissionais das instituições, uma vez que, no delineamento inicial da investigação, tinha-se como perspectiva realizar a análise tendo esse profissional como um dos sujeitos de pesquisa. Embora esse recorte tenha sido redefinido posteriormente, manteve-se a definição das unidades de saúde a serem pesquisadas. Essa amostra perfaz 50% do total de unidades básicas de saúde existentes nessa localidade. Fizeram parte do estudo, os Centros de Saúde nº 1, 2, 6, 7, 10 e 11 de Ceilândia.

Os participantes dessa pesquisa foram na primeira fase da coleta de dados, a enfermeira-chefe da Sala da Mulher de cada um dos 6 (seis) centros da amostra. As enfermeiras-chefe da Sala da Mulher foram selecionadas em razão de serem as coordenadoras dos programas e ações desenvolvidos nas unidades básicas de saúde relacionados à saúde da mulher, sendo uma fonte-chave para a pesquisa.

Na segunda fase da pesquisa de campo foram selecionados como participantes profissionais de saúde que atuavam em 2 (dois) dos 6 (seis) centros de saúde da amostra de pesquisa e cuja intervenção relacionava-se à atenção à saúde da mulher. Foram entrevistados os seguintes profissionais de saúde: 2 (duas) assistentes sociais; 1 (uma) enfermeira-chefe da Sala da Mulher; 1 (uma) enfermeira do programa de DST/AIDS; 1 (um) ginecologista; 1 (um) clínico geral. Também foram entrevistados 3 (três) Agentes Comunitários de Saúde, os quais se aproximam das mulheres quando realizam as visitas às famílias assistidas.

¹² Em 2005, a cidade de Ceilândia liderou o ranking de ocorrências registradas de crimes cometidos contra a mulher. Informação apresentada por reportagem do Jornal de Brasília, intitulada: Violência contra a mulher é tema de debates na Câmara. Disponível na página eletrônica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=24257) Acesso em :24/04/2007.

Como critério de seleção para os participantes das duas fases de coleta de dados, foi estabelecido que profissionais de saúde e ACS deveriam ter no mínimo 6 (seis) meses de atuação no centro de saúde, entendendo-se esse período de tempo como o mínimo necessário para se conhecer a dinâmica de trabalho da unidade de saúde.

3.3. Procedimentos éticos

Em atenção à Resolução 196/96 CNS/MS¹³ que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto que originou essa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 04 de abril de 2008. O projeto foi aprovado em 24 de junho de 2008, a partir do parecer nº 0111/2008.

A necessidade de se prever questões éticas que possam surgir durante o processo de pesquisa e de se antever meios de abordá-las no estudo é destacada por autores como John W. Creswell (2007) e Maria Cecília Minayo (2007). Além de condutas éticas relacionadas à elaboração do texto e à apresentação de dados, evitando-se atitudes como o plágio e a fraude¹⁴, a coleta de dados feita diretamente com seres humanos traz outras implicações relacionadas aos cuidados em não causar danos aos participantes do estudo, resguardando os seus direitos enquanto sujeitos de pesquisa.

Desse modo, para garantir a proteção aos direitos dos participantes da pesquisa foram adotadas as seguintes condutas: 1. Comunicação do objetivo e procedimentos de pesquisa para todos os participantes; 2. Aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – aos participantes da pesquisa a fim de garantir os seus direitos de conhecer a pesquisa a qual são chamados a participar como sujeitos, da sua livre escolha em participarem ou não desse estudo, bem como da possibilidade de desistirem da participação a qualquer momento que quiserem; 3. Obtenção de autorização prévia das chefias dos centros de saúde pesquisados e do diretor do hospital responsável por essas unidades; 4. Agendamento prévio das entrevistas a fim de minimizar o impacto sobre o fluxo de atividades dos profissionais de saúde participantes; 5. Garantia do sigilo das informações levantadas e do anonimato dos participantes a partir da utilização de códigos de identificação.

¹³ O Ministério da Saúde, por meio do Conselho Nacional de Saúde constituiu a resolução 196/96 a fim de estabelecer normas e diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos, e evitar que as pesquisas científicas e acadêmicas resultem em riscos de diferentes ordens – físicos, morais, legais, etc. – aos participantes dos estudos.

¹⁴ Segundo Minayo (2007, p. 55), o plágio compreende “usar idéias, expressões, dados de outros autores sem citar a fonte de onde se originam” e a fraude se dá “quando o pesquisador inventa deliberadamente dados inexistentes a fim de justificar ou embasar suas propostas”.

3.4. Procedimentos de coleta de dados

Como já mencionado, foram adotadas duas técnicas para a coleta de dados compreendendo cada uma das fases do estudo realizado. Na primeira fase foi aplicado um questionário auto-administrado às enfermeiras-chefe da Sala da Mulher, entendidas como fontes-chave para a presente pesquisa. Foi elaborado um questionário de múltipla escolha composto por questões fechadas (Apêndice A). A partir dessas questões buscou-se levantar as ações, práticas e instrumentos institucionais para abordar o tema da violência contra as mulheres nas unidades de saúde pesquisadas. Sendo assim, o instrumental objetivou apreender os seguintes pontos: ações para abordar o tema da violência contra as mulheres, rotinas de atendimento a mulheres em situação de violência; orientações institucionais para a resposta aos casos de violência contra mulheres e limitações institucionais para abordar esse tema.

Ressalta-se que embora a técnica do questionário seja adotada geralmente em estudos de levantamento que implicam a aplicação do instrumento a um grande número de pessoas, na presente pesquisa a sua escolha se deu em razão do propósito dessa fase de pesquisa que era o de colher dados objetivos sobre a rotina dos centros de saúde pesquisados. Além disso, em função do ritmo de trabalho intenso dos sujeitos de pesquisa, o uso do questionário possibilitou aplicação rápida do instrumental e dispensou a necessidade de prévio agendamento.

Na fase da coleta de dados qualitativos, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde apresentados na seção 3.2 desse capítulo. Foram desenvolvidas entrevistas semi-estruturadas, realizadas face a face e registradas mediante gravação de voz. A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas nas pesquisas em ciências sociais (GIL, 1999). Ela se apresenta como uma forma privilegiada de comunicação (MINAYO, 2007), já que consiste em um diálogo orientado por objetivos pré-estabelecidos que possibilita obter informações sobre um determinado assunto.

Nessa fase de coleta de dados optou-se pela entrevista semi-estruturada porque a orientação do diálogo a partir de um roteiro previamente elaborado facilita a abordagem de temas relevantes para o estudo proposto, bem como a codificação das informações coletadas, sendo uma forma de entrevista favorável para pesquisadores iniciantes. Por outro lado, ainda que apoiada em questões pré-elaboradas, a entrevista semi-estruturada não limita a fala do entrevistado, pois combina questões abertas e fechadas, permitindo ao participante da pesquisa ir além da resposta à pergunta pré-estabelecida (MINAYO, 2007).

O roteiro de entrevista foi elaborado com base em quatro blocos temáticos, quais sejam: atuação do profissional de saúde diante da violência contra as mulheres; a cultura

institucional; percepção do profissional sobre a participação dos serviços de atenção básica no enfrentamento à violência contra as mulheres; formação do profissional sobre o tema da violência contra as mulheres. Foram elaborados dois roteiros de entrevistas (Apêndice B e Apêndice C), um para orientar as entrevistas com os profissionais de saúde e outro para direcionar o diálogo com os agentes comunitários de saúde. Os roteiros tiveram os mesmos blocos temáticos e as mesmas questões. As diferenças entre os dois se restringiram a adaptações referentes à realidade de atuação diferenciada entre esses dois grupos.

3.5. O trabalho de campo

O trabalho de campo compreendeu duas fases de pesquisa, uma de abordagem quantitativa e outra de abordagem qualitativa. Os dados de pesquisa foram coletados no período compreendido entre a segunda quinzena de setembro e a primeira quinzena de outubro de 2008.

Foi realizado contato com as chefias dos centros de saúde selecionados a fim de apresentar a pesquisa, solicitar permissão para a sua realização e entregar carta do Comitê de Ética em Pesquisa autorizando o desenvolvimento do estudo.

A aplicação do questionário à enfermeira-chefe da Sala da Mulher se deu, quando possível, já durante esse contato com as unidades. A pesquisadora acompanhou o preenchimento dos questionários na maior parte dos centros de saúde e pôde registrar em caderneta de campo comentários efetivados pelas participantes durante o preenchimento do instrumental.

Destaca-se que em 2 (duas) unidades de saúde o questionário foi preenchido pela assistente social do centro de saúde. Em um dos centros, tal mudança foi solicitada pela própria enfermeira-chefe da Sala da Mulher. No outro centro de saúde, a enfermeira-chefe da Sala da Mulher apresentava pouco mais de um mês de atuação naquela unidade de saúde, portanto, estava fora do critério de seleção dos participantes dessa pesquisa.

Foi aplicado 1 (um) questionário em cada um dos 6 (seis) centros de saúde pesquisados, totalizando 6 (seis) questionários preenchidos. Essa fase da pesquisa teve duração de duas semanas e foi antecedida pela realização de pré-teste do instrumental de pesquisa em 2 (dois) centros de saúde que não compunham a amostra de pesquisa.

Após o período de aplicação dos questionários, foi selecionado aleatoriamente, 2 (dois) dentre os 6 (seis) centros de saúde da amostra, para a efetivação da segunda fase da pesquisa. Na primeira dessas duas unidades foram entrevistados 5 (cinco) profissionais, quais sejam: a assistente social, a enfermeira-chefe da Sala da Mulher, um ginecologista, um clínico

geral e uma agente comunitária de saúde. No outro centro de saúde foram realizadas entrevistas com 4 (quatro) profissionais: a assistente social, uma enfermeira do programa de DST/Aids e duas agentes comunitárias de saúde. Ou seja, realizou-se entrevistas com 6 (seis) profissionais de saúde e 3 (três) agentes comunitários de saúde. Essa fase de pesquisa teve duração de três semanas.

3.6. Procedimentos para análise dos dados

A etapa de análise de dados da pesquisa teve início após o trabalho de campo e durou cerca de três semanas. Inicialmente foi realizada a análise dos dados coletados a partir dos questionários aplicados na primeira fase da coleta de dados. Uma vez que esse instrumental já consistia em questionário pré-codificado, a fase de análise englobou a tabulação simples dos dados coletados, que possibilitou agrupar os itens recorrentes em cada uma das categorias de análise e contabilizar a sua frequência. Esse processo possibilitou encontrar aspectos semelhantes entre os centros de saúde estudados, gerando informações para serem interpretadas.

Em um segundo momento foi feita a transcrição das gravações das entrevistas aplicadas na segunda fase da coleta de dados, buscando organizar e preparar os dados para a análise. Entendendo que o processo de análise de dados numa metodologia qualitativa consiste em retirar sentido dos dados de texto (CRESWELL, 2007), a transcrição das entrevistas foi seguida pela leitura exaustiva desse material com o objetivo de refletir sobre o sentido global das informações coletadas, para então organizá-las em grupos temáticos. Isso foi possível a partir de um processo de codificação (CRESWELL, 2007) no qual as informações obtidas foram decompostas e ordenadas em tópicos similares, posteriormente transformados em categorias de análise. Em seguida, a partir de inferências e com auxílio da literatura científica foi realizada a interpretação dos resultados obtidos.

