



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

A VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UM DENOMINADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Isadora Caixêta Machado Salviano – mat.: 10/0105726

Brasília, DF

2014



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

A VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UM DENOMINADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Isadora Caixêta Machado Salviano – mat.: 10/0105726

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília – UnB, sob orientação da prof^a. Dra. Andréia de Oliveira.

Brasília - DF, dezembro de 2014.

A VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UM DENOMINADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, da estudante:

Isadora Caixêta Machado Salviano

Prof. Dra. Andréia de Oliveira.

Orientadora.

Prof^a. Dra. Ângela V. Neves

Prf^a.Dra. Liliam Souza

Dedicatória

Dedico esta monografia a todas as mulheres, que vivem ou já vivenciaram situações de violência; para todas que se sentiram discriminadas ou reprimidas de alguma forma.

Agradecimentos

Agradeço à minha família e amigos que se mostraram preocupados e compreensivos com os muitos dias em que tive que ler, escrever para conclusão deste trabalho.

À professora Andréia de Oliveira pela disponibilidade de me orientar durante todo esse percurso, mesmo diante do desafio que foi o tema aqui exposto, obrigada pela paciência e dedicação.

Agradeço à assistente social Izis Morais Lopes dos Reis com quem tive oportunidade de ter como supervisora de estágio e que introduziu as várias questões de gênero e reflexões acerca da profissão.

À assistente social Rafaela Marques com quem também tive oportunidade de ter como supervisora de estágio e proporcionou uma maior aproximação com a área da saúde o, que teria inspirado na escolha do tema deste trabalho.

Às professoras Angela Neves e Liliam Souza pela disponibilidade em aceitarem o convite e poderem estar contribuindo para a minha formação

E a todos que puderam me apoiar e ajudar com incentivos e carinho!

Epígrafe

"Se eu continuar com esse tema irei longe demais e atrairei a inimizade daqueles que, sem refletirem sobre minhas boas idéias ou apreciarem minhas boas intenções, condenar-me-ão sem piedade como uma mulher que somente tem paradoxos a oferecer e não problemas fáceis de serem resolvidos."

Olympe de Gouges

Resumo

Essa monografia analisa a atenção em saúde às mulheres que passam por situação de violência doméstica no âmbito do SUS, a partir do ano de 2006 quando fora promulgado a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha. Foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados Scielo, onde foi selecionado um total de 36 artigos aos quais foram analisados com apoio de documentos e legislações referentes à temática abordada. Foram destacados avanços no âmbito das políticas públicas, alinhadas com os princípios da equidade de gênero e integralidade da assistência, o que não necessariamente possuem reflexo nas práticas em saúde, como mostra a pesquisa. Com destaque ao modelo biomédico predominante, a fragmentação da assistência primária e a desqualificação de profissionais da área, o estudo demonstra que há uma invisibilidade para com as mulheres em situação de violência doméstica no âmbito do SUS. Há necessidade de maior aproximação da questão da violência de gênero, um conhecimento originalmente das ciências sociais, com a área da saúde como importante instrumento de trabalho para uma prática mais condizente com os princípios do SUS e com as políticas para mulheres.

Palavras-chave: Violência de gênero, integralidade, atenção em saúde, Lei Maria da Penha.

Sumário

Introdução	09
Capítulo 1 – Gênero e violência como categorias históricas para análise teórica	13
1.1. Contextualizando as desigualdades de gênero	13
1.2. A violência de gênero	17
Capítulo 2 - A questão da violência na saúde	23
2.1. A violência no âmbito da saúde	23
2.2. A perspectiva de gênero das políticas públicas e sua interface na saúde	25
2.3. Legislações e normativas relevantes sobre violência contra mulher e saúde	28
Capítulo 3 – Apresentação e análise dos dados	35
3.1. Metodologia: o caminho percorrido	35
3.2. O modelo biomédico e a invisibilidade da violência de gênero	40
3.3. A assistência à saúde da mulher em situação de violência	44
3.4. A educação continuada frente à desqualificação profissional	49
Considerações Finais	54
Referências bibliográficas	57

Introdução

A proposta deste trabalho volta-se para o debate sobre a violência doméstica contra mulheres, sob o enfoque da violência de gênero e sua interface com a área da saúde. O interesse pelo assunto adveio do contato que tive com as áreas da saúde e com a violência de gênero durante os estágios supervisionados no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Trata-se de temática relevante e necessária considerando a conjuntura contemporânea, em que apesar dos avanços protetivos no âmbito legal, ainda se destacam os casos de violência contra mulheres decorrentes do ambiente privado.

Como ponto de partida, tem-se a compreensão de que o estudo da violência de gênero relaciona-se com a construção histórica e cultural do masculino sob o feminino, eixo central das bases conceituais do presente estudo.

A ênfase recai nas possibilidades e nos limites dentro do contexto brasileiro, da rede de atendimento referentes ao direito à saúde das mulheres vítimas de violência doméstica a partir da promulgação da Lei nº 11.340/2006 - Lei Maria da Penha. Pretende-se ressaltar uma linha histórica em que o gênero masculino e o feminino foram sendo construídos, assim como as evoluções e conquistas do movimento feminista e a importância desses processos na consolidação das políticas sociais na defesa das mulheres, sendo a violência doméstica na área da saúde o foco desse trabalho.

O direito a saúde no Brasil é universal, entretanto, de acordo com Abramo (2004), quando se consideram diferentes aspectos da sociedade brasileira, como gênero e raça/etnia estamos considerando que estes grupos considerados minorias são majoritários e enfrentam problemas de discriminação e desigualdade no acesso às políticas públicas em geral, a exemplo do ocorre no acesso à saúde.

Historicamente às mulheres têm sido negados direitos políticos e sociais em detrimento de um arranjo culturalmente restrito ao universo masculino, que se constrói e se reafirma por meio de símbolos, conceitos normativos, instituições, organizações sociais e identidades subjetivas, tais como a Igreja, as escolas e a educação diferenciada, hospitais, o simbolismo do casamento e da família como essenciais na construção desigual de gênero, como bem explica Scott (2005) em seu artigo “O Enigma da Igualdade”: além de seus direitos relativamente negados ao longo da história, mulheres também são vítimas de um estereótipo da submissão e, portanto, sujeitas a diversas formas de opressão que se configuram nos diferentes espaços, inclusive o espaço doméstico.

Contudo, propõe-se analisar as possibilidades e dificuldades da garantia do direito à saúde das mulheres, a partir do estudo das legislações, normatizações, orientações e produção científica sobre o assunto, com o intuito de fornecer subsídios que levem a uma reflexão quanto a questão de gênero e saúde, de forma mais específica sobre o direito à saúde das mulheres vítimas de violência doméstica no âmbito do SUS.

O entendimento de gênero perpassa uma linha histórica em que o gênero masculino e o feminino foram sendo construídos e, onde gênero é a própria relação entre homem e mulher que se estabelece. “O conceito de gênero não explicita, necessariamente, desigualdades entre homens e mulheres” (SAFFIOTI, 1999, p. 82), isso indica que a diferença de poder não deve ser vista de maneira natural, pois é colocada pela tradição de uma construção social feita pelos próprios envolvidos nessas relações. As autoras Debert e Gregori (2008) descrevem ainda que “Gênero não é uma dimensão encapsulada, nem pode ser vista como tal, mas ela se intersecciona com outras dimensões recortadas por relações de poder, como classe, raça e idade” (p.166).

Sob essa visão, a violência ocorre quando um indivíduo que se acha em posição maior impõe aos que ele acredita estarem em posição menor sua vontade, por meio da força física, moral ou financeira, entre outras. Debert e Gregori (2008) relatam que durante os séculos o poder patriarcal foi reforçado e valorizado pela Igreja, pelas escolas e universidades. O homem, portanto é incentivado em sua maioria, dentro da construção de gênero, a ser agressivo, a exercer autoridade dentro de casa incluindo crianças e esposa. Do outro lado, a mulher é condicionada a ser passiva, dona de casa e submissa dentro das relações homem-mulher. A violência de gênero não exclui relações entre dois homens ou duas mulheres, porém sendo a relação homem-mulher mais preponderante e que chamou a atenção de mulheres do movimento feminista a partir da década de 60. Somente na década de 90 é que o tema violência doméstica e violência conjugal se tornaram evidentes, porém essas concepções não se encontravam presentes no âmbito jurídico até que em 2006 foi promulgada a Lei Maria da Penha como uma tentativa de interromper essa violência contra um grupo específico da sociedade, as mulheres. Segundo a lei, art. 5º são consideradas violência “(...) qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (...)”.

O tema esta em consonância com o atual Projeto Ético Político do serviço social - expressos nos princípios defendidos no Código de ética de 1993, como a defesa da liberdade, da equidade e da justiça social. A ampliação da discussão de gênero serve como propulsor para melhor formulação e execução de redes e leis que visualizam a igualdade de gênero e

que perpassa tanto a concepção e classes quanto o próprio cotidiano do profissional nas diferentes áreas de trabalho.

A partir da Lei Maria da Penha e outras políticas e normatizações que abrangem o tema, principalmente na área da saúde, como a Lei nº 10.778/2003 que obriga a notificação compulsória de vítimas de violência no âmbito da saúde entre outras, assim como da produção científica na área permite que se avalie as contribuições do tema, ao longo da história, para a consolidação da lei, assim como permite avaliar como a intervenção estatal vêm propondo o enfrentamento dessa questão e suas consequências reais diante da sociedade, principalmente, para as mulheres.

O trabalho parte de um olhar ampliado e dialético sobre o tema que envolve as relações sociais e perpassam questões de classes, de raça/etnia e culturais e, que se mostram de suma importância para a construção de uma sociedade que pretende ter relações mais igualitárias. Além de contribuir para um maior entendimento da relação Estado e sociedade acerca do tema que possui influência, pretende-se com o estudo refletir sobre a configuração das políticas sociais e das redes de enfrentamento a violência contra mulheres no âmbito da saúde.

De acordo com Hofling (2001) as políticas sociais possuem raízes nos movimentos populares do século XIX e seriam “voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais”, dessa forma, o Estado possui a função de interferir nas relações sociais de determinada formação social, o que acarreta em diferentes sociedades e diferentes concepções de Estado e de políticas sociais. Quando se pensa na Lei Maria da Penha entende-se que as formas tradicionais de intervenção escapam da competência dos próprios indivíduos e passam a ser responsabilidade estatal, ou seja, “funções tradicionalmente não sujeitas ao controle estatal e circunscritas às esferas privadas da sociedade (...) passam a ser desempenhadas pelo Estado” (HOFLING, 2001, p.33). Com a lei, o Estado passa a interferir nas relações domésticas e, portanto, passa a proporcionar oportunidades de enfrentamento da violência de gênero. É preciso então, considerar as circunstâncias e as concepções adotadas ao se implantar uma política social, pois quais seriam os interesses e qual a perspectiva do Estado ao adotar tais políticas? Qual a repercussão das políticas no âmbito do SUS para essas mulheres? Como o SUS garante o direito à saúde dessas mulheres? Quais os desafios e problemas encontrados no atendimento as mulheres vítimas de violência no SUS?