CAPÍTULO 4

A participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres

As unidades básicas de saúde, também conhecidas como centros de saúde, prestam atendimentos de atenção básica e integral à população, nas especialidades básicas que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia (BRASIL, 2005b). Esses centros englobam um conjunto de ações que envolvem desde o diagnóstico e tratamento de doenças, até a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Os programas de atenção integral à criança, ao adulto, ao idoso e à mulher são implementados no âmbito dessas unidades.

Nesse capítulo, busca-se apresentar como o tema da violência contra as mulheres tem sido trabalhado nas ações institucionais e nas práticas dos profissionais de saúde que atuam nos centros de saúde. Para isso são apresentados dados coletados em 6 (seis) centros de saúde de Ceilândia por meio de questionário e de entrevistas com 6 (seis) profissionais de saúde e 3 (três) agentes comunitários de saúde que atuam em dois desses centros.

Em relação à saúde da mulher os 6 (seis) centros de saúde pesquisados apresentam o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – e oferecem as seguintes ações relacionadas à saúde da mulher: Assistência ao Pré-Natal; Assistência ao Puerpério (pós-parto); Planejamento Familiar; Prevenção do Câncer de Colo Uterino; Prevenção do Câncer de Mama; Assistência ao Climatério, que se dá não a partir de ações específicas, mas dentro das consultas ginecológicas; Assistência às Doenças Ginecológicas; Prevenção, Identificação e Tratamento de DST/AIDS em mulheres.

Os profissionais de saúde entrevistados foram um clínico geral, um ginecologista, duas assistentes sociais e duas enfermeiras, sendo uma da sala da mulher. A faixa etária do grupo se situa entre 42 e 52 anos, sendo quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino. O grupo apresenta em média 22,5 anos de formação na especialidade em que cada profissional atua e apresenta uma média de 14,8 anos de trabalho no centro de saúde em que se encontram atualmente. Em relação aos agentes comunitários de saúde, todas são mulheres, duas apresentam nível superior e uma, nível médio de escolaridade e as três são agentes comunitárias há mais de 2 anos.

4.1. O tema da violência contra as mulheres nas ações e práticas dos centros de saúde estudados

A prestação de assistência à mulher em situação de violência foi referida por 4 (quatro) dos 6 (seis) centros de saúde pesquisados. Essa assistência foi colocada como atendimento prestado à mulher que porventura traga até a unidade de saúde queixa relacionada a uma situação de violência vivenciada.

Em relação à presença de ações específicas para abordar a violência contra as mulheres nos centros de saúde pesquisados, em 4 (quatro) unidades não foram referidas quaisquer ações com esse caráter. Nos outros 2 (dois) centros de saúde foram apontadas como atividades específicas, o serviço social e a assistência à mulher vítima de violência por meio de consulta com o ginecologista. Entende-se que essas duas ações não são específicas para abordar o tema da violência contra as mulheres, isso é, pensadas para tratar dessa temática. Consistem, outrossim, de serviços presentes nessas unidades de saúde que podem ser ativados para prestar assistência a uma mulher em situação de violência. Por isso, afirma-se que nenhuma das unidades estudadas dispunha de qualquer ação específica para abordar o tema.

A falta de recursos materiais, a falta de recursos humanos, prioridade em outros programas, a falta de treinamento específico e de sensibilização dos servidores para captar as mulheres em situação de violência foram os motivos apontados para a ausência de uma abordagem sobre esse tema nas ações e programas, presentes nos 6 (seis) centros de saúde estudados. Destaca-se que em 2 (dois) centros de saúde não foram levantados motivos para isso, por entender que de alguma forma o tema da violência contra as mulheres era abordado nessas unidades.

A menção feita sobre a ausência de treinamento específico para lidar com esse assunto sugere que os profissionais de saúde ainda encontram dificuldades para abordar o tema, identificar as mulheres em situação de violência e dar encaminhamentos para os casos. Também é possível notar que as limitações levantadas implicam problemas inseridos na estrutura das unidades básicas de saúde. Os centros de saúde são responsáveis pela oferta de uma ampla gama de ações básicas, que se apresentam como prioritárias na estrutura organizacional desses centros. Inserir mais um programa ou ação específica para lidar com o tema da violência contra as mulheres representa demanda de espaço físico e pessoal, além de reestruturação no quadro de serviços já oferecidos pela unidade de saúde. Isso, no entanto, não limita a possibilidade de inserir esse tema nas ações que já existem nessas unidades.

Dentre as ações em geral desenvolvidas para abordar o tema da violência contra as mulheres nos centros de saúde pesquisados, foram referidas com maior frequência a

realização de palestras dentro dos programas voltados para a saúde da mulher e o acompanhamento de mulheres que tenham sofrido violência doméstica ou sexual.

As palestras sobre o tema são oferecidas principalmente nas ações relacionadas ao Pré-Natal, ao Planejamento Familiar e à Palestra do CD – Crescimento e Desenvolvimento da Criança, a qual pertence ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Conforme observações realizadas pela pesquisadora durante o preenchimento dos questionários que geraram esses dados, essas palestras são ministradas por profissionais de enfermagem da sala da mulher e/ou a profissional de serviço social. As entrevistas realizadas com as profissionais dessas áreas oferecem alguns subsídios para caracterizar essas palestras.

Conforme 2 (duas) entrevistadas, as palestras não são direcionadas somente para a discussão da temática da violência contra as mulheres. Esse tema é inserido, de forma sucinta, sendo abordada não só a violência contra as mulheres, mas também a violência contra a criança e o idoso. Significa que é trabalhada a violência intrafamiliar que tem como principais vítimas esses segmentos populacionais. Segundo as entrevistadas a abordagem aproxima-se mais de uma orientação para a existência desses casos nas famílias e para a disponibilidade do serviço social para atender a esses casos.

Importante ressaltar que mesmo essa pequena menção à violência demonstra que aquela unidade de saúde aceita falar sobre o tema e dispõe de profissionais para isso. Contudo, no que se refere à violência contra as mulheres, não aprofunda na discussão da discriminação de gênero, das relações afetivas entre os casais, nas representações sociais sobre o masculino e o feminino que embasam esse tipo de violência. As palestras das ações do PAISM oferecem espaço favorável para essas discussões, contudo, limitações na própria estruturação dessas palestras tradicionais levam a pouca abrangência dessa ação. O depoimento a seguir evidencia esse aspecto:

A gente não aborda isso muito a fundo, a gente só fala se tiver... Fala assim mais no geral, porque também não dá tempo. É muita coisa, é muito assunto. Então, a mulher quando ela é gestante, já tem aquela sala de reunião ali que é pequena, o espaço é pequeno, são poucos bancos, a gente tem que ficar catando cadeiras, então às vezes elas estão cansadas, com um barrigão [...]. E tem a questão do próprio pré-natal, que é o foco, a gente não pode desviar isso aí não. A gente pode estar orientando, mas assim no básico mesmo, o foco é o pré-natal. No planejamento é a mesma coisa, no CD é a mesma coisa. (Profissional de Saúde 04).

Isso demonstra que, mesmo que exista a iniciativa dos profissionais para abordar o tema, ainda se pode fazer muito pouco, devido a limitações estruturais dos próprios centros de saúde e das prioridades relacionadas à saúde da mulher, denotando, que assim como no

momento da criação do PAISM, a violência contra as mulheres, permanece à margem das demais ações que o compõem esse programa.

Isso não quer dizer que ações de orientação como as acima referidas não sejam importantes, uma vez que os serviços de atenção básica têm amplo acesso às famílias e podem ser locais de alerta, bem como sentinelas para a detecção de diferentes tipos de violência intrafamiliar (REICHENHEIM; DIAS, 2006). No caso da violência contra as mulheres, abordar esse tema em palestras, ainda que de forma rápida, já sinaliza que aquele serviço pode ser procurado por mulheres que se encontrem em situação de violência, abrindo espaço para a detecção precoce desses casos, aparecendo como uma atividade de prevenção primária da violência. Esse espaço de escuta pode propiciar a identificação de situações de risco e o estabelecimento de alternativas para se interromper o ciclo de violência.

Sobre o acompanhamento a mulheres em situação de violência, embora 4 (quatro) unidades de saúde apresentem alguma espécie de acompanhamento de mulheres em situação de violência contra as mulheres, acredita-se, que esse se refere a acompanhamento médico, mas os dados do questionário não permitem comprovar isso. Sabe-se que não se tratam de acompanhamentos psicológicos, uma vez que nenhuma das unidades dispõe de profissionais de psicologia.

Um dos centros de saúde pesquisados foi apontado durante entrevistas como a unidade onde existia um acompanhamento sistemático de mulheres em situação de violência sexual, o qual é realizado em conjunto com o Hospital de Ceilândia. A assistência é prestada por uma equipe multiprofissional, a qual dá continuidade às medicações relativas à profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis. A mulher em situação de violência sexual atendida pelo pronto-socorro do hospital é encaminhada para o setor de DST desse centro de saúde, onde faz uma consulta com os profissionais de ginecologia e infectologia e é submetida a exames ginecológicos e sorológicos. A partir daí passa a ser acompanhada, por no mínimo seis meses, para dar prosseguimento ao tratamento medicamentoso e monitorar o aparecimento de alguma doença de transmissão sexual como consequência da violência sofrida.

Essa ação materializa o cumprimento de algumas disposições presentes na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2005a). São disposições relacionadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis não virais e virais. Ressalta-se, todavia, que embora a equipe conte com assistente social, o acompanhamento é de caráter médico, não havendo qualquer tipo de acompanhamento psicossocial, o qual também é preconizado pela referida Norma Técnica.

Essa necessidade de acompanhamento psicológico às mulheres que sofreram violência faz-se também presente no discurso dos profissionais de saúde entrevistados, sendo mencionada por quatro deles. A ausência desse acompanhamento não só nos centros de saúde como na Secretaria de Saúde como um todo também foi ressaltada durante as entrevistas:

Então a gente sabe que faltam profissionais, que faltam realmente na secretaria, psicólogos. É uma questão gritante, não tem nada, então como é que essas mulheres vão estar sendo acompanhadas por um psicólogo, por outro profissional (Profissional de Saúde 04).

Como já foi abordado, a violência contra as mulheres traz conseqüências para a saúde mental delas, relacionadas, sobretudo, à depressão e ao transtorno de estresse pós-traumático, evidenciando a necessidade de acompanhamento psicológico para essas mulheres. O apoio psicossocial também pode atuar no resgate da auto-estima e fortalecimento dessas mulheres que passam por experiências de expropriação da sua autonomia e dignidade. A ausência de um acompanhamento nesse sentido limita a possibilidade do setor saúde estender o enfrentamento da violência contra as mulheres para além de ações curativas e imediatas. Trata-se de uma falha na rede de apoio às mulheres em situação de violência.

Alguns dos profissionais entrevistados destacaram que na ausência desse tipo de acompanhamento, recomendam que as mulheres em situação de violência busquem apoio em um serviço de terapia ocupacional presente na Regional de Saúde de Ceilândia. Esse serviço, disponibilizado pelo hospital regional, localiza-se no centro de saúde referido acima por contar com ações diferenciadas na área. As atividades desenvolvidas incluem o acompanhamento de mulheres em situação de violência doméstica e sexual, seja por atendimentos em grupo ou individual. Não se trata de um serviço restrito à violência contra as mulheres, atendendo pessoas em diferentes situações de violência, inclusive urbana. A continuidade desse serviço, no entanto, é incerta devido à transferência da terapeuta ocupacional para uma outra regional de saúde.

Além das palestras e acompanhamentos ainda foram levantadas por meio dos questionários outras atividades promovidas nos 6 (seis) centros de saúde estudados para abordar a violência contra as mulheres. A tabela abaixo apresenta essas informações.

Tabela 1 - Ações para abordar o tema da violência contra as mulheres desenvolvidas pelos centros de saúde

Ações	CS A	CS B	CS C	CS D	CS E	CS F
Busca ativa em caso de suspeita				X		X
Palestras sobre o tema	X	X			X	X
Acompanhamento de mulheres em situação de violência		X	X	X		X
Distribuição de material educativo sobre o tema					X	X
Exibição de vídeos sobre o tema						X
Uso de cartazes sobre o tema						X

Chama atenção a baixa utilização de materiais educativos sobre o tema, como panfletos e mesmo de cartazes nas unidades de saúde. Hane e Ellsberg (2002) ressaltam que a existência de materiais educativos nos serviços de saúde, como *posters* e informativos ajudam a demonstrar que naquele serviço a violência pode ser discutida com segurança. A baixa utilização de recursos como esses pode levar as mulheres que chegam a esses centros de saúde a não os perceberem como locais onde encontrarão apoio, caso estejam vivenciando alguma situação de violência.

Um outro importante instrumento institucional para o enfrentamento da violência contra as mulheres consiste na elaboração de rotinas institucionais, fluxos e protocolos de atendimento aos casos dessa natureza que cheguem até os serviços de saúde (DESLANDES, 1999; KRUG et al, 2003). Esses instrumentos atribuem responsabilidades e ações aos profissionais, delimitando o que deve ser feito e quem deve fazê-lo (DESLANDES, 1999). Em razão disso foi levantado se nas unidades básicas de saúde pesquisadas existia algum tipo de protocolo ou rotina de atendimento às mulheres em situação de violência. Quatro centros de saúde referiram a existência de protocolos para o atendimento a vítimas de violência doméstica, enquanto cinco apontaram a existência de tais instrumentos para o atendimento de casos de violência sexual contra as mulheres.

Ainda sobre as práticas institucionais, foi levantada qual a orientação institucional sobre como proceder em caso de suspeita ou constatação de alguma situação de violência contra as mulheres. Tanto em relação à violência doméstica como sexual prevaleceram as orientações de encaminhar o caso para o serviço social do centro de saúde, encaminhar para a delegacia e encaminhar para o hospital. A tabela a seguir demonstra a prevalência de cada uma dessas orientações, segundo a forma de violência atendida:

Tabela 2 – Orientações institucionais sobre como proceder em caso de suspeita ou constatação de algum caso de violência contra as mulheres

Orientação	Violência doméstica	Violência Sexual
Fazer a notificação compulsória do caso	02	02
Encaminhar para o serviço social do centro de saúde	06	05
Encaminhar para a delegacia	05	03
Encaminhar para o Hospital	05	02
Encaminhar para serviços de referência na rede de saúde	-	-
Outras	01	02

Como *outras orientações* foram listados o encaminhamento das mulheres em situação de violência para o serviço de Terapia Ocupacional existente na Regional de Ceilândia e o encaminhamento dessas mulheres para a Sala de Acolhimento a Vítimas de Violência existente no Hospital Regional de Ceilândia.

Chama a atenção entre os dados apresentados na tabela acima a baixa presença da efetivação da notificação compulsória como uma orientação institucional, o que contrasta com os dados sobre a existência de protocolos de atendimento à violência, os quais foram referidos pela maior parte dos centros de saúde. Isso porque a efetivação da notificação deveria estar englobada nesses protocolos.

Apenas um terço das unidades básicas de saúde pesquisadas referiram o preenchimento da notificação compulsória como uma orientação institucional. Como já foi discutido no presente trabalho, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher é estabelecida por lei (BRASIL, 2003b), a qual já tem cinco anos de vigência. Entretanto, como os dados apontam, parece ainda haver resistência por parte dos profissionais de saúde em efetivá-la. Essa resistência pode levar à subnotificação dos casos, o que prejudica a visualização da prevalência dessa forma de violência.

Uma razão para isso pode ser a existência de receio por parte dos profissionais de saúde em efetivar a notificação compulsória, o que foi ressaltado por três dos entrevistados, como aparece no depoimento a seguir:

[...] os profissionais de saúde têm muito receio até em atender, até em chegar ao caso. Dizem: ‘Ah! Isso não é para mim’. É receio, até de preencher a ficha de notificação, a gente vê muito isso, porque antes o profissional assinava então eles não queriam assinar essa ficha de notificação, aí liberaram para o gerente do centro de saúde assinar [...] é muito falho, tem gente que não notifica, tem receio. Tem as fichas de notificação, mas a pessoa tem receio de preencher (Profissional de Saúde 04).

Esse receio pode estar relacionado à idéia de que a notificação estaria associada à denúncia daquela situação de violência, quando na realidade é uma medida de caráter sigiloso, voltada somente para fins epidemiológicos (PHEBO, 2007). Não implica, portanto, punições de ordem jurídica ou denúncia policial (PHEBO, 2007). O receio de que o ato de notificar traga implicações para o profissional de saúde é evidenciado no discurso de um entrevistado:

Eu acho que (a notificação compulsória) deveria ser feito, é uma boa idéia, só que a maioria dos profissionais comuns de saúde não quer envolvimento com a polícia, não quer envolvimento com juiz, não quer envolvimento com processo judicial, que a gente tem que parar a nossa vida para ir lá, o tempo todo estar respondendo a injunções da justiça sobre um caso ou outro. Se a gente puder evitar problemas com a justiça, a gente quer paz pra tocar a nossa vida. Então quando chega paciente envolvido com um problema de violência qualquer, sempre que possível a gente encaminha para os funcionários próprios que estão mexendo com a área (Profissional de Saúde 05).

Tal receio pode levar a um repasse desse compromisso ético de um profissional a outro e assim, por diante. As declarações de um dos profissionais entrevistados permitem inferir que geralmente essa obrigação fica a cargo do serviço social:

Tem a ficha de notificação, que inclusive essa ficha é uma briga danada, porque na verdade essa notificação não é do serviço social, é do profissional de saúde então, às vezes, de violência contra a mulher não, mas a gente já perdeu de estar notificando suspeita de violência contra a criança porque está ali a ficha e a enfermeira (falou): ‘Ah! Você volta outro dia para o serviço social’ [...]. Falta muito, a gente está num empurra-empurra. (Profissional de Saúde 03)

Essa observação feita pela entrevistada pode sugerir que nos centros de saúde pesquisados, o profissional de serviço social seja visto como o responsável pelo preenchimento da notificação compulsória. Como quatro dos questionários aplicados para a coleta desses dados foi preenchido por enfermeiras-chefe da sala da mulher, pode ser que haja a expectativa de que a notificação será efetivada por esse profissional, já que a orientação

institucional mais presente refere-se ao encaminhamento dos casos ao serviço social da unidade básica de saúde.

Sobre a atuação do serviço social, os dados da tabela permitem concluir que a assistente social aparece como uma profissional-chave para lidar com os casos de violência contra as mulheres que cheguem até às unidades básicas de saúde que possuem serviço social, o que será abordado a seguir.

4.2. A assistente social como profissional de referência nos centros de saúde para atender os casos de violência contra as mulheres

A assistente social, tanto nos dados coletados por questionários como na fala dos profissionais de saúde entrevistados, foi apresentada como a profissional de referência nas unidades básicas de saúde para estabelecer os encaminhamentos necessários aos casos de violência contra as mulheres que chegam aos centros de saúde. Nas seis unidades de saúde pesquisadas, foi referido nos questionários que os casos de violência doméstica deveriam ser encaminhados ao serviço social do centro de saúde, enquanto em relação à violência sexual, somente uma unidade não mencionou esse serviço.

A participação da assistente social, nos discursos dos demais profissionais de saúde entrevistados, aparece associada ao preenchimento da notificação compulsória de casos de violência e ao acolhimento de mulheres em situação de violência. Além disso, a assistente social foi vista, por 2 (dois) profissionais de saúde, como aquela que melhor poderia efetivar o encaminhamento dos casos de violência para outros serviços, no sentido de identificar quais outras instituições poderiam acolher a mulher em situação de violência. Ressalta-se que as 3 (três) agentes comunitárias de saúde entrevistadas também identificaram a assistente social como a profissional de referência para encaminhar as mulheres em situação de violência que, porventura, venham a atender.

Essa identificação da assistente social como a profissional específica para se encaminhar as situações de violência em geral, pode estar associada ao entendimento, apontado por Minayo (2007), da violência como um problema social e não médico sanitário. A entrada da violência no campo da saúde pública sofre influências da visão biomédica predominante no campo, muito relacionada a cura de doenças e a procura de sintomas físicos. Isso pode fazer com que os médicos e enfermeiras que atendam pessoas em situação de violência restrinjam a sua atuação à cura de lesões e ferimentos decorrentes dos episódios violentos. Assim, uma atuação relativa à investigação do porquê da violência e de quais os

possíveis encaminhamentos para se romper com essa situação ficaria a cargo do profissional mais relacionado a uma dita dimensão social.

Com base nesses dados é possível afirmar a necessidade desse tema ser incorporado ao processo de formação do assistente social, bem como nas orientações para o seu trabalho nas unidades de atenção básica à saúde. Sobre esse aspecto, no *Manual de Procedimentos do Serviço Social em Atenção Básica na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal* (BRASIL, 2006b), são apresentadas algumas diretrizes para a atuação da assistente social nos serviços de atenção básica à saúde relacionadas à prevenção da violência contra as mulheres e ao acolhimento das mulheres em situação de violência.

Esse documento apresenta a seguinte base de atuação para o serviço social no nível de atenção básica à saúde em relação aos casos de violência contra as mulheres: “acolher e apoiar as mulheres nas suas diversas demandas da problemática de enfrentamento à violência, propiciando escuta e acolhimento com objetivos de identificar situações ou indicadores de risco para a violência” (BRASIL, 2006b, p. 60). Essa base de atuação evoca ações que propiciem a abertura do diálogo e da possibilidade de ajuda e a identificação em conjunto de fatores que possam potencializar a ocorrência de violência. Reforça, desse modo, uma atuação que vá além do atendimento a mulheres cuja situação de violência já esteja identificada.