Dessa forma, pretendem-se analisar a partir da Lei Maria da Penha as políticas de saúde voltada para as mulheres vítimas de violência doméstica no âmbito do SUS, assim como analisar a produção científica sobre a temática em questão, os aparatos legislativos e normativos, assim como orientações presentes nas políticas de saúde relacionadas ao tema. Para assim, conhecer de que maneira as políticas de enfrentamento à violência de gênero estão sendo implementadas no presente contexto brasileiro, considerando o processo histórico de construção das políticas sociais, de modo especial a política de saúde. Assim, o estudo se propõe de maneira geral analisar a atenção à saúde das mulheres em situação de violência doméstica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), percorrendo os seguintes objetivos específicos: caracterizar a perspectiva conceitual adotada de gênero e violência contra mulheres no cenário sócio histórico brasileiro e sua interface com a política de saúde; analisar a produção científica sobre o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica no âmbito do SUS a partir da Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e, identificar e analisar as normatizações, orientações e legislações pertinentes ao direito à saúde das mulheres vítimas de violência de gênero no âmbito doméstica.

O Estudo esta dividido em três capítulos. No primeiro capítulo aborda-se a construção e surgimento do conceito de gênero, bem como a questão da violência e a interface existente entre gênero e a violência doméstica. No segundo capítulo é feito uma breve contextualização das políticas de saúde e das políticas para as mulheres. São destacadas também leis e normativas relevantes ao tema. No terceiro capítulo é apresentada a metodologia de pesquisa assim como os resultados e análise dos dados. Posteriormente são apontadas algumas reflexões como considerações finais.

Capítulo 1 - Gênero e violência como categorias históricas para análise teórica

O tema aqui proposto parte de uma concepção dialética em que se consideram as diferentes dimensões históricas, sociais, culturais presentes nas relações humanas, e suas contradições que são expressas na realidade concreta e se reproduzem nas várias áreas e instituições, incluindo o âmbito da saúde. Assim, obteremos um olhar ampliado e não reducionista acerca das questões que abarcam as complexas relações humanas e que envolvem gênero, sendo esta categoria uma dentre outras, como a raça/etnia e classe social. Pretende-se dessa forma, incorporar um olhar sob a violência também como uma questão de saúde e que se expressa na sociedade em suas relações.

É necessário que se entenda o conceito de gênero em sua amplitude assim como as sinuosas diferenças das expressões: violência doméstica, violência intrafamiliar e violência de gênero, fortemente direcionada às mulheres. Que, embora estejam interligadas não são necessariamente sinônimos. Nessa direção, caminham as reflexões que se apresentam na sequência, primeiramente com uma breve exposição sobre a constituição das desigualdades de gênero, para em seguida adentrar no debate acerca da violência de gênero, com ênfase para a violência contra as mulheres, objeto do presente estudo.

1.1. Contextualizando as desigualdades de gênero

Laqueur (2001) diz em sua obra *Inventando o sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud* que durante muitos anos da história o corpo da mulher não era considerado o oposto ao corpo do homem, mas que estes se diferenciavam por graus de perfeição. Ele cita Galeno, que no século II d.C atribuía as diferenças sexuais em decorrência do calor vital, dessa forma aquele corpo que recebera mais calor seria aquele com pênis, que por causa do calor os órgãos se desenvolveram do lado externo e, o corpo com menos calor resultaria na retenção interna dos órgãos o que corresponderia à vagina. Dessa forma existia a ideia de um sexo único, apenas diferenciado por grau de calor que definiriam se seria externo ou interno. “Nesse mundo a vagina é vista como um pênis interno, os lábios como o prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como os testículos” (Laqueur, 2001, p.16). Entretanto, Laqueur (2001) explica que houvera um clamor por distinções mais específicas entre os sexos e, que essa busca não se deve necessariamente ao progresso científico proporcionado no século XIX.

Essas distinções entre os sexos basearam-se primeiramente em noções básicas onde

acabava por naturalizar essas diferenças, antes consideradas uma questão de “organização comum dos fluídos” dos corpos. Foram atribuídas certas características como a menstruação, como sendo específicas do corpo da mulher, e assim não mais havia um entendimento de um sexo, mas sim dois sexos opostos. Essas distinções surgiram e, somente teria surgido, em decorrência de um contexto que tornou tais distinções importantes ou relevantes e, que posteriormente, no século XIX tiveram um reforço proporcionado pelas evidências anatômicas e científicas e que já teriam sido influenciados pelas teorias de diferenças sexuais. Laqueur (2001) expressa que tal entendimento dos sexos, assim como o ser humano, não é isolado do discurso e que, portanto, refletem um contexto onde se dão as relações humanas; onde se discutem questões que envolvem gênero e poder.

Dessa forma, ele evidencia que só houvera interesse na busca por evidências da existência de dois sexos diferentes anatomicamente e fisiologicamente quando essas diferenciações se tornaram politicamente importantes. Não foi só pela reestruturação da divisão sexual do trabalho, ou surgimento de livre mercado ou pela teoria política do Iluminismo¹, mas foi uma determinada noção que teria direcionado o olhar para a discussão dos corpos e sexos. Além disso, todo curso do progresso científico se deu pelo olhar do homem o qual se questionava o corpo das mulheres. Isso se dava como ressalta Louro (2009) porque majoritariamente se tinham homens médicos, filósofos importantes que se utilizavam da ciência para estabelecer as diferenças. A sexualidade passou a ser regrada e enquadrada em certos tipos de comportamentos considerados adequado e aqueles diferentes seriam considerados patologias ou inferiores. Para Louro (2009) o pensamento Iluminista reforçava as diferenças baseada no sexo colocando mulheres como detentoras de fragilidade, sensibilidade e emotividade sendo educadas para as atividades domésticas e o cuidado com o lar. Os homens considerados racionais, fortes e aptos para a vida pública e política seriam detentores da autoridade inviolável.

Pode-se aferir a partir desses autores que tal relação diferenciada entre os sexos determinaria uma personalidade específica para cada sexo, leia-se, uma construção do gênero baseada na genitália e, que este estaria diretamente relacionada a uma sexualidade heterossexual.

¹ O autor Jorge Grespan (2003) define o Iluminismo como um movimento das ideias que se opunham a qualquer sistema rígido e acabado de pensamento, sendo a razão considerada um direito de criticar e autocriticar, dessa forma, o movimento exigia independência intelectual o que não convergia para uma unidade de pensamentos entre os filósofos do século XVIII. “Mais do que uma atitude mental, o Iluminismo foi movimento de ideias, no sentido forte de um processo de constituição e acumulação de saber sempre renovado e sempre capaz de ser modificado até nos fundamentos. (...) isto é, “ousa servir-te do teu próprio entendimento” sem imitar ou aceitar passivamente as ideias das autoridades reconhecidas e temidas.” (Grespan, 2003, p.16).

Em contexto tão normativo, entretanto, houve figuras femininas que reivindicaram direitos iguais entre homens e mulheres. Uma das primeiras feministas é citada por Scott (2005), Olympe de Gouges teria escrito em plena Revolução Francesa em 1791, a *Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã* onde reivindicava também os ideais propostos na Revolução, mas que eram direcionados apenas aos direitos dos homens. Ressalta-se que tal reivindicação não era consenso na época.

Segundo Louro (1997), teria sido na virada do século XVIII para o XIX que surgira os primeiros consensos ligados às discriminações do feminino e que tal assunto teria adquirido uma maior expressividade. Destacam-se os anos 1800 até meados de 1900 como sendo os anos referentes a primeira onda feminista, conhecida como *sufragista* onde foram reivindicados o direito ao voto, a organização familiar, oportunidades de estudo e de inserção no mercado de trabalho, basicamente reivindicavam o direito da mulher de inclusão no âmbito público e político. Tal movimento centrava-se principalmente nas opressões e subordinação da mulher, não tendo um discurso propriamente científico e estaria ligado à interesses de mulheres brancas de classe média.

Na designada segunda onda feminista, Conceição (2009) diz que este teria sido um período de impasses mais críticos que impulsionaram os estudos feministas tornando o discurso científico, a partir de um conhecimento teórico. Este teria sido a época em que mulheres não mais estariam focadas nas discriminações sofridas por elas, mas estariam também interessadas na construção relacional e cultural que se dão entre homens e mulheres. Dessa forma, categoria gênero surge como uma categoria útil que será utilizada por parcela do movimento feminista para desnaturalizar a concepção binária e diretamente relacionadas entre sexo/gênero. As feministas contemporâneas tais como Joan Scott e Judith Butler, irão criticar a dicotomia existente entre os gêneros, pois como coloca Butler (1998) ao considerarmos o sexo como puramente biológico e gênero como puramente cultural estaríamos se limitando à uma determinada construção de gênero. Scott (1989) ainda fala que construção de uma identidade de gênero está ligada a símbolos, representações culturais, doutrinas, instituições e identidades subjetivas que refletem a relação supostamente direta entre gênero e o sexo.

A categoria gênero pretendia-se, justamente, se opor a ideia dicotômica até então existente, que coloca como expressamente oposto e de forma hierarquizada, o masculino frente ao feminino. Scott (1989) irá destacar três posições teóricas que abordadas pelas feministas para explicar as desigualdades entre homens e mulheres. A teoria que se baseia no patriarcado coloca a dominação masculina como forma de transcender a “alienação dos meios de reprodução da espécie” (Scott, 1989, p.4), entretanto tal teoria se limita ao caráter

biológico e reprodutivo que não explicam outras formas de desigualdades ao longo da história.

O feminismo marxista parte para uma explicação histórica do sistema capitalista e do patriarcado como sendo propulsor das desigualdades entre os gêneros, mas acaba restringindo à uma análise meramente econômica em que o patriarcado seria produto das estruturas econômicas. A teoria psicanalítica que se divide em duas frentes: a escola anglo-saxônica e a escola francesa. A primeira interessa-se em como se dão os processos na infância que acabam por determinar uma identidade dando ênfase na experiência concreta (sua relação com os pais), enquanto a segunda escola, também na infância irá se ater na formas de linguagem e suas significações como estruturas formadoras de uma identidade Scott (1989).

Scott (1989) afirma que gênero surge como categoria útil para legitimar academicamente os estudos feministas nos anos 1980. Tal categoria implicaria em uma análise onde se consideram o gênero como parte constituinte das relações, em que estariam envolvidos elementos tais como símbolos culturais, conceitos normativos, instituições sociais e a identidade subjetiva. Dessa maneira a categoria estaria abarcando homens e mulheres e suas relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos. Para Scott (1989), a construção de gênero também seria a forma primária em que relações de poder se constituiriam, leiam-se, relações desiguais de poder entre homens e mulheres. Um dos domínios em que tal relação desigual se reflete ao longo da história, é o domínio da política.