A partir das entrevistas realizadas com as assistentes sociais foi possível levantar algumas atividades do serviço social relacionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito dos centros de saúde estudados. Essas compreendem a abordagem do tema nas palestras que são realizadas dentro das ações de saúde da mulher, o atendimento individual a mulheres em situação de violência e, no caso de um centro de saúde, o acompanhamento de mulheres em situação de violência sexual, como integrante de equipe multidisciplinar. A realização de visitas às mulheres agredidas, bem como aos agressores também foi apontada como uma possível ação.

Importante dizer que não consistiu objetivo da presente pesquisa avaliar a atuação do serviço social em relação à violência contra as mulheres. Entretanto, entendeu ser necessário salientar esses aspectos em função da proeminência atribuída à assistente social para lidar com as situações de violência contra a mulher que chegam até às unidades básicas de saúde.

4.3. O atendimento nos centros de saúde às situações de violência contra as mulheres

No setor saúde, as emergências hospitalares aparecem como o primeiro foco de atenção a receber demandas relacionadas à violência contra as mulheres, em função da busca por tratamento às consequências físicas de uma agressão (D’OLIVEIRA, 1996). Assim

acredita-se que esses casos não costumam chegar as unidades básicas de saúde. Em consonância com essa visão, 5 (cinco) dos profissionais de saúde entrevistados referiu que a chegada aos centros de saúde de casos de mulheres em situação de violência raramente acontece nas unidades básicas de saúde em que trabalham. Apenas 1 (um) dos 6 (seis) profissionais de saúde entrevistados afirmou já ter atendido casos declarados de violência contra as mulheres, isso é, que a mulher tenha afirmado estar em situação de violência. Tratou-se de 2 (dois) casos de violência sexual atendidos por uma assistente social.

Dados relativos à notificação de casos e suspeitas de violência contra as mulheres, obtidos junto à Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde de Ceilândia, apontam que esses casos aparecem com maior frequência na unidade hospitalar desta região administrativa. Durante o período de janeiro a setembro de 2008 foram notificados nessa regional de saúde 36 casos de violência contra as mulheres, numa média de 4 casos por mês. Somente em 2 desses casos a notificação compulsória foi efetivada em um centro de saúde, sendo que os demais 34 casos foram notificados no âmbito do Hospital Regional de Ceilândia.

Tais dados abrem a possibilidade para um conjunto de hipóteses relativas a procura por parte de mulheres em situação de violência aos serviços de saúde. A primeira é de que tais serviços só estão sendo ativados por essas mulheres quando elas se encontram em situações agudas de violência, nas quais necessitam de cuidados médicos relativos a traumas e lesões, ou quando vítimas de violência sexual, já que 17 notificações se referiram à violência sexual. Daí a procura por emergências hospitalares e não por centros de saúde, mais relacionados a cuidados básicos de saúde. Além disso, sugere que as mulheres em situação de violência ainda não reconhecem os centros de saúde como espaços de apoio e escuta desse problema.

Por outro lado, a autora D'Oliveira (1996) ressalta a possibilidade de muitas das queixas apresentadas pelas mulheres aos serviços de atenção básica estarem relacionadas à vivência de episódios violentos. É o caso das dores crônicas, de problemas relacionados à saúde reprodutiva e sexual, de queixas relacionadas à depressão, à hipertensão arterial, dentre outras. Tal aspecto sugere que é possível que mulheres em situação de violência estejam sendo atendidas nos centros de saúde, mas a partir de demandas indiretas, ainda que relacionadas à vivência de uma situação violenta. Isso poderia indicar que os profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde ainda não estão conseguindo detectar suspeitas de casos de violência contra as mulheres, que não sejam relacionadas a lesões físicas. Em outras palavras, a violência só está sendo notificada quando a mulher se queixa explicitamente de ser agredida.

Em relação às suspeitas de casos de violência, apenas 2 (dois) dos 6 (seis) profissionais entrevistados referiram já ter suspeitado de que a mulher atendida estivesse sendo vítima de violência. Um desses profissionais narrou ter atendido casos de suspeita de estupro e sedução sexual de adolescentes, suspeitas essas, levantadas geralmente pelas mães das adolescentes. Nesses casos, o exame físico não foi feito e a responsável pela adolescente foi orientada a procurar a delegacia ou o IML, para a realização de um laudo especializado.

Ademais, os 2 (dois) profissionais afirmaram que em casos de suspeita de violência somente são efetivadas orientações se a mulher confirmar a ocorrência da agressão ou abuso. Ressalta-se que também não foi efetivado qualquer registro ou notificação da suspeita conforme preconiza a Lei nº 10.778, que estabelece a notificação compulsória não só dos casos de violência contra as mulheres atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, mas também das suspeitas de violência contra as mulheres. (BRASIL, 2003b).

Ainda sobre esse aspecto foi questionado aos profissionais qual a opinião deles a respeito da busca ativa pelas situações de violência em casos de suspeita. Essa busca ativa é recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (HARTIGAN, 1997) e consiste em questionar as mulheres sobre a ocorrência de violência, mediante um diálogo com as usuárias que extrapole a busca por sintomas e queixas. Dos profissionais entrevistados, 4 (quatro) mostraram-se favoráveis à adoção desse procedimento. Isso sugere uma aceitação por parte desses profissionais sobre a necessidade de identificar mulheres que estão em situação de violência, como um primeiro passo para a intervenção, sendo a busca ativa um mecanismo efetivo para esse objetivo. Tal aspecto é expresso na declaração a seguir:

Eu pergunto para todas se são vítimas de violência. Qualquer lesão, hematoma, trauma, uma lesão anal, ferimento anal, qualquer coisa de ordem ginecológica ou mamária que ela tenha uma queixa, a gente pergunta. Se tem algum sinal que se faça pensar em violência, a gente pergunta, se ela confirma a gente encaminha (Profissional de Saúde 05).

Essa aceitação por parte dos profissionais não sinaliza, no entanto, que não exista constrangimento por parte deles em relação a uma atuação frente a essas situações, como é possível notar nesse depoimento:

Eu tenho dificuldade, apesar de perguntar, eu tenho dificuldade de chegar até a mulher e perguntar isso, mas vou ter que fazer isso em prol de tentar ajudar, mas eu acho que o pior é falta de preparo mesmo, eu não estou preparada para isso (Profissional de Saúde 02)

Tal declaração demonstra a necessidade de preparar os profissionais de saúde para questionar de forma apropriada e confidencial a ocorrência de violência (HANE E ELLSBERG, 2002), pois o primeiro passo para sair dessa situação é reconhecer a sua presença (HARTIGAN, 1997). Essa ação possibilita às usuárias romperem com o isolamento e o silêncio, assim como conhecerem os recursos que existem para ajuda-las, conforme a decisão que tomarem (HARTIGAN, 1997).

Para isso ser possível, o atendimento não deve se restringir a uma aproximação biomédica, focada na procura de patologias e cura de doenças, mas sim possibilitar um espaço de escuta para os problemas das usuárias que não são de ordem médica (GOMES et al, 2005; SCHRAIBER e D' OLIVEIRA, 1999). É preciso ir além do tratamento de lesões e ferimentos, pois as consequências da violência à saúde das mulheres são apenas um fragmento de uma realidade de opressão por elas vivenciada. O dano físico trata-se somente de uma dimensão da violência, qual seja a sua manifestação aparente, não podendo se esquecer do seu contexto determinante.

Um dos profissionais também ressaltou a necessidade de levar em conta a autonomia da usuária em revelar ou não a situação de violência, estando a atuação médica dependente do consentimento da mulher em discutir essa questão. Ressalta-se que a autonomia dessas mulheres deve ser levada em conta não somente no momento de questionar a ocorrência de violência, mas também nos encaminhamentos. Desse modo, existe a necessidade de que os profissionais de saúde respeitem a autonomia das mulheres para decidirem o que farão diante da situação de violência (HANE, ELLSBERG, 2002; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 1999).

Assim, para apreender a conduta dos profissionais de saúde entrevistados frente aos casos de violência contra as mulheres, foi perguntado a eles como atuariam diante de um caso em que a mulher atendida se declarasse ser vítima de violência. Em geral, predominaram condutas relativas a prestar atendimento médico, encaminhar para o serviço social e orientar sobre a procura da delegacia. Um dos profissionais de saúde também ressaltou o encaminhamento para o hospital, uma vez que, tendo como parâmetros os níveis de complexidade do SUS, os casos atendidos nos centros de saúde que extrapolam esse nível de atenção devem ser encaminhados para o nível de atenção secundária, isso é, os hospitais.

Entre as declarações dos profissionais relacionadas a esse atendimento, chama atenção que somente 2 (dois) profissionais mencionaram a notificação dos casos e 1 (um) profissional mencionou o registro da violência no prontuário da usuária. Essa informação relaciona-se a evidências apontadas por estudos científicos de que esse tipo de violência ainda é pouco identificado pelos profissionais de saúde, o que ocasiona o sub-registro dos casos (GIFFIN,

DANTAS-BERGER, 2007; HEISE, 1994; KRONBAUER, MENEGUEL, 2007; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999). Ainda que os profissionais atendam e dêem encaminhamentos às situações de violência contra as mulheres que chegam até eles, nem todos efetuam a identificação formal desses casos o que contribui para que a violência contra as mulheres continue a ser invisibilizada. A baixa notificação e registro dessas situações dificulta a reunião de informações sobre o problema que possam subsidiar o planejamento de ações futuras para o seu enfrentamento.

4.4. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre as possibilidades e dificuldades para abordar o tema da violência contra as mulheres nos centros de saúde

Por estarem inseridos na dinâmica cotidiana do trabalho nos centros de saúde, os profissionais de saúde atuantes nessas unidades possuem uma visão privilegiada sobre as atividades e serviços por elas oferecidas. Por isso, foi explorada nesta pesquisa qual o ponto de vista desses profissionais a respeito da possibilidade de participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres.

Em geral, na perspectiva desses profissionais, os centros de saúde podem trazer contribuições nesse sentido. Apenas um deles manifestou uma opinião contrária, ressaltando que atualmente não haveria condições para que os centros de saúde pudessem fazer qualquer tipo de intervenção voltada para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Nos depoimentos favoráveis é possível notar que, sob o ponto de vista desses profissionais, o papel dos centros de saúde em relação a esse tipo de violência encontra-se relacionado prioritariamente às práticas educativas que são implementadas no âmbito dessas unidades.

Foram ressaltadas como possíveis ações o uso dos meios de comunicação dos centros de saúde, como cartazes, para oferecer orientações para os usuários dos serviços; a realização de orientações dentro das palestras educativas ligadas à atenção à saúde da mulher; a abordagem do assunto nos acolhimentos realizados na Sala da Mulher e mesmo um acompanhamento a longo prazo das mulheres em situação de violência, ressaltando a necessidade de um melhor suporte institucional para isso. Interessante notar que não se tratam de ações focadas somente no atendimento imediato às mulheres que estejam em situação de violência, mas são propostas voltadas para a prevenção da violência e acompanhamento dessas mulheres, indo além de uma dimensão curativa.