A alta política, ela mesma é um conceito de gênero por que estabelece a sua importância decisiva e seu poder público, as razões de ser e a realidade da existência de sua autoridade superior, precisamente graças a exclusão das mulheres do seu funcionamento (SCOTT, 1989, p.27)

Os conceitos de “homem” e “mulher” seriam para Scott (1989) categorias “vazias e transbordantes”, pois não possuem significado definitivo e existem várias definições possíveis e que são historicamente negadas ou reprimidas. Outra pensadora feminista contemporânea, Judith Butler (1998) irá aprofundar-se na discussão ao dizer que gênero é ele próprio uma norma, pois reflete o modelo binário de significações, ou seja, “gênero” é uma categoria restrita pela outra categoria “sexo” e, que se limita ao masculino e feminino. O “sexo” regularia o que é designável e o que não é.

De forma mais ampliada Butler (1998) irá criticar a categoria “sujeito” dizendo que este é constituído a partir da sua exclusão e diferenciação do outro. Ao designar um sujeito, supõe-se, que suas ações e comportamentos seriam (supostamente) determináveis. Ressalta-se que a autora não nega o “sujeito”, mas, questiona esses “sujeitos” como identidades fixas e

“universais”. Em linhas gerais, ela coloca a identidade de gênero como uma identidade performática, que se constrói a partir de processos de diferenciação que leva em conta as referências contextuais e culturais que convergem.

Cabe ressaltar que nos fins da década de 1990, teriam surgidos várias correntes feministas tornando o movimento mais heterogêneo e, que refletem a urgência de uma nova perspectiva de gênero. Como exemplos têm Saffioti (2001) que parte de uma explicação estrutural da perspectiva de gênero baseada no patriarcado e, Butler (1998) que irá se a ter as interações mais subjetivas da construção de gênero.

O movimento sendo heterogêneo se torna mais forte, pois explicita seu caráter amplo e diversificado e, principalmente a possibilidade de se pensar gênero não como uma categoria fixa, mas sim uma categoria, dentre outras, historicamente construída. A discussão amplia as possibilidades de mudanças frente às desigualdades de gênero. O pensamento feminista na contemporaneidade, portanto, não trata de explicações exatas e fechadas e acredita que existem diferentes formas de definir: o que é ser mulher.

É levando em consideração as diferentes significações dadas aos homens e mulheres ao longo dos anos e que refletem as características femininas muitas vezes subestimadas e desvalorizadas frente às características masculinas, que as relações sociais entre gênero se colocam atualmente. É dessa forma que essas relações se tornam importantes para entender como a violência contra mulheres acontecem.

1.2. Violência de Gênero

Um dos pressupostos que partimos é que a violência acontece e é percebida quando esta se excede, ou seja, quando se ultrapassa determinado limite estabelecido socialmente e historicamente. A violência ocorre quando um indivíduo que se acha em posição maior impõe sua vontade em meio uma relação de força, àqueles que ele acredita estar em posição menor ou inferior. A autora Marilena Chauí (1985) explica a força como útil àquele que visa à destruição ou aniquilação de uma das partes, sendo a força um ato particular da violência. Ela aconteceria como resultado de relações desiguais e justificadas pelas diferenças, com fins de dominação e anulação de umas das partes. O ato violento estaria buscando submeter à vontade de um perante o outro, mediante um processo de coisificação do outro, considerado inferior.

O processo de coisificação se dá a partir da interpretação da autora de que violência é oposta à ética, para ela um indivíduo considerado ético é dotado de razão e consciência e, portanto, livre para escolher e disposto a responder por suas escolhas. Dessa maneira, quando

a violência ocorre o indivíduo está delegando sua razão e sua liberdade para agir com brutalidade contra quem ele desconsidera como um não humano, ou seja, alguém à quem ele vê como desprovido de razão, vontade ou liberdade; como coisa:

A ética se opõe à violência, palavra que vem do latim e significa: 1) tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar) [...] (CHAUÍ, 2007, p.1)

Para ela “a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominante de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja reconhecida (...)” (p. 35). É dessa forma, que se pode dizer que mulheres não aceitam submissão conscientemente, e em outras vezes também quando a mulher se acha em posição superior pode assumir a representação do masculino, ou seja, aquela com fins de dominação e da autonomia do outro.

Além da dimensão ética- filosófica da violência, também é necessário considerar as dimensões sócio culturais do mesmo fenômeno. A sociedade brasileira, de acordo com Chauí (2007), é permeada por um mito de não-violência, onde a violência não é percebida em sua origem, como uma redução do outro à posição de coisa, mas sim reduzida e representada na mídia, principalmente, por “grupos portadores da violência” e que não se misturam com os “grupos portadores da não-violência”. Esse tipo de interpretação supõe a diferença entre aqueles violentos e os não-violentos o que isola o ato violento. A violência vai ser qualificada como violência a depender do tipo, do indivíduo que a cometeu e do indivíduo que sofreu. Além disso, usa-se da dissimulação para mascarar comportamentos e valores violentos como se não fossem violentos, como o exemplo dado por Chauí (2007, p.3), onde “o machismo é colocado como proteção à natural fragilidade feminina, proteção inclui ideia de que mulheres precisam ser protegidas de si próprias, pois como todos sabem, o estupro é um ato feminino de provocação e sedução”.

Esses tipos de mascaramento da violência acabam por naturalizar a violência. É nesse sentido que entender como a violência é significada e entendida possibilita a compreensão dos valores impressos numa determinada sociedade, assim como os sentidos que delimitam o que é ser homem e o que é ser mulher. Daí, a importância da perspectiva de gênero especialmente no que concerne a violência contra mulheres.

A autora Saffioti (2001, p.115) coloca o conceito de gênero como sendo algo amplo, que dentro da construção social estão submetidos à violência às mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. As relações de gênero podem ocorrer entre dois homens assim como entre duas mulheres, sendo que a relação homem e mulher se tornariam mais evidentes devido às diferenças socialmente construídas, onde são estabelecidas relações desiguais, ou seja, relações de poder. A autora ainda destaca que apesar da legitimação da construção desigual do gênero a obediência daqueles tidos como dominados não seria garantida, e a partir daí a violência se torna um meio necessário para garantir a posição de “dominação-exploração dos homens” (SAFFIOTI, 2001, p.116).

A violência de gênero então, se caracteriza, segundo a autora, pela imposição daqueles considerados dominadores de sua “legítima” posição de autoridade sob aqueles considerados dominados, que seriam mulheres, crianças e adolescentes. Tal violência para Saffioti (2001) está intimamente ligada a uma relação de “dominação-exploração” com base no patriarcado e se materializaria de formas variadas, podendo ser exercido também por mulheres em funções equivalentes de autoridade, como professoras, babás ou mães, pois “a figura do patriarca pode ser encarnada por qualquer cidadão” (SAFFIOTI, 2001, p. 116).

Existe uma relação, com o que diz Chauí (2007), em que mulheres estariam mais suscetíveis às violências no âmbito privado, pois são consideradas “coisas” e seriam desprovidas de liberdade, simplesmente pelo fato de serem mulheres.

Tal situação se configura de forma aquém da consciência, ou seja, as estruturas hierarquizadas são naturalizadas, assim como as próprias violências e, tanto mulheres quanto homens reproduzem a ordem androcêntrica das relações. As estruturas como produto de uma construção social baseada nas diferenças onde as agressões físicas são expressões mais evidentes de uma violência simbólica internalizada por homens e mulheres que desfavorecem em sua maioria o universo feminino.

Como bem delimita Chauí (1985):

Aqui procuramos apenas sugerir que a forma e o conteúdo da ‘natureza’, da ‘vontade’, da ‘liberdade’ femininas nunca foram determinadas no interior, mas sempre do exterior, nunca pelas próprias mulheres a partir de sua interioridade/exterioridade vivida e refletida, de tal modo que a passagem do ‘ser natural’ ao ‘ser com vontade’ e daí para o ‘sujeito livre’ foi feita sob a forma de *uma outorga da subjetividade às mulheres*. Em resumo, há um discurso *sobre* as mulheres e não *das* mulheres. (p.46).

A violência de gênero seria uma das definições existentes e utilizadas para designar o

contexto, os sujeitos e as questões envolvidas. Dentre outras definições de violência, aquela utilizada entre membros de uma família, seja ela extensa ou nuclear, onde se levam em conta a consanguinidade e afinidade se configurariam como *violência familiar ou intrafamiliar*. A *violência doméstica*, como coloca Saffioti (2001) seria uma sobreposição à familiar quando acontece dentro do domicílio agregando não só aqueles ligados por consanguinidade, mas também aqueles que vivem parcialmente dentro da casa como seria o caso de amigos íntimos ou até mesmo empregadas (os) domésticas (os). É escolhida como conceito para esse trabalho analítico a *violência de gênero* baseado nos pressupostos defendidos por Butler (1998) e Scott (1989), pois parte do pressuposto que violências contra mulheres constituem e são constituídos pelas relações socioculturais e materializadas de diferentes formas de acordo com a realidade de cada indivíduo e, portanto, se mostra mais amplo que a violência familiar e doméstica.

Essas relações desiguais e que se traduz em violência muitas vezes refletem em outros espaços da sociedade além do âmbito doméstico como nas escolas, nos hospitais no âmbito jurídico e no Estado.

A temática violência contra a mulher, embora seja uma discussão inserida nos movimentos feministas, ainda é recente no âmbito das políticas públicas. Sua inserção, no que se chama intervenção estatal, estaria ligada ao número considerável de agressões dirigidas às mulheres pelos companheiros ou ex-companheiro, como retrata uma pesquisa realizada em 2001:

A responsabilidade do marido ou parceiro como principal agressor varia entre 53% (ameaça à integridade física com armas) e 70% (quebradeira) das ocorrências de violência em qualquer das modalidades investigadas, excetuando o assédio. Outros agressores comumente citados são o ex-marido, o ex-companheiro e o ex-namorado, que somados ao marido ou parceiro constituem sólida maioria em todos os casos. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001. p. 16).

Ainda mais recente em estudo realizado em 2003²:

(...) com 749 homens na faixa etária entre 15 e 60 anos no Rio de Janeiro mostra que 25,4% deles usaram violência física contra suas parceiras íntima pelo menos uma vez, 38,8% usaram violência psicológica e 17,2% informaram ter praticado violência sexual. (p.45)

² MALTA, Deborah Carvalho et al . Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, mar. 2007.

Para melhor compreensão desses fenômeno primeiramente deve-se considerar a violência contra a mulher como fenômeno específico, considerando que acontecem em âmbito doméstico por companheiros próximos e, portanto, abarcam relações conjugais baseados na construção de gênero onde estão relacionados valores morais. Tais valores morais por vezes dificulta um entendimento mais amplo do fenômeno assim como, dentre outros fatores, contribui para que mulheres se sintam acuadas em pedir ajuda e permaneçam em relacionamento violento com o companheiro agressor:

Em quase todos os casos de violência, mais da metade das mulheres não pedem ajuda. Somente em casos considerados mais graves como ameaças com armas de fogo e espancamento com marcas, cortes ou fraturas, pouco mais da metade das vítimas (55% e 53% respectivamente) recorrem a alguém para ajuda-las. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001. p. 16).

Dessa forma se faz necessário a desconstrução de alguns mitos como: *“a violência doméstica só ocorre esporadicamente”* ou que só aconteceriam em *famílias de baixa renda ou problemáticas*. Tal afirmação é refutada pelos dados que afirmam que mulheres são agredidas a cada 15 segundo no Brasil³, não fazendo distinções de classe econômica.

O mito que diz: *“As mulheres apanham porque gostam ou porque provocam”* ou aquele que diz *“Se a situação fosse tão grave, as vítimas abandonariam logo seus agressores”*. Implica em questões mais abrangentes. Mulheres permanecem em seus relacionamentos por vários fatores, dentre eles alguns valores arraigados ao longo dos anos, por exemplo, relacionados à concepção de ‘família’ historicamente constituído e introjetados por muitas mulheres, que entendem como sendo ela a principal responsável pela manutenção da vida familiar, assim como a manutenção da concepção de outro valor, reforçado também por crenças religiosas, o casamento. Outros como a falta de apoio familiar ou social, a dependência financeira ou até mesmo a dependência emocional dela e dos próprios filhos acabam por fazer com que mulheres aguentem tal situação sem que denunciem. Ressaltando-se também que uma relação não é totalmente permeada por violências, existem situações consideradas positivas dentro de um relacionamento.

É considerando todos esses fatores que a lei nº 11.340/2006 surge como resposta do Estado frente à essas violências e, especifica em seu artigo 7º cinco diferentes formas de violência:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua

³ Dado retirado de Cartilha Mulher conscientize-se de seus direitos, 2012, também presente na pesquisa da Fundação Perseu Abramo, 2001.p. 16.

integridade ou saúde corporal;

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

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

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

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (Redação dada pela Lei nº 11.340 de 2006).

Por fim, existem situações em que mulheres não se percebem em situação de violência, pois naturalizam as agressões atribuindo a agressividade a outro fator externo como o álcool ou uso de drogas como causa da violência, sendo o álcool e outras drogas apenas um potencializador para que tais agressões aconteçam. Ou mesmo o ciúme, culturalmente entendido como “prova de amor”, e que mascaram uma tentativa de controle e cerceamento de liberdade da mulher.

Capítulo 2 - A questão da violência na saúde

Na sequência, aborda-se a interface entre violência e saúde, sob o enfoque do direito à saúde da mulher. A ênfase recai sob a análise da violência de gênero e o direito à saúde das mulheres vítimas de violência à luz das prerrogativas legais existentes e do Sistema Único de Saúde.

2.1 A violência no âmbito da saúde

A Constituição Federal de 1988 avança no âmbito das políticas sociais, assegurando legalmente a saúde como um direito de cidadania. Essa prerrogativa legal trouxe consigo novas perspectivas de conceber saúde e pensar respostas aos processos de adoecimento das populações.

Assim, a concepção de saúde prevista no Sistema Único de Saúde, pauta-se em um conceito de saúde que não se limita à ausência de doença, mas que irá considerar as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais, questões estas que estão relacionadas com a situação de saúde, tal como se encontra na Lei nº 8.080/90:

Art. 3º—Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

O processo saúde – doença esta intrinsecamente relacionado as determinações sociais e, portanto, para além do caráter meramente biológico, expressa o caráter social, econômico e cultural dos indivíduos como explicita Fonseca (1997). Aspectos econômicos, culturais, étnico-raciais, de gênero, psicológicos e comportamentais que são reflexões de uma determinada organização social que também refletem em determinadas condições de saúde. Com o entendimento ampliado de saúde a política de saúde passa a ser tornar uma política transversal, pois está relacionada e deve estar interligada com outras políticas nacionais.

A teoria da determinação social do processo saúde-doença permite compreender como cada sociedade cria um determinado padrão de desgaste em função do consumo e gasto de energia no processo de reprodução social. (FONSECA, 1997, p. 9).

É dessa maneira que antigas e novas demandas se colocam na atualidade e, a questão da violência surge como pauta no âmbito da saúde.

Neste contexto, tendo em vista o acirramento e agravamento das diferentes situações de violência na sociedade contemporânea, Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a incorporar a partir do século XX a violência como uma questão de saúde, tendo em vista que esta passa a afetar a saúde individual e coletiva.

Assim, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de saúde elaboraram no ano de 2001 a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde (PNRMAV/SUS), a qual irá delimitar as várias formas de violências: física, psicológica, a violência institucional e o abuso sexual na intenção de promover a prevenção de doenças e agravos. Tal iniciativa pública expressa princípios relacionados à universalidade dos direitos à saúde em uma tentativa preventiva e de promoção da saúde.

Nesse documento também irão ressaltar a amplitude e complexidade no tratamento da violência e, a necessidade de uma atenção integral, onde se pretende prevenir, promover e recuperar àqueles (as) vítimas de violência e, portanto, prevê uma assistência interdisciplinar às vítimas que em sua maioria, quando se fala em violência doméstica que atingem: crianças, adolescentes, mulheres, deficientes e idosos.

No ano seguinte, em 2002, a Organização Mundial de Saúde conceitua violência como:

[...] uso intencional da força física ou do poder real, ou em ameaça, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002)

Após a PNRMAV/SUS, foram desenvolvidas outras iniciativas empenhadas na prevenção, como a vigilância onde se monitoram acidentes e violências. Em 2006 foi planejada a ficha de notificação para melhor monitoramento dos segmentos atingidos pela violência em cada município. Nesse mesmo período, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) na tentativa de organizar os atendimentos de urgências. A capacitação de profissionais acerca do tema violência para fortalecer a rede e as ações de forma integrada e articulada com fim de estabelecer objetivos comuns na prevenção da saúde relacionadas a esse tema, também foram planejados.

A portaria nº 936, de 20 de maio de 2004, define um modelo de Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, em que se buscam articulações de três esferas: de gestão, de instituições acadêmicas e organizações não governamentais dedicadas ao mesmo objetivo. Aos quais irão de forma mais ampla e conjunta favorecer ações articuladas, já

considerado um avanço ao tratar do tema violência.

2.2 A perspectiva de gênero das políticas públicas e sua interface na saúde

Concomitantemente, à luta pela saúde pública de qualidade, os anos 1970 e 1980 foram também épocas de efervescência de movimentos, dentre eles o movimento feminista que passa a se expressar como sujeito coletivo diante das relações desiguais existentes na construção social do masculino frente ao feminino e, o qual passa a adotar o conceito de gênero, especificamente na década de 1980 como forma de alcançar relações mais igualitárias por meio da inserção do tema nas políticas públicas, que não se especificasse apenas por diferenças entre os sexos biológicos.

Primeiramente, de acordo com Farah (2004), as lutas de mulheres deram-se em torno de questões democráticas trabalhistas como baixos salários e alto custo de vida para depois se atentarem as condições específicas das mulheres, que se intensificaram com a reestruturação produtiva, como o direito à saúde, o direito a uma creche pública para que pudessem trabalhar, assim como direito a contracepção e violência contra a mulher.

Nesse sentido, entre os anos 1983 e 1985 foram consolidadas as primeiras iniciativas políticas em torno das condições de mulheres no Brasil, como o Conselho Estadual da Condição Feminina e as Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher.

Como explica Debert e Gregori (2007), por mais que tais delegacias focalizassem a atenção às mulheres na época, não havia uma lógica de proteção de mulheres vítimas, ou seja, não eram consideradas as especificidades de uma violência doméstica marcadas pelas relações de gênero, até porque não havia aparatos legislativos de punição cabendo à interpretação de delegadas a existência de um crime ou não. Como exemplo os autores citam a violência sexual em relações conjugais, o assédio e discriminação sexual e a violência psicológica não eram consideradas violências.

Um ponto positivo das delegacias destacado por Debert e Gregori (2007) foi a incorporação da questão da violência doméstica pelo poder público.

Na área da saúde se destaca o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM em 1985, antes mesmo da consolidação do SUS. Tal programa foi o pioneiro no uso do termo da integralidade em saúde e produto dos movimentos de mulheres na época. Souto (2008) indica que quando se fala de saúde integral deve se levar em consideração a saúde física, psíquica, mental e espiritual em todas as fases da vida.

É nesse sentido que o PAISM, junto com toda discussão proporcionada pelo contexto pós-ditadura, teria rompido com a concepção até aquele momento hegemônica que colocava

mulheres como produtoras e reprodutoras da força de trabalho; para uma visão mais ampliada que considera outras especificidades das mulheres marcadas pela opressão, incluindo a violência doméstica. Para Souto (2008) o programa se atenta para uma associação presente entre integralidade e gênero que carrega, seja na formulação de políticas ou atenção de profissionais, uma assistência que tende a priorizar a saúde reprodutiva.

Assim, se coloca em pauta que a saúde da mulher deve ser considerada em todas as fases da vida, de forma a se atentar para a autonomia da mulher.

A amplitude da integralidade na saúde, entretanto, está intimamente ligada com as disputas de interesses existentes entre a sociedade e o Estado. A autora Farah (2004) diz que o momento pós-ditadura teria se dividido em dois momentos: o primeiro relacionado a ampliação dos direitos democráticos e um segundo momento, no final dos anos 1980, que estaria ligado à um projeto neoliberal, que buscava maior eficiência da ação estatal e, portanto passa a priorizar ações e políticas focalizadoras e seletivas e transferência de responsabilidades estatais para setor privado ou organizações não governamentais-ONGs. Tudo isso significou cortes nos gastos com políticas sociais em função do crescimento econômico, o chamado Estado mínimo e, conseqüentemente um comprometimento no diálogo dos movimentos com o Estado sendo as organizações não governamentais, segundo Farah (2004) responsáveis por manter esse diálogo dos movimentos feministas.

No âmbito internacional destaca-se a Conferência de Direitos Humanos em Viena, em 1993 onde é reconhecida a violência contra a mulher como uma questão de direitos humanos e em 1994 a Conferência Mundial sobre a Mulher em Belém do Pará onde se discutiram o enfrentamento às formas de discriminação e violência contra a mulher em que foram definidas diretrizes acerca das principais reivindicações femininas, ao qual este estudo se debruça acerca das reivindicações acerca da violência e saúde.