Essa contribuição por parte dos centros de saúde foi vista por 2 (dois) profissionais de saúde como já presente nas unidades de saúde em que atuam. Foi ressaltado por um dos profissionais que orientações sobre o tema já vêm sendo incluídas nas palestras educativas de

programas como o pré-natal e o planejamento familiar. O outro profissional entendeu que as palestras tradicionais do PAISM já cooperam de forma indireta para reduzir a violência ainda que não abordem o tema diretamente.

Assim, na perspectiva dos profissionais, foi resgatada em grande parte a orientação educativa para lidar com a saúde da mulher trazida pelo PAISM (D'OLIVEIRA, 1996). Esse programa apresenta uma gama de ações que favorecem o contato com as mulheres, por meio de ações educativas em saúde. Logo, nos depoimentos dos profissionais é possível perceber a possibilidade de se estabelecer uma interligação entre as ações preventivas do PAISM e o enfrentamento da violência contra as mulheres. Como essas ações são implementadas, em sua maior parte, nos centros de saúde, as unidades básicas de saúde podem, de fato, oferecer subsídios para a discussão do tema da violência, das construções de gênero e das relações afetivas entre os casais. Podem ser ainda sentinelas para a detecção precoce dos casos de violência devido ao amplo contato com as mulheres.

Nas entrevistas realizadas também se buscou identificar se existiriam limitações e dificuldades para que o tema da violência fosse abordado nas unidades básicas de saúde. No conjunto dos depoimentos, foram identificadas dificuldades por 4 (quatro) dos 6 (seis) profissionais entrevistados. Os demais entenderam que o amplo contato com as mulheres, possibilitado pelas atividades existentes nos centros de saúde, propicia situações favoráveis para a abordagem dessa questão.

A falta de treinamento dos profissionais de saúde apareceu, no discurso dos entrevistados, como a principal dificuldade para abordar o tema da violência contra as mulheres dentro das unidades básicas de saúde, seguida pelas limitações estruturais, como falta de pessoal e de espaço físico. Um dos entrevistados ressaltou uma falta de suporte para encaminhamento, o que denota falhas na rede de atenção às mulheres em situação de violência.

Abordando primeiramente o aspecto da falta de treinamento, somente 1 (um) dos 6 (seis) entrevistados manifestou ter tido contato com o tema da violência contra as mulheres no período de formação, mas de forma não específica. Isso pode relacionar-se ao período de formação desses profissionais, situado na década de 1980, já que em média os profissionais de saúde participantes dessa pesquisa têm 22,5 anos de formação. Nessa década a questão da violência começava a aparecer como um assunto pertinente à política pública brasileira e iniciava-se a sua discussão como uma questão de saúde pública. Como se tratava de um movimento inicial é possível afirmar que o tema ainda não se achava incorporado nos currículos universitários.

Ressalta-se, todavia, que os profissionais de saúde, quando terminam os seus estudos, deveriam estar preparados tanto para reconhecer os sinais de violência, como para dar respostas apropriadas a essa situação (KRUG et al, 2003). Logo, medidas importantes para o enfrentamento da violência contra as mulheres relacionam-se a inclusão desse tema nos currículos de formação médica, bem como a disponibilização de treinamento continuado (HANE e ELLSBERG, 2002).

Embora todos os profissionais de saúde entrevistados reconheçam a necessidade de um treinamento específico para lidar com a violência contra as mulheres, a participação em algum treinamento ou capacitação sobre o tema foi referido por somente 2 (dois) entrevistados, ambos assistentes sociais. Importante dizer, que a capacitação técnica e emocional dos profissionais de saúde para trabalharem com a temática da violência faz-se necessária para que eles possam lidar com seus próprios preconceitos e crenças e estejam aptos para prover um atendimento adequado às mulheres em situação de violência (HANE; ELLSBERG, 2002).

A falta de interesse apareceu como o principal motivo para a não participação nessas capacitações e treinamentos, o que pode estar relacionada à baixa demanda relativa a casos declarados de violência contra as mulheres para os profissionais que atuam em centros de saúde. Ademais, 5 (cinco) dos 6 (seis) entrevistados consideram que os profissionais de saúde não estão preparados para lidarem com situações de violência contra as mulheres que venham a atender, justamente pela falta de treinamento. Tais constatações apontam que a maior parte dos profissionais de saúde entrevistados, embora identifiquem a falta e a necessidade de treinamento para lidarem com situações de violência contra a mulher, ainda encontram-se pouco motivados a participarem dessas capacitações, o que pode refletir nos atendimentos prestados e na detecção e identificação de casos dessa natureza.

A outra dificuldade levantada pelos profissionais de saúde reside em aspectos da estrutura dos próprios centros de saúde. A falta de pessoal esteve presente na fala de 2 (dois) profissionais e 1 (um) dos entrevistados ressaltou limitações relacionadas ao espaço físico dessas unidades, que dificultam a abordagem do tema junto às mulheres que cheguem a esses serviços. O depoimento abaixo expressa esse ponto de vista sobre as dificuldades para abordar esse assunto nos centros de saúde:

Primeiro a falta de pessoal, porque a área da saúde está capengando, não tem ninguém para fazer quase nada [...]. A área física também, nós já estamos assim... não tem mais lugar [...] uma das dificuldades é isso: que acolhimento você vai ter para essa mulher? Na sala da mulher, normalmente

tem o quê? Três, quatro funcionárias pra estar ali fazendo, os privilegiados para fazer seriam os médicos, mas o resto não tem, e quando tem é horrível (Profissional de Saúde 04).

A partir desse fragmento pode-se afirmar que somente a capacitação dos profissionais antes discutida, não garantirá as mudanças necessárias para a abordagem nas instituições de saúde da violência contra as mulheres. São necessárias mudanças na estrutura dos serviços e mesmo uma mudança na cultura institucional, com a criação de mecanismos e instrumentos que possam subsidiar a atuação dos profissionais.

Nesse ponto, são necessárias mudanças até mesmo ao nível da Secretaria de Saúde no sentido de criar incentivos para os profissionais de saúde que se dispõem a pensar ações voltadas para o enfrentamento da violência. Sobre esse aspecto, a falta de apoio institucional aparece no discurso de 1 (um) dos profissionais entrevistados como um dos fatores que levam a pouca abordagem da violência contra as mulheres nesses centros de saúde:

Eu acho que é próprio da instituição, não estar dando esse suporte, eu me lembro muito bem que as colegas tentaram implantar esse serviço de violência doméstica contra criança, adolescente, idoso, qualquer um e, assim, é difícil. Para começar não tem funcionários, está uma escassez de mão de obra danada e, quando tem, eles (a instituição) não liberam esse profissional. (Profissional de Saúde 03).

A efetivação de mudanças que propiciem a abordagem da violência contra as mulheres dentro das unidades básicas de saúde apresenta uma dimensão política, relacionada à vontade institucional em promover ações que busquem abordar essa questão. A promoção de ações institucionais pode ser limitada pela baixa frequência de queixas explícitas de violência por parte das mulheres atendidas nos centros de saúde. Sobre isso, na perspectiva de 3 (três) entrevistados o fato de casos declarados de violência contra as mulheres raramente chegarem aos centros de saúde é mais um dos fatores que ocasiona a pouca abordagem do assunto dentro dessas unidades.

A baixa demanda relacionada aos casos declarados de violência contra as mulheres leva ao entendimento de que essa violência não seria um tema importante ou relevante para ser abordado nas unidades básicas de saúde. Contudo, esse pensamento filia-se à perspectiva de uma atuação da área da saúde frente à violência contra as mulheres restrita a uma intervenção dirigida a situações violentas já instaladas e muitas vezes em uma fase aguda. Esquece-se da possibilidade de atuação na prevenção desses casos, onde os centros de saúde e

o nível de atenção básica à saúde como um todo, mostram-se como espaços privilegiados para implantação, sobretudo, de ações de prevenção primária à violência.

4.5. A violência contra as mulheres e a atuação dos agentes comunitários de saúde

Além dos profissionais que atuam nas especialidades básicas de atenção à saúde, os centros de saúde passaram a contar, desde 1997, com a atuação de agentes comunitários de saúde – ACS, dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Esses agentes atuam diretamente nas comunidades, promovendo uma ligação efetiva entre elas e as unidades de saúde. A fim de aprofundar o estudo da participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres, viu-se como necessário entrevistar os agentes comunitários de saúde para investigar como as situações de violência contra as mulheres perpassam a atuação desses agentes e identificar suas perspectivas sobre as possibilidades de ação do PACS frente a esse problema.

Diferentemente dos profissionais de saúde entrevistados, todas as 3 (três) agentes comunitárias de saúde participantes da pesquisa, relataram já ter entrado em contato com um caso no qual houvesse uma situação de violência contra as mulheres. A denúncia dos casos chegou até as ACS via suspeitas de terceiros. Todos se configuravam como casos de violência doméstica contra a mulher, com implicações físicas em dois deles e implicações psicológicas no terceiro. Sendo assim, nota-se que os agentes comunitários de saúde, por estarem próximos à comunidade, ocupam um lugar privilegiado para a detecção de casos de violência, sobretudo, violência doméstica, já que os ACS assistem a um conjunto de famílias a partir de visitas periódicas às suas residências.

Foi possível notar, entretanto, um despreparo por parte das ACS entrevistadas para lidar com esses casos. O procedimento adotado pelas 3 (três) entrevistadas frente às situações de violência contra a mulher foi recorrer ao enfermeiro coordenador da equipe do PACS dos centros de saúde em que atuam, para buscarem orientações sobre o que deveria ser feito. Ao final, nos 3 (três) casos não houve encaminhamentos relativos à situação de violência, no sentido de abordar essa questão junto à mulher agredida. A atenção restringiu-se ao atendimento médico às consequências da violência.

As ACS manifestaram uma falta de abertura para o diálogo por parte das mulheres em situação de violência, tendo isso aparecido como uma barreira para que fosse empreendida qualquer ação voltada para a discussão do episódio violento, bem como para a efetivação de encaminhamentos para o enfrentamento dessa situação. Tal aspecto é evidenciado no seguinte depoimento:

Somente chamei o enfermeiro para fazer procedimento na senhora, nenhuma providencia em relação à segurança dela, principalmente porque ela mesma não falou nada pra mim. O máximo que aconteceu foi eu buscar informações sobre o que eu poderia fazer com o meu chefe que é o enfermeiro, que a gente buscou saber se o caso tinha que ser levado à assistente social do posto, ou alguma coisa do tipo. Mas ela não abriu o caso para a mim a gente não teve como fazer nada (ACS 03)

Assim, não havendo manifestação por parte da mulher agredida, a intervenção dos ACS não se estendeu além dos cuidados médicos. Ressalta-se que muito embora as mulheres atendidas não tenham se declarado *vítimas* de violência, os ACS também apresentaram limitações para abrir um espaço de escuta e diálogo. Nenhuma das 3 (três) ACS efetivou uma busca ativa pela situação de violência, isso é, elas não perguntaram diretamente às mulheres atendidas se elas estariam vivenciando situações de violência.