Como as políticas passaram a ter uma maior atenção às “mulheres pobres” consideradas as mais vulneráveis no que se refere às condições desiguais frente aos homens e às outras mulheres foram adotadas políticas focalizadoras ao que Farah (2004) chama de “discriminação positiva” numa tentativa de abranger esse grupo de mulheres no combate à pobreza.

Em seu texto Farah (2004) afirma que mulheres de classe baixa são as mais vulneráveis à discriminação e violências assim como àquelas com maiores dificuldades de acesso aos direitos e ao trabalho formal, conseqüentemente ao acesso à previdência social. Além disso, a autora indica que políticas de saúde, educação, geração de emprego e renda dentre outras, quando focalizadas nas mulheres acarretaria em maior eficiência, considerando

que possui um contingente maior de mulheres na população de baixa renda e que elas estariam intimamente ligadas as questões de moradia e de manutenção familiar. Pode se dizer que tal ideia estaria ligada a concepção de eficiência estatal neoliberal.

Cabe ainda ressaltar a questão da focalização ou universalização de direitos. Como bem explicita Kerstenetzky (2006) a associação entre universalização como garantia de direitos e focalização como não garantia de direitos é equivocada, pois tais disposições estariam relacionadas a visões diferenciadas acerca daquilo tido como justo⁴.

Para a autora supracitada, quando se adotam a focalização como meio de obter eficiência em detrimento dos direitos, assim como a individualização de direitos fala-se de *uma focalização residualista*. Por outro lado, a focalização que visa uma solução para problemas existentes, ou seja, a necessidade de se focar em algo para solucionar situações fala-se de uma *focalização condicionante*, da mesma forma que existe políticas focais com objetivo de restituir acessos de grupos à direitos universais; o que a autora chama de *focalização como ação reparatória*. Da mesma forma, a universalização que visa uma proteção básica, mas com base na justiça mercadocêntrica se configura em uma universalização residual, enquanto a universalização onde os serviços são oferecidos com qualidade se configuraria em uma universalização ampla.

Por fim, quando falamos de incorporação de gênero nas políticas públicas elas podem se expressar de forma focal, como foram delimitadas ações direcionadas às “mulheres pobres” na Conferência Mundial sobre a Mulher em 1994, isso não quer dizer que sejam de todo políticas residuais.

Igualmente quando se trata de políticas de gênero e políticas para mulheres como destaca Farah (2004):

Tal incorporação nem sempre significa, no entanto, ‘aderência’ à agenda de gênero ou incorporação da perspectiva de gênero, entendida como uma ação que promove a redução de desigualdades entre homens e mulheres. Há programas que, embora focalizem as mulheres ou a elas dirijam módulos específicos, acabam por reiterar desigualdades de gênero, reafirmando uma posição tutelada e subordinada da mulher tanto no espaço público como no privado. (p. 65).

⁴ Para aqueles adeptos da “justiça de mercado” ou mercadocêntrica, entende-se que é justo distribuir aquilo que provem da vantagem do livre mercado e ao Estado cabe apenas prover renda mínima em uma espécie de “seguro social contra a incerteza”. Os adeptos da justiça *espessa* acreditam que desigualdades não derivam de escolhas ou de responsabilidades individuais e, portanto, prezam por políticas que buscam a liberdade política e igualdade econômica. (Kerstenetzky, 2006).

É necessário pensar que tais políticas foram de tamanha importância para o movimento feminista assim como para a visibilidade das condições das mulheres permeada por uma cultura que oprime, que subvaloriza as questões femininas, em diversas áreas como a área jurídica e a da saúde. A incorporação do conceito de gênero pelas políticas traz a demanda por integralidade e transversalidade das ações, ou seja, a incorporação pelas diversas esferas públicas das questões referentes as situação de mulheres no Brasil e no mundo e, por isso deve-se levar em consideração a importância de um trabalho conjunto entre as áreas de atuação não podendo responsabilizar por completo a área da saúde no enfrentamento à violência. É preciso considerar a interdisciplinaridade entre os serviços, pois cada um possui, a partir de seus conhecimentos e funções específicas, maneiras de contribuir, cabendo à saúde a responsabilidade principal da prevenção.

2.3. Legislações e normativas relevantes sobre violência contra mulher e saúde

No ano de 2000, foi marcado pelo caso de Maria da Penha que vivenciara um histórico de violências domésticas e, embora houvesse discussões internacionais sobre a violência doméstica contra mulheres, em que o Brasil participara as respostas do poder judiciário foram consideradas ineficientes, na época, pelas entidades internacionais e sob a pressão internacional o Brasil se viu obrigado a punir esses casos com maior vigor.

Frente a isso, destaca-se a existência na área da saúde o já referido Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM criado em 1985, programa que elencou não só a incorporação de questões femininas no âmbito das políticas como trouxe princípios de movimentos sanitários que iriam balizar posteriormente a formulação do Sistema Único de Saúde – SUS, como o princípio da descentralização, o que amplia a autonomia dos municípios na implementação dos serviços, assim como a hierarquização dos serviços como forma de garantir a integralidade e equidade na atenção em saúde.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde promove o PAISM para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM o qual fora respaldado nos princípios e diretrizes contidos atualmente na legislação da “Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 17) e, em estudos científicos que implicavam no relato das principais causa de óbito na população feminina destacando em como alguns problemas podem afetar de maneira diferente homens e mulheres. As questões postas, portanto, perpassam a saúde da mulher de forma a considerar os ciclos de vida da mulher, ou seja, uma atenção que considera a saúde ao longo da sua vida

e não só focalizadas nas questões reprodutivas, assim como as condições das mulheres e suas especificidades e consequências no processo saúde-doença.

Dessa forma foram estabelecidos como questões prioritárias: a mortalidade materna; a precariedade da atenção obstétrica; o abortamento em condições de risco; a precariedade da assistência em anticoncepção; a atenção às DST/ HIV/Aids ; a violência doméstica e sexual; a saúde de mulheres adolescentes; saúde da mulher no climatério/menopausa; saúde mental e gênero; as doenças crônicas-degenerativas e câncer ginecológico; saúde de mulheres lésbicas, saúde de mulheres indígenas, negras, de trabalhadoras rurais e em situação de prisão.

Vale ressaltar, segundo Ministério da Saúde, 2004 a incorporação da violência sexual e doméstica como uma temática nova, tal como o enfoque de gênero que perpassa as questões de saúde mental. Essas temáticas estariam ligadas as condições sociais, culturais e econômicas de mulheres que são reforçadas pelas desigualdades de gênero, raça/etnia, idade e orientação sexual. Pois se considera, a partir de estudos sócios demográficos, que mulheres possuem em sua maioria profissões desvalorizadas, e que possuem menos espaço de decisão na vida pública sendo mais suscetível a sofrerem violências além de se submeterem as duplas ou triplas jornadas de trabalho:

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.45).

No mesmo documento é relatado um histórico de discriminações, frustrações e violações de direitos nos atendimentos buscados por mulheres no sistema de saúde que podem ocasionar em mais males àquelas já necessitadas dos serviços de saúde. E por isso, há destaque para a necessidade de uma atenção humanizada e qualificada onde se valorize a relações entre os sujeitos, entre profissional e paciente de forma que mulheres possam ter capacidade e autonomia para fazer suas escolhas. Dessa forma, desde 2004 são estabelecidos os objetivos principais na atenção à saúde de mulheres brasileiras:

– Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e

ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na área jurídica os casos de violência contra as mulheres teriam passado cerca de uma década sendo julgados pelos Juizados Cíveis e Criminais em que enquadravam as agressões sofridas por mulheres como delitos de menor potencial ofensivo e, portanto, regidos pela Lei nº 9.099/95⁵. Como expressa Braga e Oliveira (ANO DESCONHECIDO) tal concepção jurídica teria transformado a questão da mulher em meras disfunções familiares que deveriam ser resolvidas por meio de mediações de conflitos, o que mantinha a invisibilidade da questão. Sendo, somente após o caso Maria da Penha, promulgada em 2006 a Lei nº 11.340/2006 conhecida como Lei Maria da Penha.

Ressalta-se o artigo nº41 da Lei nº 11.340/2006 no qual no ano de 2011, a partir da decisão do Plenário do Supremo Tribunal Federal⁶, impossibilita que o artigo nº 89 da Lei nº 9.099/95 seja aplicado em casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Art. 41. Aos crimes praticados com violência doméstica e familiar contra a mulher, independentemente da pena prevista, não se aplica a Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995.

Em julho de 2004, ocorreu também a primeira Conferência Nacional de Políticas para a Mulher (CNPM) convocada pelo Presidente da República e coordenada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres⁷ e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Momento que se iniciou a elaboração de um Plano Nacional de Políticas pra

⁵ A Lei nº 9.099/95 do artigo 98, Inciso I, da Constituição Federal o qual trata da não obrigatoriedade da ação penal, ou seja, possibilita a não punibilidade de crimes considerados de menor potencial ofensivo com penas máximas de dois anos por meio de penas alternativas. Ela fora amplamente questionada pelo movimento feminista quanto sua aplicação em relação à lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), pois acabam por banalizar a violência doméstica contra mulheres, esta que se diferencia por envolver relações familiares, e que, portanto, não deveriam ser julgados da mesma maneira que casos de violência decorrentes de outros fatores. As penas alternativas faz com que mulheres se sintam desamparadas pela lei que não pune. Ressalta-se a importância de uma legislação que vede o uso da lei nº 9.099/95, pois do caso contrário permitiria que cada órgão interpretasse a aplicação à sua maneira.

⁶ Informação retirada do site do STF: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=175260>

⁷ Secretaria vinculada à Presidência da República possui status de ministério e tem por competência assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres, criada no ano de 2003 com regimento interno revisto e aprovado no ano de 2013, pela portaria nº 78, de 09 de agosto de 2013.

Mulheres – PNPM, posteriormente revisado no ano de 2013.

A elaboração desse plano teria sido o propulsor no que tange as políticas de atenção à saúde da mulher e ao enfrentamento da violência sofridas por mulheres no Brasil, onde as ações buscam envolver os diferentes setores para além da segurança e assistência como forma de garantir o atendimento integralizado. Dados presentes no PNPM de 2013-2015 informam que “mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde”. É nesse sentido que o Plano visa o fortalecimento da PNAISM assim como o fortalecimento de seus princípios e diretrizes previstos nessa política. São estabelecidas metas as quais destaco a redução da violência institucional e a violência obstétrica nos serviços de saúde; a ampliação do número de profissionais da Estratégia da Família capacitados em gênero e nos princípios do PNAISM; a ampliação de 20% no número de serviços de saúde com notificação de violências doméstica, sexual e outras violências implantada e o acompanhamento da implementação da notificação compulsória nos municípios brasileiros, conforme a Lei nº 10.778/2003, do Ministério da Saúde.

No que concerne, especificamente, o enfrentamento da violência contra mulheres, destaca-se a Lei nº 11.340/2006, que diante da dimensão do problema viera na tentativa de transformar a realidade descrita no PNPM 2013-2015 o qual afirma que segundo dados de 2006 à 2011 da Organização Mundial de Saúde “o Brasil está entre os dez países com maior número de homicídios femininos”, sendo eles em sua maioria cometidos por parceiros da vítimas.

Um dos principais avanços provenientes da lei teria sido no sentido do Estado passar a coibir tais violências conceituadas como de natureza psicológicas, morais física, sexual e patrimonial.

Algumas outras conquistas obtidas com a temática foram o crescimento da Rede de Atendimento à Mulher, as unidades móveis de atendimento às mulheres do campo e florestas e a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 no qual viera a se transformar recentemente, em junho de 2014, segundo metas estabelecidas, em Disque Denúncia. Além da consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres as quais irão nortear as políticas públicas de forma integral, transversal e conforme especificidades de grupos já referidos. (mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, lésbica, bissexuais, transexuais, adolescentes e deficientes).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres destaca quatro eixos principais o qual suas ações devem se basear: prevenção, proporcionada por ações

educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas; o combate, proporcionado pelo cumprimento da Lei nº 11.340/2006 e ações punitivas, a assistência, proporciona por uma rede de atendimento e capacitação profissional para às mulheres em situação de violência e a garantia dos direitos, considerando os tratados e convenções internacionais e respeito à autonomia das mulheres.

Quadro 1 – Legislações e normativas vigentes referentes à atenção à mulher em situação de violência

Legislações, Decretos e Portarias	Assunto
Lei nº 10.741, de 24 de novembro de 2003.	Que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;
Portaria nº 2.406, de 05 de novembro de 2004.	Que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento de fluxo para notificação;
Portaria nº 1.508, de 01 de setembro de 2005.	Que dispõe sobre o procedimento de Justificação e Autorização de Interrupção de Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS;
Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção

	Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.	Que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.	Que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS;
Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013.	Que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
Portaria nº 485, de 01 de abril de 2014.	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A notificação compulsória dos casos de violência contra mulher é o aparato que mais aparece nas legislações de saúde apresentados acima. Tais legislações também estariam alinhadas às orientações internacionais e trazem avanços quando preveem atenção integral à mulher em situação de violência sexual assim como uma organização, que se mostra extremamente necessária, da rede de saúde para que estejam articulados com as outras áreas de atuação, como a segurança pública e a Lei Maria da Penha. Embora, as intenções estejam de acordo com as convenções internacionais e possuírem uma visão ampla da saúde, esta

deveriam refletir nas práticas profissionais, tais práticas que serão analisadas no próximo capítulo.

Capítulo 3 - Apresentação e análise dos dados

Este tópico é o resultado da revisão bibliográfica. Abordam-se inicialmente os procedimentos metodológicos adotados e o percurso transcorrido para o alcance dos objetivos propostos. Tendo como foco a discussão acerca da produção científica sobre a atenção a saúde das mulheres em situação de violência no âmbito do SUS, após o levantamento da produção científica no processo de análise, foram identificados três eixos temáticos importantes para entender a dinâmica da saúde com relação ao tema violência de gênero: *O modelo biomédico e a invisibilidade da violência de gênero; A assistência em saúde; A educação continuada.*

3.1. Metodologia: o caminho percorrido

O estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva e consiste no amparo de pesquisa bibliográfica e documental e, portanto, se utilizou de artigos e periódicos, redigidos em português, no período referente ao mês de agosto do ano 2006 a maio de 2014, nas bases de dados Scielo⁸ que tratam do tema referente à violência-contra mulheres dentro de uma perspectiva de gênero. A pesquisa qualitativa, como denomina Minayo (2005), pretende compreender os significados individuais e coletivos; diretos e indiretos que dão significado à um determinado processo e, como ele se manifesta em determinado contexto. Busca-se um entendimento da realidade, entendendo-a como uma realidade dinâmica, a partir do olhar do outro, sendo o pesquisador um instrumento de apreensão desta. Os procedimentos são ajustáveis e os recursos devem ser flexíveis, não excluindo, portanto, os métodos e dados quantitativos.

Foram selecionados artigos a partir dos descritores: violência de gênero; SUS e violência doméstica, Lei Maria da Penha. Como fonte documental utilizou-se, além da Lei Maria da Penha, legislações, portarias e normatizações da Secretaria de Políticas para as Mulheres e Ministério da Saúde que tenham relação com a temática de estudo.

Primeiramente foi feita a leitura exploratória a qual se pretendeu selecionar os artigos e periódicos relevantes ao tema, para depois serem determinados àqueles que se inseriam diretamente dentro dos objetivos explicitados.

Após processo de seleção dos artigos e do levantamento documental, foi feito o processo de organização e sistematização do material coletado, para na sequência proceder a

⁸ “A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. O acesso aos títulos dos periódicos e aos artigos pode ser feito através de índices e de formulários de busca. Este site é constantemente atualizado tanto no seu formato como no seu conteúdo, de acordo com os avanços e os resultados do projeto”. Disponível em: < <http://www.scielo.br/?lng=pt> > Acesso em: 03 de junho 2014.

análise da produção científica, das legislações, orientações e normatizações vigentes, momento em que foram considerados dentre outros aspectos analíticos: os jurídicos, políticos, sociais e as condições de acesso ao direito à saúde.

Com relação ao descritor: *Violência de gênero* foram encontrados o total de 229 artigos sendo que após leitura do título e resumos, selecionaram-se 94; na sequência fez-se uma nova leitura observando a data da publicação dos artigos, decorrendo uma 2ª seleção, chegando ao número de 73 artigos. Desses, após uma releitura dos resumos e relacionando aos objetivos da pesquisa, foram selecionados 27, sendo que após leitura aprofundada foram retirados mais 03, totalizando 24 artigos.

Quanto ao descritor: *SUS e violência doméstica* foram encontradas 21 referências das quais se selecionaram, a partir da data e da leitura dos resumos, 09 artigos. Totalizando ao final de leitura mais aprofundada 07 artigos.

O descritor: *Lei Maria da Penha* contabilizou um total de 24 referências sendo selecionados 05 artigos.

Os estudos analisados se estendem com maior concentração nas regiões centro-oeste, sul e nordeste, sendo alguns dos estados principais: São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Minas Gerais.

Foram construídas tabelas com objetivo de facilitar conexões existentes entre os dados coletados. Logo após se delimitou alguns eixos de análise para o estudo que consideramos relevantes para a temática aqui abordada.

Quadro 4. Artigos utilizados em pesquisa.

1. DESCRITOR: VIOLÊNCIA DE GÊNERO	
1.1	AQUINO, Estela M L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006
1.2	VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2011 .
1.3	ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 48, 2014.
1.4	VIEIRA, Elisabeth Meloni et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 12, n. 4, Dec. 2009 .

1.5	GONTIJO, Daniela Tavares et al . Violência e saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, 2010
1.6	GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. <i>Esc. Anna Nery</i> , Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 2009
1.7	GOMES, Nadirlene Pereira et al . Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. <i>Psicol. USP</i> , São Paulo, v. 25, n. 1, Apr. 2014.
1.8	SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009.
1.9	GOMES, Nadirlene Pereira et al . Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. <i>Saúde debate</i> , Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, Dec. 2012.
1.10	D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al . Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009.
1.11	DE FERRANTE, Fernanda Garbelini; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. <i>Interface (Botucatu)</i> , Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009.
1.12	PEDROSA, Claudia Mara. A construção de uma ferramenta social para promoção da saúde e dos direitos das mulheres. <i>Paidéia (Ribeirão Preto)</i> , Ribeirão Preto, v. 19, n. 42, Apr. 2009.
1.13	SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. <i>Acta paul. enferm.</i> , São Paulo , v. 26, n. 6, Dec. 2013 .
1.14	SCHRAIBER, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.
1.15	BERGER, Sônia Maria Dantas; GIFFIN, Karen Mary. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. <i>Interface (Botucatu)</i> , Botucatu, v. 15, n. 37, June 2011.
1.16	HESLER, Lilian Zielke et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. <i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> , Porto Alegre , v. 34, n. 1, Mar. 2013.
1.17	BARALDI, Ana Cyntia Paulin et al . Violência contra a

	mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 12, n. 3, Sept. 2012.
1.18	GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. spe2, Dec. 2011.
1.19	MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al . Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 6, Dec. 2008.
1.20	CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, Jan. 2006.
1.21	GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; EGRY, Emiko Yoshikawa. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 47, n. 2, Apr. 2013.
1.22	FRANZOI, Neusa Maria; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GUEDES, Rebeca Nunes. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, June 2011.
1.23	OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 4, Dec. 2007.
1.24	ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 3, Sept. 2008.
2. DESCRITOR: SUS E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	
2.1	DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2013.
2.2	FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, Sept. 2013.
2.3	SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA,

	Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, June 2013.
2.4	KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007.
2.5	LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Domestic violence: possibilities and limitations in coping. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, Dec. 2011.
2.6	SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ, Normélia Maria Freire. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. 4, Dec. 2011.
2.7	DINIZ, Normélia Maria Freire et al. Women who were burned by their husbands or partners. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 3, Sept. 2007.
3. DESCRITOR: LEI MARIA DA PENHA	
3.1	POUGY, Lilia Guimarães. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha,. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 1, June 2010.
3.2	DANTAS, Benedito Medrado; MELLO, Ricardo Pimentel. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 20, n. spe, 2008.
3.3	ALVES, Elisângela da Silva; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de; MAFFACCIOLLI, Rosana. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 3, Sept. 2012.
3.4	CARNEIRO, Alessandra Acosta; FRAGA, Cristina Kologeski. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, June 2012.
3.5	MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Mar. 2013.

Fonte: Do autor.

Quadro 2. Artigos disponíveis e artigos selecionados

Descritor	Encontrados	Pré-selecionados	Selecionados	Excluídos	Total
Violência de gênero	229	73	27	03	24
SUS e violência doméstica	21	09	09	02	07
Lei Maria da Penha	24	05	05	-	05

Fonte: Do autor.

Quadro 3. Ano referentes às publicações.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Todos
Violência de gênero	02	01	01	07	01	04	02	03	02	24
SUS e violência doméstica	-	01	-	-	-	02	-	03	-	07
Lei Maria da Penha	-	-	01	-	01	-	02	01	-	05

Fonte: Do autor.

3.2. O modelo biomédico e a invisibilidade da violência de gênero

Ao longo da pesquisa foi possível destacar o modelo biomédico como predominantes nas práticas de saúde. Trata-se de uma perspectiva de atenção à saúde, voltada para o individualismo, saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologismo, na medicina curativa, medicamentosa e hospitalocêntrica.