Os motivos para não questionarem a mulher sobre a ocorrência de violência estiveram ligados à afirmação de que as mulheres atendidas não abriram espaço para a efetivação de uma pergunta nesse sentido. Assim, não questioná-las foi visto como uma forma de respeito à privacidade delas. Ressalta-se, no entanto, que essa afirmação das ACS pode estar relacionada a um entendimento de que as mulheres em situação de violência, em geral, não desejam falar sobre o assunto, o que é contestado por algumas pesquisas qualitativas (DESLANDES et al, 2000; GIFFIN, DANTAS-BERGER, 2007).

A falta de preparo dessas profissionais para lidarem com esses casos fica evidenciada quando se nota que nenhuma das 3 (três) entrevistadas havia feito qualquer tipo de treinamento ou capacitação voltada para o tema da violência contra a mulher. Além disso, durante a formação para ser agente comunitário de saúde o tema parece igualmente não ter sido abordado, pois 2 (duas) ACS manifestaram não lembrarem se o assunto foi abordado ou não na formação. A outra agente declarou que, em seu treinamento, foi somente abordada a violência contra a criança.

Isso demonstra que, não obstante os casos de violência contra as mulheres cheguem até os agentes comunitários de saúde, esses não podem oferecer um atendimento adequado a essas mulheres, por estarem despreparados para isso. Cabe dizer também que falta apoio institucional a esses profissionais, uma vez que 2 (duas) das entrevistadas manifestaram jamais ter chegado qualquer tipo de orientação institucional sobre como proceder nesses casos. A outra entrevistada relatou que a única orientação existente compreende o encaminhamento da mulher agredida para a assistente social do centro de saúde. Também manifestaram jamais ter tido acesso a rotinas ou protocolos de atendimento desses casos.

Além disso, cabe ressaltar que todas as agentes desconheciam a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher. Logo, é possível sugerir que as 3 (três) situações de violência atendidas por essas agentes não foram registradas ou notificadas. Mais uma vez incorre-se no ocultamento dessas situações e no sub-registro dos casos de violência contra as mulheres.

Importante dizer que a falta de treinamento foi vista por duas agentes comunitárias como uma das dificuldades dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde para abordar o tema da violência contra as mulheres. O conjunto de entrevistadas considera ser importante um treinamento para lidar com essas situações e declarou que os agentes comunitários de saúde, em geral, não estão preparados para abordar esse assunto. O depoimento a seguir expressam esses pontos de vista:

Eu acho (necessário), porque quando você encontra você não sabe nem o que falar para a mulher. E até abordar mesmo, ter uma psicologia para você saber abordar sem entrar muito na intimidade dela (ACS 02).

Além do treinamento foi apontada como uma outra dificuldade a exposição do agente comunitário devido a sua proximidade com a comunidade. No conjunto das entrevistadas, 2 (duas) ACS afirmaram que o fato de morarem na comunidade que assistem, faz com que uma intervenção em um caso de violência possa colocá-las em situação de risco, assim como suas famílias. Esse também foi um motivo trazido por essas agentes para, sob sua perspectiva, não haver possibilidade de intervenção do PACS em relação à violência contra a mulher:

Porque como profissional é delicado eu chegar e falar bem assim: “Ah! Você tem que denunciar, fazer bem assim”. Agir de forma educativa, porque eu poderia sofrer represálias, porque eu trabalho na área há dois anos e oito meses e é a área que eu moro, quer dizer se ele faz violência com uma pessoa de casa o que ele não faria com uma intrusa (ACS 03).

Sendo assim, a ação do agente comunitário, na perspectiva dessas entrevistadas, é limitada pela sua proximidade com a comunidade, que aparece também como um fator que desestimula os profissionais a abordarem individualmente o assunto com as mulheres que são atendidas. Esse ponto de vista traz implicações igualmente sobre a visão dessas 2 (duas) ACS e sua possibilidade de intervenção nos casos de violência que, para elas, é vista como inexistente.

A opinião dessas agentes comunitárias contrasta com o ponto de vista da outra entrevistada de que a proximidade com a comunidade assistida poderia potencializar a ação

do ACS frente aos casos de violência contra a mulher, devido ao estabelecimento de um vínculo com essa comunidade:

Eu acho que quando se criar um vínculo mesmo, eu acho que vai facilitar. Eu era de outra equipe onde eu tinha muito vínculo, aqui como eu sou novata, eu não tenho ainda esse vínculo (ACS 02).

Sob a perspectiva dessa entrevistada existe a possibilidade de intervenção do PACS em relação à violência contra a mulher, seja por meio de palestras, repasse de informações ou disponibilização de cartilhas sobre o tema. Ademais, a entrevistada entende que o próprio agente comunitário de saúde pode intervir nesses casos a partir de aconselhamentos e esclarecimentos. Assim, na perspectiva dos agentes comunitários de saúde, a possibilidade de intervenção do PACS em relação à violência contra as mulheres parece relacionar-se com a forma que esses agentes perspectivam a sua proximidade com a comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo partiu-se de uma perspectiva de que é possível prevenir a violência contra as mulheres e de que o setor saúde pode trazer contribuições nesse sentido. Com base nas características intrínsecas ao nível de atenção básica à saúde, entende-se que esse nível de atenção à saúde possui um papel a desempenhar no enfrentamento à violência contra as mulheres. Os centros de saúde, em particular, são os locais em que são implementadas ações preventivas voltadas para a saúde da mulher sob o marco do PAISM e, por isso, são vistos como locais propícios para se abordar a temática da violência contra as mulheres devido ao amplo contato com esse segmento populacional.

Tendo como objetivo central dessa pesquisa identificar a participação das unidades básicas de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres verificou-se que os centros de saúde podem contribuir para esse enfrentamento e que algumas ações nesse sentido já têm sido implementadas, como palestras e acompanhamentos de mulheres em situação de violência sexual. Ademais, as ações educativas em saúde desenvolvidas nessas unidades se mostraram, na perspectiva dos profissionais de saúde, como espaços para abordar o assunto nos centros de saúde, propiciando a implantação de ações de prevenção primária a essa forma de violência.

As ações educativas ligadas ao PAISM são espaços que devem ser ativados para a discussão desse problema, seja por meio de palestras, distribuição de material educativo, ou mesmo da abertura de um espaço de apoio para as mulheres que queiram discutir suas relações afetivas e intrafamiliares. Ademais, os centros de saúde podem ser locais para a promoção de acompanhamento psicossocial de mulheres que vivenciam ou vivenciaram situações de violência. A formação de grupos de terapia comunitária ou mesmo o acompanhamento individual dessas mulheres podem favorecer o fortalecimento delas e a ruptura com uma situação de isolamento.

É bem verdade que ações desse tipo esbarram na vontade institucional e na própria estrutura dos centros de saúde que contam com limitações ligadas ao espaço físico, a falta de pessoal ou mesmo à falta de treinamento dos profissionais de saúde para abordarem esse tema. Ainda assim, como mostrado nessa pesquisa é possível fazer algo, como sinalizar durante as palestras do pré-natal ou do planejamento familiar que aquela unidade de saúde pode ser procurada para se discutir esse assunto. É preciso que as mulheres que vivenciam situações de violência reconheçam esses serviços como espaços de ajuda, apoio e escuta, a fim de romperem com o ciclo de violência. Embora a relação entre os gêneros se dê de forma

desigual, o poder entre homens e mulheres tem um caráter relacional, de forma que as mulheres apresentam um papel ativo dentro dessas relações e podem ser sujeitos de mudança da situação violenta vivenciada.

As unidades básicas de saúde podem, de fato, ser ativadas como mais um instrumento dentro do setor saúde para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Embora sejam necessários serviços de acolhimento para as mulheres dentro das emergências hospitalares, o papel do setor saúde não pode restringir-se ao tratamento das consequências físicas da violência. Existe a possibilidade de prevenir que os eventos violentos ocorram ou que se agravem até o ponto da mulher necessitar recorrer a uma emergência hospitalar

Essas unidades podem contribuir para a prevenção, identificação e encaminhamento das situações de violência contra as mulheres, mas para isso o treinamento dos profissionais de saúde deve ser uma prioridade. Nota-se, contudo, que ainda há uma participação insipiente por parte desses profissionais nas formações sobre o tema. É preciso também que eles conheçam a rede de apoio às mulheres em situação de violência e como ela funciona. Nesse ponto, pode-se destacar que as assistentes sociais, como profissionais de referência para lidar com os casos de violência contra as mulheres que chegam aos centros de saúde, devem ter esse tema incorporado a sua formação acadêmica e aos programas de formação continuada.

Por fim, chamou a atenção que, embora nos centros de saúde a frequência de atendimentos a casos de violência contra as mulheres seja baixa, eles são detectados pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas que realizam. Assim, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde aparece como uma ação ligada aos centros de saúde que pode contribuir para a detecção precoce dos casos de violência contra as mulheres que ocorrem no âmbito doméstico e/ou familiar. Entretanto, constatou-se os agentes comunitários de saúde encontram-se despreparados e sem suporte institucional para lidarem essas situações.

Esse programa, por suas características intrínsecas deveria ser mais bem explorado no seu potencial de identificação das situações de violência contra as mulheres e realização da conexão dessas mulheres com as unidades de saúde, sendo, nesse caso, uma porta de entrada para a rede de apoio às mulheres em situação de violência. O caminho para isso é instrumentalizar os agentes comunitários de saúde para irem além de uma atuação restrita ao cuidado de lesões e hematomas, pois esse pouco contribui para a ruptura do ciclo de violência. Muni-los de mecanismos para abordar o assunto junto às comunidades e às mulheres e para realizar o encaminhamento dos casos pode ser um primeiro passo para que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde seja ativado para a prevenção não só da violência contra as mulheres, mas da violência intrafamiliar como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Eurivaldo S.; CASTRO, Cláudio G. J.; VIEIRA, Carlos Alberto L. O conceito de saúde e do processo saúde-doença. In:_____. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. Vol 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. p. 1-13 (Série Saúde & Cidadania).

ANDRADE, Laura Helena S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n.2, p.43-54, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/pdf/43.pdf>>. Acesso em: 03/07/2008.

ANGULO-TUESTA, Antonia de Jesús. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 1997. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

BANDEIRA, Lourdes M.; SIQUEIRA, Deis. A perspectiva feminista no pensamento moderno contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, v. VII/2, n. 3, p. 263-284, 1997.

BANDEIRA, Lourdes M.; SUÁREZ, Mireya. Introdução a Gênero Violência e Crime no Distrito Federal. _____. (Orgs.). **Violência, gênero e crime no Distrito Federal**. Brasília: Paralelo 15, Editora Universidade de Brasília, 1999, p. 13-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências**. Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU Nº 96 Seção 1e – de 18/05/01. 2001b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília:SPM, 2003a.

BRASIL, Presidência da República. **Notificação Compulsória de Casos de Violência contra a Mulher**. Lei nº 10778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, 2003b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 22/07/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha**: lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília: SPM, 2006a.

BRASIL, Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Atenção à Saúde, Diretoria de promoção e Assistência à Saúde, Gerência de Serviço Social. **Manual de Procedimentos de Serviço Social em Atenção Básica na secretaria de estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: SPM, 2008.

BUTLER, Judith. Introducción. In: **Deshacer el Género**. Barcelona: Piados, 2006. p.13-34.