Paim (2008) irá descrever os modelos de atenção em saúde como sendo combinações tecnológicas estruturadas para resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas, ou seja, os modelos em saúde refletem uma lógica ao qual irá orientar as ações utilizando saberes e instrumentos de trabalho. Nesse sentido que ele afirma que no Brasil há uma concentração dos serviços de atenção de níveis secundários e terciários,

baseados em uma assistência hospitalar e, portanto, um “modelo hospitalocêntrico” que irão basicamente se ater em um modelo médico hegemônico ⁹.

Os estudos analisados evidenciaram a predominância nas práticas centradas na doença, e nos aspectos clínicos, de modo que não se atenta às causas de lesões, por exemplo, ou causas que levam mulheres a solicitar os serviços de saúde de forma constante sem motivos aparentes, dado que se apresenta em alguns artigos. O artigo, *Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência* de Villela et al (2011), sinaliza para diversas questões referentes a esse atendimento restrito às questões puramente clínicas. Atribui-se o fato de que violências raramente são relatadas nas consultas, mesmo após iniciativas do Estado e suas leis no combate à violência contra mulheres, além de outras questões devido à falta de privacidade nos hospitais. Foi observado neste artigo, que normalmente quem informa aos pacientes aonde devem se dirigir são seguranças, e, portanto, homens, aparentemente, sem preparo ou sensibilização para a questão e, a quem mulheres teriam que expor sua situação de vulnerabilidade.

Outra questão destacada seria a impessoalidade nos atendimentos assim como o despreparo dos profissionais de abordar assuntos, aos quais consideram “íntimos”, o que reforça a concepção arraigada e já desmentida pelas leis, de que o que acontece no âmbito privado deveria ser resolvido no âmbito das relações familiares. É nesse sentido que médicos e outros profissionais se atentam às lesões, quando aparentes, sem considerar as determinações sociais que envolvem mulheres em situação de violência doméstica. A prioridade dos atendimentos gira em torno das marcas visíveis e da gravidade destas. A não integralidade dos serviços seria uma limitação para a atuação dos profissionais na abordagem do tema, pois se considera que saúde, assim como as relações de gênero e as violências decorrentes dessa construção são temas transversais que devem ser tratadas em diferentes áreas. A demora no atendimento também seria motivo para que mulheres não recorram aos serviços com queixas acerca da violência vivenciada. De acordo com o artigo, de Villela (2011) as falas dos profissionais reiteram o pensamento de que mulheres vítimas de violência “estão no lugar errado” e deveriam ser atendidas em serviços especializados, discurso que vai de encontro ao discurso oficial de que violência contra mulher é sim uma questão de saúde. O

⁹ Paim (2008) afirma que no Brasil dois modelos de atenção à saúde convivem de forma contraditória: o modelo médico gerencial e o modelo sanitário. O primeiro modelo possui alguns traços fundamentais, tais como individualismo, saúde/ doença como mercadoria, ênfase no biologismo, medicina curativa, consumismo médico, participação passiva dos consumidores. O modelo sanitário possui como ponto de partida as necessidades coletivas e, se baseia em programas e campanhas como forma de ações com ênfase no saber biomédico. Ressalta-se que, ambos não contemplariam, segundo o autor, os fundamentos da integralidade em saúde.

despreparo dos profissionais reflete também no tratamento estereotipado e por vezes preconceituoso, que passam a culpabilizar às vítimas caracterizando uma violência institucional.

Tais comportamentos refletem uma tendência a segregar serviços e, portanto, a transferir responsabilidades, ao que indica os artigos, principalmente aos psicólogos ou para o setor policial e judiciário, o que não resolve o problema. Tal tendência também estaria em desacordo com os princípios de integralidade presentes no SUS, e seriam limitadores de uma intervenção interdisciplinar e humanizada: Como preconizado por Gomes (2014):

Além disso, o acolhimento e a escuta se relacionam à humanização do atendimento e, portanto, dizem respeito a todos os profissionais que prestam assistência direta à clientela. (p.67).

O artigo *Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios*, de Schraiber et al (2009), afirma que a violência foi objeto das ciências sociais desde sua origem, sua incorporação pela saúde foi cronologicamente posterior e, nesse sentido a saúde apresenta dificuldades no que se refere à atuação práticas pelo profissional dessa questão. Um desafio seria o de construir um conhecimento interdisciplinar onde seja possível articular a ciência e a atenção em saúde. Ele então irá propor meios de aproximação entre as áreas como forma de aperfeiçoar práticas de saúde, ainda centradas na doença, quanto a sua abordagem do tema violência doméstica:

A modernidade, de modo geral, orientou toda a produção de conhecimentos para um sentido mais prático. Na medicina e na saúde pública, esse caráter pragmático está bem acentuado, na grande aplicabilidade dos conhecimentos que buscam produzir. (SCHIRAIKER et al, 2009. p. 1024).

A interdisciplinaridade surge como ponto orientador na articulação entre a reflexão conceitual e as investigações empíricas, onde se permite delimitar as diversidades das violências e assim facilitar maior distinção entre elas, considerando as diferenças presentes de um comportamento natural para àqueles afetados por relações legitimadas de poder. Da mesma forma, no mesmo artigo, afirma que seria importante que houvesse a possibilidade da área da saúde perceber as questões diferenciadas da vida pública e da vida privada; e das relações estabelecidas entre gênero e situação socioeconômica. Tais delimitações trariam um

arcabouço aos profissionais para se posicionar melhor frente às emoções e as situações de risco:

Trata-se, assim, do desafio em formular essa violência nos marcos de uma interdisciplinaridade tanto conceitualmente quanto tecnologicamente, tendo por referência, a nosso ver, o paradigma da integralidade em saúde. (SCHIRAIKER et al, 2009, p.1025).

As não aproximações da saúde com as ciências sociais e, conseqüentemente, com as questões de violência de gênero se expressam nas pesquisas em relatos de médicos em que mencionam apenas os sinais físicos visíveis e não questionam a respeito da origem dos ferimentos mesmo quando há suspeita.

É possível perceber que existe uma linguagem oficial presente nas políticas públicas coerente com os fundamentos da integralidade das práticas de saúde e no que se refere às mulheres também caminham para uma orientação dada pelas convenções e conferências internacionais. Entretanto, existe um desafio ao qual o artigo *O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho*, de Almeida et al (2014), ressalta que é o de transformar o que está escrito em práticas para que potencialize a emancipação da opressão de gênero, sendo que a saúde vem para contribuir com a mudança de paradigmas do modelo de atenção à saúde da mulher.

Essa transformação, no entanto, de acordo com esse mesmo estudo, só ocorrerá se houver mudança articulada entre três pilares destacados: a) a intenção da política, b) a organização dos serviços, c) os processos de trabalho designados objeto, finalidade e instrumentos. (ALMEIDA et al, 2014).

As autoras, Almeida, Silva e Machado (2014, p. 49) partem do pressuposto de que existe uma desarticulação desses três pilares. A saúde possui “uma lenta aproximação com os princípios e diretrizes emancipatórios que a teoria de gênero defende”. As práticas de saúde, portanto, estariam ligadas aos aspectos biológicos e curativos o que faz com profissionais apresentem dificuldades de entrar em assuntos considerados por eles “delicados” e “íntimos”, não reconhecendo a violência como uma violação de direitos e não dando importância se a paciente não relatar o fato. A falta de reconhecimento da violência como problema de saúde ocasiona em subnotificações destas, além de uma transferência de responsabilidade para outros profissionais como o psicólogo. Refletem uma desvalorização para com os aspectos sociais e subjetivos das mulheres, além disso, a inadequação do saber instrumental baseados

no senso comum, acabam por culpabilizar mulheres em situação de violência. Práticas estas que acabam por legitimar violências no âmbito doméstico devido à invisibilidade dada pelos profissionais quando não abordam o tema mesmo quando suspeitam, devido o despreparo e, um distanciamento das ciências sociais e, de práticas interdisciplinares de caráter preventivo.

É necessário que se empregue também segundo as autoras, métodos de avaliação para subsidiar gestores nas estratégias para a efetivação do sistema de saúde, atualmente as avaliações se limitam a quantificar a produção das unidades; indicadores de produtividade sem uma análise qualitativa, também como forma de retirar a violência contra mulheres no âmbito doméstico da invisibilidade.

3.3. A assistência à saúde da mulher em situação de violência

Os estudos apontam para uma assistência à saúde, principalmente, a atenção primária em saúde como sendo o ponto de partida para as práticas preventivas.

A atenção primária em saúde, também chamada de atenção básica de saúde¹⁰, deve constituir-se como porta de entrada para os outros níveis de atenção e, portanto, precisa ser acessível à população. De acordo com Giovanella e Mendonça (2008) a atenção primária possui como atributos essenciais o acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) onde devem considerar o contexto familiar como forma de melhor responder as demandas dos (as) pacientes além de orientar a comunidade. Daí vem a importância da atenção primária em saúde na detecção e intervenção nos casos de violência doméstica, além de:

[...] a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão. (GIOVANELLA, 2008; MENDONÇA, 2008, p.575).

São destacadas na maioria dos artigos selecionados as Unidades básicas de Saúde, a importância destas no acesso e garantia do atendimento à saúde das mulheres. Foram destacados também os programas Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Agentes comunitários de saúde, alguns citam também os enfermeiros, como percursores de uma ação mais humanizada e ligada aos interesses das políticas de saúde integral da mulher e políticas relacionadas à violência doméstica que frequentemente atinge mulheres em todo Brasil.

¹⁰ As autoras Giovanella e Mendonça (2008) explicam que o termo “atenção básica” teria surgido no Brasil para contrapor aos programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade denominados “atenção primária”, embora, os termos sejam utilizados como sinônimos em algumas situações. Neste trabalho optou-se pelo uso do termo sem diferenciações. A atenção primária utilizada no sentido referente à atenção básica como sinônima.

Os agentes comunitários de saúde teriam sido uma categoria composta por leigos sem formação na área, e de acordo com Giovanella e Mendonça (2008) surgiram com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991 como forma de estender a atenção nas regiões Norte e Nordeste, em área com dificuldades de acesso. As atribuições dos agentes comunitários teriam se expandido gradualmente, dentre elas destaca-se o diagnóstico comunitário e a identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher. A partir daí averiguou-se a potencialidade do Pacs e de suas ações de caráter preventivo sendo formulado o Programa Saúde da Família (PSF), em 1993, por meio da Portaria MS nº 692 o que posteriormente se tornara a Estratégia Saúde da Família (ESF):

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF respaldava a participação popular e cooperava para a expressão das necessidades de saúde da população, construindo um marco de referência pra o exercício do controle social como direito de cidadania. (GIOVANELLA, 2008; MENDONÇA, 2008, p.603).

O programa então tornara a atenção primária mais abrangente, devido a preconização pela busca ativa e acompanhamento da população de determinada área e pela implicação de uma equipe multiprofissional.