CHAUÍ, Marilena. Participando do Debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas Sociológicas da Mulher 4**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1985. p.23-62.

COSTA, Ana Maria. **Atenção integral à saúde das mulheres: quo vadis?** Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2004.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DANTAS-BERGER, Sônia M.; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde pública**, Rio de

Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/08.pdf>>. Acesso em: 05/06/2008.

DESLANDES, Suely F. et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan./mar., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000100013&Ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 05/06/2008.

DESLANDES, Suely F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DINIZ, Gláucia R. S.; PONDAAG, Miriam Cassia de M. A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. In: ALMEIDA, Angela Maria de O. (org.) et al. **Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano: Estudos em Representações Sociais (prelo)**. Brasília: Editora Universidade de Brasília - EDUnB, 2006, v. 1, p. 233-259.

DINIZ, Simone G. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. In: DINIZ, Simone G. SILVEIRA, Lenira P.; MIRIM, Liz A. (Orgs.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): Alcances e Limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 168-208.

D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher**. 2006. Dissertação (Mestrado em medicina) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

DREZETT, Jefferson. Violência sexual como problema de saúde pública. In: TAQUETTE, Stella R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p. 81-89.

GALVÃO, Elaine F.; ANDRADE, Selma M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.2, p. 89-99, mai./ago.,2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em:05/08/2008.

GIFFIN, Karen. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (supl.1), p. 146-155, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500010>. Acesso em: 05/08/2008.

GIFFIN, Karen; DANTAS-BERGER, Sônia M. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: TAQUETTE, Stella R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Romeu. et al. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p.117-140.

GOMES, Romeu. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. (Orgs.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p. 199-222.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: ANPOCS, 1993.

GROSSI, Patrícia K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M.J.M.; MEYER,D.E.; WALDOW,V.R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

GROSSI, Miriam P. et al (Orgs). **Depoimentos: trinta anos de pesquisas feministas brasileiras sobre violência**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006. p. 169-212.

HANE, Bárbara; ELLSBERG, Mary. Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. In: **OutLook**, Seattle, Washington, v. 20, n.1, p. 1-8, set/2002. Disponível em:<<http://www.bemfam.org.br/home/arquivos/outlook%2020.1.pdf>>. Acesso em: 28/08/2008.

HARAWAY, Donna. Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, n. 22, Jun 2004, p. 201-246. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332004000100014&Ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 05/10/2007.

HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue: ciencia, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari e SILVA, Tomaz Tadeu (Orgs.). **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 39-119.

HARTIGAN, Pamela. “La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer”. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 2, n.4, p. 290-294, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997001000023>. Acesso em: 10/07/2008.

HEILBORN, Maria Luiza; SORJ, Bila. Estudos de gênero no Brasil. **In: O que ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Sumaré/ANPOCS, 1999. p. 183-221.

HEILBORN, Maria Luiza. Violência e Mulher. In: VELHO, Gilberto e ALVITO, Marcos (orgs.). **Cidadania e violência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora FGV, 1996.

HEISE, Lori. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (supl. 1), p. 135-145, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a09.pdf>>. Acesso em: 03/07/2008.

KRONBAUER, José Fernando D.; MENEGUEL, Stela N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 695-701. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n5/26287.pdf>>. Acesso em: 03/07/2008.

KRUG, Etienne G. et al. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

MATTA, Gustavo C.; MOROSINI, Márcia V. G. Atenção Primária à Saúde. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (supl. 1), p. 07-18, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>>. Acesso em: 06/07/2008.

_____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, mai-jun, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300001> Acesso em: 20/06/2008.

_____. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.29, n. 1, p. 55-63, jan./abr.2005

_____. Violências e Acidentes na Pauta do Setor Saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

OEA. **Convenção Interamericana para Prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção de Belém do Pará. Junho, 1994. Disponível em: <www.ipas.org.br/rhamas/convencaobelem.html> . Acesso em: 15/08/2007.

OLIVEIRA, Eleonora M. Fórum Violência Sexual e Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 455-458, fev., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n2/22.pdf>>. Acesso em: 15/08/2007.

PISCITELLI, Adriana. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: COSTA, Cláudia de Lima e SCHIMIDT, Simone P. **Poéticas e Políticas feministas** Florianópolis: Editora das Mulheres, 2004. p. 43-65.

PHEBO, Luciana. Vigilância em saúde e a violência contra adolescentes. In: TAQUETTE, Stella R. (org). **Violência contra a mulher adolescente/ jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p.31-34.

REDE SAÚDE. **Dossiê violência contra a mulher**: panorama sobre a violência de gênero. 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Viol%EAncia%20Contra%20a%20Mulher.pdf>>. Acesso: em: 20/05/2008.

RIAL, Carmen; LAGO, Mara C.de S.; GROSSI, Miriam P. Relações sociais de sexo e relações de gênero: entrevista com Michèle Ferrand. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 677-690, dez, 2005.

ROCHA, Martha Mesquita. Violência contra a mulher. In: TAQUETTE, Stella R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p. 91-96.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 13, n. 4, p. 82-91, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010288391999000400009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05/09/2008.

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

SANTOS, Cecília M.; IZUMINO, Wânia P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **E.I.A.L. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe**, v. 16, n. 1, p. 147-164, 2005. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>>. Acesso em: 06/02/2008.

SCHRAIBER, Lilia B et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.4 p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.5, p. 11-26, ago, 1999. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/ingles/revista5/ensaio1.pdf>>. Acesso em: 23/07/2008.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, vol.16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SOARES, Bárbara M. Enfrentamento da violência contra mulheres: impasses e desafios. In: TAQUETTE, Stella R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p. 73-80.

SUÀREZ, Mireya; MACHADO, Lia Z.; BANDEIRA, Lourdes M. Violência, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

SUÀREZ, Mireya. Gênero: uma palavra para desconstruir idéias e um conceito empírico analítico. In: **Gênero no mundo do trabalho: I Encontro de Intercâmbio de Experiências do Fundo de Gênero no Brasil**. Brasília: Embaixada do Canadá, 2000. p.16-30

TELES, Maria Amélia de A.; MELO, Mônica de. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

VILLELA, Wilza V. e LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev./2007.

ZILBERMAN, Monica L.; BLUME, Sheila B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27 (supl. 2), p. 51-55, 2005.

APÊNDICE A

Questionário

Questionário nº _____ . **Centro de Saúde nº** _____ . **Data:** / / **2008**

1. Neste centro de saúde existe o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM?

1. () Sim 2. () Não

2. Quais serviços/programas são oferecidos por este Centro de Saúde para a atenção à saúde da mulher?

1. () Assistência ao pré-natal;
2. () Assistência ao puerpério;
3. () Planejamento Familiar;
4. () Prevenção do câncer de colo uterino;
5. () Prevenção do câncer de mama;
6. () Assistência ao climatério;
7. () Assistência às doenças ginecológicas;
8. () Prevenção, identificação e tratamento das DST/AIDS em mulheres;
9. () Controle da hipertensão arterial;
10. () Ações educativas sobre o corpo e sexualidade;
11. () Assistência à mulher vítima de violência;
12. () Outros _____

3. Existe alguma ação específica para abordar o tema da violência contra a mulher nesse centro de saúde?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, qual?

4. Quais programas ou ações oferecidos por este centro de saúde abordam o tema da violência contra a mulher?

1. () Assistência ao pré-natal;
2. () Assistência ao puerpério
3. () Planejamento Familiar
4. () Prevenção do câncer de colo uterino
5. () Prevenção do câncer de mama;
6. () Assistência ao climatério
7. () Assistência às doenças ginecológicas;
8. () Prevenção, identificação e tratamento das DST/AIDS em mulheres;
9. () Controle da hipertensão arterial;
10. () Ações educativas sobre o corpo e sexualidade;
11. () Assistência à mulher vítima de violência;
12. () Outros

5. Quais ações são desenvolvidas neste centro de saúde para abordar o tema da violência contra a mulher? (pode-se marcar mais de uma opção)

1. () Pergunta-se diretamente à mulher sobre a ocorrência de violência quando há suspeita para tal;
2. () Questionar sobre a ocorrência da violência como rotina do atendimento prestado às mulheres;
3. () Realização de grupos de discussão sobre o tema com os usuários deste centro de saúde;
4. () Palestras dentro dos programas de saúde da mulher;
5. () Acompanhamento de mulheres que tenham sofrido violência doméstica ou sexual;
6. () Distribuição de material educativo sobre o tema, como panfletos;
7. () Exibição de vídeos sobre o tema;
8. () Sensibilização com os profissionais de saúde sobre o tema;
9. () Uso de cartazes sobre o tema, colocados no centro de saúde.
10. () Outros

6. Os casos de violência doméstica contra a mulher atendidos por este centro de saúde, chegaram até a unidade via:

1. () Demanda espontânea;

2. () Encaminhados por hospitais;
3. () Encaminhados por instituições de fora do sistema de saúde;
4. () Os casos de violência doméstica contra a mulher não chegam até este centro de saúde;
5. () Outras _____

7. Os casos de violência sexual contra a mulher atendidos por esse centro de saúde, chegaram até a unidade via:

1. () Demanda espontânea
2. () Encaminhados por hospitais
3. () Encaminhados por instituições de fora do sistema de saúde
4. () Os casos de violência sexual contra a mulher não chegam até este centro de saúde
5. () Outras _____

8. Se o tema da violência contra a mulher não é abordado em nenhum programa ou ação oferecido por este centro de saúde, a que você atribui essa ausência? (pode ser marcada mais de uma opção)

1. () Falta de tempo
2. () Falta de recursos materiais
3. () Falta de recursos humanos
4. () Prioridade em outros programas
5. () Os casos de violência contra a mulher não chegam a este centro de saúde
6. () Outros _____

9. Qual a orientação institucional sobre como proceder em caso de suspeita ou constatação de algum caso de violência doméstica contra a mulher? (pode ser marcada mais de uma alternativa)

1. () Nenhuma;
2. () Fazer a notificação compulsória do caso;
3. () Encaminhar para o serviço social deste centro de saúde;
4. () Encaminhar para a Delegacia;
5. () Encaminhar para o Hospital;
6. () Encaminhar para serviços de referência como o projeto Violeta no HRAS ou o Programa Margarida no HRAN;
7. () Outras _____

10. Qual a orientação institucional sobre como proceder em caso de suspeita ou constatação de algum caso de violência sexual contra a mulher? (pode ser marcada mais de uma alternativa)

1. () Nenhuma;
2. () Fazer a notificação compulsória do caso;
3. () Encaminhar para o serviço social deste centro de saúde;
4. () Encaminhar para a Delegacia;
5. () Encaminhar para o Hospital
6. () Encaminhar para serviços de referência como o projeto Violeta no HRAS ou o Programa Margarida no HRAN;
7. () Outras _____

11. Existe algum protocolo de atendimento ou rotina de atendimento às mulheres que estejam em situação de violência doméstica?

1. () Sim
2. () Não

12. Existe algum protocolo de atendimento ou rotina de atendimento às mulheres que estejam em situação de violência sexual?

1. () Sim
2. () Não

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista – Profissionais de saúde

Bloco I – Atuação diante da violência contra as mulheres

1. Quais são as atividades que você desenvolve neste CS?
2. Você aborda o assunto da violência contra as mulheres em alguma das atividades que desenvolve neste CS?
3. Você já atendeu algum caso em que a mulher declarou explicitamente ser vítima de violência?
4. Com que frequência esses casos chegam a você?
5. Conte-me como esse caso chegou até você.
6. Como se deve proceder em casos como esses?
 - * registrar? Notificar?
 - * fazer encaminhamentos?
 - * como decidiu o que fazer?
 - * conversaram sobre o assunto?
7. Quais as dificuldades encontradas para realizar o atendimento desses casos?
8. Alguma vez você suspeitou que a mulher atendida sofria algum tipo de violência? (Em que situações?)
9. Com que frequência se dá essas suspeitas?
10. O que o levou a pensar que se tratava de uma mulher em situação de violência?
11. Conte-me qual foi a sua atuação nesses casos.
 - * perguntou diretamente sobre a ocorrência de violência
 - * constatou a ocorrência de violência?
 - * registrou? Notificou?
 - * fez encaminhamentos?
 - * como decidiu o que fazer?
 - * conversaram sobre o assunto?
12. Quais as dificuldades encontradas para realizar o atendimento desses casos?
13. No caso de encaminhamento dessas mulheres para qual serviço encaminharia?

(se o profissional nunca atendeu ou suspeitou de casos de violência doméstica contra a mulher, fazer as seguintes perguntas)

- Como você atuaria diante de um caso no qual a mulher trouxesse explicitamente a queixa de uma situação de violência?
- * Que estratégias o senhor usaria para abordar a questão?
- * Quais procedimentos adotaria? (notificação, encaminhamento)
- * Como decidiria o que fazer?
- E diante de uma suspeita de violência contra a mulher que lhe chegasse aqui no CS?

*Que estratégias o senhor usaria para abordar a questão?

* Quais procedimentos adotaria ?

*Como decidiria o que fazer?

- No caso de encaminhamento dessas mulheres, para qual serviço encaminharia?
 - Qual a sua opinião sobre perguntar diretamente à mulher se ela estaria sofrendo violência doméstica?
 - O que você pensa sobre a possibilidade de intervenção do profissional de saúde nesses casos?
 - Quais seriam as dificuldades para abordar o problema nos CS?
-

Bloco II – A cultura institucional

14. Há alguma orientação institucional sobre o que fazer em relação aos casos de violência contra a mulher que cheguem a esse CS? Qual?
15. Existe algum protocolo de atendimento ou rotina de atendimento às mulheres que estejam em situação de violência? Qual?
16. Há alguma orientação da secretaria de saúde sobre como atuar diante desses casos? Qual?
17. Como você avalia a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher?
18. A questão da violência é abordada por algum programa ou ação oferecido pela unidade? Qual?
19. Se essa questão não é abordada nessa unidade, a que você atribui a ausência de ações nesse sentido?

Bloco III – Percepção sobre a participação dos serviços de atenção básica no enfrentamento à violência contra as mulheres

20. Você acha que a questão da violência contra a mulher é um tema relevante para os serviços de saúde? Por quê?
21. Na sua opinião, os serviços de atenção básica têm algum papel perante a violência contra a mulher? Qual seria?
22. O que você acha da possibilidade dos serviços de atenção básica oferecerem ações para prevenir a violência contra as mulheres?
23. Que ações seriam?

Bloco IV – Formação do profissional sobre o tema da violência contra as mulheres

24. Ao longo da sua formação profissional, na graduação, foi abordado o tema da violência contra a mulher?
25. Você já recebeu algum tipo de treinamento, curso preparatório ou capacitação para realizar o atendimento de mulheres que estejam em situação de violência? Conte-me quando foi, quem ofereceu?
26. Você acha que é necessário treinamento para atender mulheres que estejam em situação de violência?
27. Você considera que os profissionais de saúde estão preparados para abordar essa questão? Por quê?

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista – ACS

Bloco I – Atuação diante da violência contra as mulheres

1. Quais são as atividades que você desenvolve dentro do PACS?
2. Você aborda o assunto da violência contra as mulheres em alguma das atividades que desenvolve no programa? De que forma?
3. Você já atendeu alguma família em que houvesse uma mulher vítima de violência?
4. Ela falou explicitamente?
5. Com que frequência esses casos chegam a você?
6. Conte-me como esse caso chegou até você.
7. Como se deve proceder em casos como esses?
 - * registrar? Notificar?
 - * fazer encaminhamentos?
 - * como decidiu o que fazer?
 - * conversaram sobre o assunto?
8. Quais as dificuldades encontradas para realizar o atendimento desses casos?
9. Ao longo dos atendimentos a famílias e comunidades, alguma vez você suspeitou que poderia haver um caso de violência contra a mulher naquele local? (Em que situações?)
10. Com que frequência se dá essas suspeitas (às vezes, frequentemente, raramente)
11. O que o levou a pensar que se tratava de uma mulher em situação de violência?
12. Conte-me qual foi a sua atuação nesses casos.
 - * perguntou diretamente sobre a ocorrência de violência
 - * constatou a ocorrência de violência?
 - * registrou? Notificou?
 - * fez encaminhamentos?
 - * como decidiu o que fazer?
 - * conversaram sobre o assunto?
13. Quais as dificuldades encontradas para realizar o atendimento desses casos?
14. No caso de encaminhamento dessas mulheres em situação de violência, para qual serviço as encaminharia?

(se o profissional nunca atendeu ou suspeitou de casos de violência doméstica contra a mulher, fazer as seguintes perguntas)

- Como você atuaria diante de uma suspeita de violência contra a mulher que lhe chegasse durante os atendimentos às famílias que você acompanha?
- *Que estratégias você usaria para abordar a questão?
- *Quais procedimentos adotaria?

*Como decidiria o que fazer?

- E diante de um caso no qual a mulher trouxesse explicitamente a queixa de uma situação de violência?

*Que estratégias você usaria para abordar a questão?

* Quais procedimentos adotaria?

*Como decidiria o que fazer?

- No caso de encaminhamento dessas mulheres, para qual serviço as encaminharia?
- Qual a sua opinião sobre perguntar diretamente à mulher se ela estaria sofrendo violência doméstica?
- O que você pensa sobre a possibilidade de intervenção do agente comunitário de saúde nesses casos?
- Quais seriam as dificuldades para abordar o tema da violência contra as mulheres dentro do PACS?

Bloco II – A cultura institucional

15. Há alguma orientação institucional sobre o que fazer em relação aos casos de violência contra a mulher que cheguem até o programa? Qual?
16. Existe algum protocolo de atendimento ou rotina de atendimento às mulheres que estejam em situação de violência? Qual?
17. Há alguma orientação da secretaria de saúde sobre como atuar diante desses casos? Qual?
18. Como você avalia a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher?
19. A questão da violência é abordada por algum programa ou ação oferecido por este CS? Qual?
20. Se essa questão não é abordada neste CS a que você atribui a ausência de ações nesse sentido?

Bloco III – Percepção sobre a participação dos serviços de atenção básica no enfrentamento da violência contra as mulheres

21. Você acha que a questão da violência contra a mulher é um tema relevante para os serviços de saúde? Por quê?
22. Na sua opinião os serviços de atenção básica têm algum papel perante a violência contra a mulher? Qual seria?
23. E o PACS tem algum papel perante a violência contra a mulher? Qual seria?

Bloco IV – Formação do profissional sobre o tema da violência contra as mulheres

24. Ao longo da sua formação para ser agente comunitário de saúde foi abordado o tema da violência contra a mulher?
25. Você já recebeu algum tipo de treinamento, curso preparatório ou capacitação para realizar o atendimento de mulheres que estejam em situação de violência? Conte-me quando foi, quem ofereceu?
26. Você acha que é necessário treinamento para atender mulheres que estejam em situação de violência?
27. Você considera que os agentes comunitários de saúde estão preparados para abordar essa questão? Por quê?

APÊNDICE D

TCLE - Entrevista

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE

O/a senhor/a está sendo convidado/a a participar da pesquisa **“Um olhar sobre a prevenção primária à violência contra a mulher nas ações dos centros de saúde de Ceilândia”**, cujo objetivo é identificar a participação da atenção básica no enfrentamento da violência contra a mulher a partir das ações institucionais e da prática dos profissionais de saúde que atuam em centros de saúde da cidade de Ceilândia/DF.

O/a senhor/a receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e a identificação do centro de saúde em que trabalha serão mantidos em sigilo por meio da omissão de quaisquer informações que permitam a identificação.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista, que deverá ser realizada na sala em que o/a senhor/a trabalha, com duração aproximada de 40 minutos. Essa entrevista será gravada, mediante o seu consentimento, e ocorrerá em horário e data previamente agendados de acordo com sua disponibilidade. Informamos que o/a senhor/a poderá se recusar a responder a qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados na Universidade de Brasília – UnB, como Trabalho de Conclusão de Curso, pela pesquisadora e aluna **Vanessa de Sousa Nascimento** do curso de Serviço Social, sob a orientação da Prof^a Dr^a Marlene Teixeira Rodrigues. Os dados obtidos na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis durante 5 anos e serão utilizados somente para fins de estudo.

Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Vanessa de Sousa Nascimento, fone: (61)9645-2095, horário: das 19:00 às 22:00. Estamos à disposição para esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento em que precisar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Quaisquer esclarecimentos com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora e outra com você.

Caso aceite participar dessa pesquisa escreva abaixo o seu nome e assine:

Nome / assinatura do sujeito da pesquisa

Nome / assinatura da Pesquisadora Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE E

TCLE - Questionário

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE

O/a senhor/a está sendo convidado/a a participar da pesquisa **“Um olhar sobre a prevenção primária à violência contra a mulher nas ações dos centros de saúde de Ceilândia”**, cujo objetivo é identificar a participação da atenção básica no enfrentamento da violência contra a mulher a partir das ações institucionais e da prática dos profissionais de saúde que atuam em centros de saúde da cidade de Ceilândia/DF.

O/a senhor/a receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e a identificação do centro de saúde em que trabalha serão mantidos em sigilo por meio da omissão de quaisquer informações que permitam a identificação.

Sua participação se dará por meio da resposta a um questionário com perguntas sobre a unidade de saúde em que você trabalha. Informamos que o/a senhor/a poderá se recusar a responder a qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados na Universidade de Brasília – UnB, como Trabalho de Conclusão de Curso, pela pesquisadora e aluna **Vanessa de Sousa Nascimento** do curso de Serviço Social, sob a orientação da Profª Drª Marlene Teixeira Rodrigues. Os dados obtidos na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis durante 5 anos e serão utilizados somente para fins de estudo.

Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Vanessa de Sousa Nascimento, fone: (61)9645-2095, horário: das 19:00 às 22:00. Estamos à disposição para esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento em que precisar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Quaisquer esclarecimentos com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora e outra com você.

Caso aceite participar dessa pesquisa escreva abaixo o seu nome e assine:

Nome / assinatura do sujeito da pesquisa

Nome / assinatura da Pesquisadora Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