Assim, possui ênfase na promoção e prevenção em saúde e possui maior cobertura considerando as visitas domiciliares como propiciadora de criação de vínculos entre agentes comunitários e enfermeiros com as pacientes. Além de propiciar um atendimento integral contra a violência, sendo a detecção o primeiro passo para a desnaturalização da violência. Tal iniciativa foi reconhecida perante o Ministério da Saúde que em 2006 editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que ampliava a concepção de uma atenção primária podendo ser ela uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com ou sem PSF, garantindo assim os fundamentos da universalidade, integralidade, das relações de vínculo, da formação e capacitação dos profissionais e da participação popular.

No decorrer das leituras dos diversos estudos perceberam-se, entretanto, certos aspectos referentes aos atendimentos e abordagens dados pelos diversos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais com faixa etária variada. Assim como foi possível delimitar necessidades e

propor estratégias no intuito de sensibilizar a área da saúde como um todo para as questões de violência de gênero perpetrada contra mulheres em ambiente doméstico.

O que alguns estudos apontam é que as mulheres, normalmente, não procuram os serviços de saúde para relatar as violências vividas, mas apenas para tratar suas consequências, sejam elas de cunho físico ou psicológico, a exemplo daquelas que aparecem com frequência nas consultas sem apresentarem motivos aparentes. Assim, infere-se que mulheres podem não relatar violências, pois não consideram que estas questões são demandas em uma consulta médica, ou seja, há um ciclo que se reforça concomitantemente pela percepção das mulheres de que médicos não tratam da violência e, de médicos que não consideram tais situações como não sendo um problema de saúde.

Os relatos das mulheres então seriam vistos como “desabafos” onde profissionais que entendem dessa forma tendem a não abordar o assunto preventivamente na busca por maior autonomia da usuária. A violência como causa dos agravos não são consideradas prioridades por boa parte dos médicos e dos demais profissionais de saúde, o que acaba muitas vezes na subnotificação dos casos. Percebeu-se que profissionais, quando sentem obrigados a abordar tal assunto o fazem com dificuldade e de forma menos incisiva. Devido ao despreparo, o que acontece com muitos profissionais, eles tentam ou resolver de forma individual sem buscar articular com outras áreas de conhecimento, ou atribuir a responsabilidade para profissionais da psicologia ou setores policiais. Em alguns estudos mostram também uma associação da violência com aspectos econômicos como o desemprego e a pobreza e forte culpabilização das mulheres por não aderirem aos serviços oferecidos, expressos em falas como:

A doutora marca consulta com ela e ela não vem, o problema aí não é nem ajuda, é mais dela ter atitude, que ela não tem. (E1)

Ela tá morando lá. Se ela tivesse tomado providências, não estaria acontecendo. (E1). (GUEDES et al, 2011. p. 1733)

Existe então o afastamento ou até mesmo a negação do assunto, quando ‘psicologizam’ a questão ou restringem (erroneamente) o fenômeno à uma determinada classe social. O silêncio em torno da questão da violência de gênero então acaba por reiterar as discriminações de gênero.

Tanto o silêncio como impotência tem o medo como um dos elementos paralisantes. O medo da mulher e do profissional de saúde tem uma fonte e comum que é a dominação masculina. (Oliveira et al, 2007. p.608).

Psicólogos são demandados por outros profissionais devido a atuação destes serem capazes de identificar aquilo que não é dito e da possibilidade de valorizar a mulher, entretanto, os próprios psicólogos referem ter dificuldade para atender a demanda, inclusive para realizar ações de promoção e prevenção do agravo da violência como explicita o artigo *Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia Saúde da Família*, de Gomes et al (2014). Atitudes medicalizadoras aparecem como práticas recorrentes, no artigo *Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?* de Baraldi et al (2012), assim como encaminhamentos para terapia de casal ou individual que individualizam a questão. Em estudo realizado em 2013 foi evidenciado que agentes comunitários de saúde também têm dificuldades na abordagem, pois carregam muito do que foi culturalmente construído e legitimado:

Constata-se que, para a maioria dos ACS entrevistados, a violência contra as mulheres passa a ser considerado, 'destino de gênero', o que, resulta na naturalização e normalização dos eventos e, conseqüentemente, impede a ação sobre os mesmos. (HESLER et al, 2013, p.183).

Frente a essas dificuldades, a partir da análise dos estudos, foi possível identificar estratégias que possibilitam uma aproximação dos aspectos fundamentais das políticas voltadas à atenção a saúde da mulher em situação de violência, com as práticas de saúde nas unidades básicas.

A visita domiciliar foi um procedimento apontado como potencializador na detecção das situações de violências, sendo o agente comunitário responsável pela criação de vínculos de confiança e pela disseminação de informações referentes aos direitos dessas mulheres e serviços disponíveis. Destaque também dado aos enfermeiros por serem os primeiros a terem contato nos serviços de saúde.

A assistência pré-natal, os atendimentos referentes a violência sexual ou aborto seriam serviços estratégicos para abordar as pacientes, considerando um número alto de casos apresentados nos estudos que identificar histórico de violências que levaram a uma violência sexual no relacionamento conjugal, ou em uma gravidez indesejada ou até mesmo a um aborto provocado. O artigo *Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros*, de Diniz et

al (2007), teria relacionado a violência doméstica como desencadeadora de lesões corporais por queimadura em mulheres em uma pesquisa em um serviço de pronto-atendimento de um hospital público de referência para o tratamento de queimados na cidade de Salvador- BA, constatando a existência dessa relação a partir de relatos das próprias mulheres.

No artigo *Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual*, de Oliveira e Fonseca (2007) a violência sexual como sendo a mais sofrida e com mais agravos à saúde seria uma prática que perpassam gerações o que pode acabar por naturalizar esse tipo de agressão. É necessária a discussão do tema na cotidianidade dos serviços de saúde, de definir prioridades e de estabelecer parcerias com outros serviços.

A associação existente entre ser homem e ser violento confirmam representações de masculinidade sendo a violência sexual a reafirmação de uma identidade masculina e a posse do corpo da mulher ao efeito simbólico de recoloca-lo no lugar hierarquicamente subordinado de esposa.

A persistência da ideia de que a sexualidade é moldada por forças internas, sobre as quais não existem controles por serem naturais, constitui-se num dos maiores obstáculos para erradicação das práticas sexuais violentas. (CAVALCANTI et al, 2006. p.34).

Outra forma de aproximação e criação de vínculos citados, embora pouco, foram os atendimentos grupais como possibilidade de alcançar maiores respostas no fortalecimento dos canais de comunicação entre profissionais e pacientes.

Tais estratégias se veem necessárias devido à necessidade de uma sensibilização contínua dos profissionais de saúde, considerando que eles podem também vivenciar situação parecidas, questões que devem ser trabalhadas e levadas em consideração. Além disso, relatos de profissionais expressam que tal tema é de difícil abordagem e implicaria no receio deles em abordar quando mulheres não confirmam violências, embora, se perceba maior conhecimento quando os casos são confirmados.

Quanto à atenção das mulheres necessita-se de abordagem que valorize e busque uma maior autonomia dessas mulheres. Autonomia que é definida por Guedes et al (2011) como sendo o poder de dar a si a própria lei; capacidade de livre decisão. Entretanto, deve-se ter cuidado no uso da autonomia referida pelos profissionais neste estudo, para que não reduza a questão à

mera “força-de-vontade” das mulheres, desresponsabilizando-se assim os serviços de saúde em relação ao problema. A ênfase deve ser no deslocamento da representação da sexualidade feminina, assim como da feminilidade com um todo, para uma ação centrada na autonomia de sujeitos de direitos, sociais, políticos e inclusive sexuais e reprodutivos.

Ressalta-se a não notificação dos casos e a falta de interdisciplinaridade das ações como problemas que devem ser extintos para que estejam paralelos ao que preconiza as políticas de saúde da mulher, e atenção preventiva baseada nos fundamentos do PNAB. A avaliação contínua dessas políticas também seria necessária considerando que tais informações possibilitaria o aprimoramento de intervenções referentes ao tema estudado. À exemplo, dados presentes no estudo *Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família*, de Andrade e Fonseca (2008) dizem que casos de violências acontecem com frequência na gravidez, mas que este componente não é reconhecido nos dados referentes a mortalidade materna.

3.4. A Educação Continuada frente à desqualificação profissional

Em pesquisa realizada por Gomes et al (2014) no âmbito da Estratégia Saúde da Família destacou-se que mulheres possuem dificuldades de se perceberem em situação de violência e, também possuem sentimentos como culpa ou vergonha o que impedem elas de relatarem as violências, por isso a importância de uma capacitação para que profissionais possam intervir de forma preventiva nessas situações. Entender os motivos para que mulheres em sua maioria não relatem de forma espontânea seria uma forma de elaborar abordagens menos preconceituosa, ‘culpabilizadora’ ou que ‘revitalize’ mulheres.

Profissionais alegam falta de política institucional, entretanto, Vieira et al (2009) afirma que em diversos estudos mostram que protocolos são considerados poucos efetivos. Seria esse o caminho necessário? Eles também reclamariam do silêncio das usuárias, ao que Vieira et al (2009) responde com a seguinte citação:

As mulheres muitas vezes não relatam por não serem perguntadas, e o desconhecimento da real dimensão da violência é coerente com a falta de interesse e desvalorização do tema. (p.575)

O artigo *Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo*, de Gomes et al (2012), defende como elemento, que favorece o reconhecimento da violência

doméstica, a transformação do modelo de formação direcionando-o os currículos para uma perspectiva social, considerando a importância que as universidades na produção de conhecimento. Muitos profissionais apenas suspeitam quando existem sequelas físicas, o que está intimamente ligado ao olhar biomédico e tecnicista proporcionado pela formação, não consideram os vários agravos de ordem mental que mulheres sofrem como consequências de violências:

Dessa forma, os profissionais de saúde não questionam a mulher vítima de violência a respeito da origem dos ferimentos, voltando-se apenas para a assistência curativa medicamentosa. (GOMES, 2012, p.520).

Existe uma insuficiência das disciplinas isoladas para conhecer a violência, nesse sentido se torna importante uma saber diferenciar os tipos de violência para melhor abordagem nos serviços de atendimento, pois requerem orientações distintas.

O artigo *Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde*, de Moreira et al (2008), afirma a importância de se conhecer as diferenças entre os elementos condicionantes e os precipitantes, sendo os primeiros manifestados por meio de opressões, discriminações referentes as desigualdades econômicas, de gênero e o segundo composto pelo uso de álcool e substâncias tóxicas, estresse e cansaço que podem ocasionar em descontrole emocional e conseqüentemente em agressões. Neste estudo os profissionais destacam como causa da violência os seguintes elementos: machismo, dependência econômica das mulheres, álcool, e vivências familiares violentas na infância.

A falta de capacitação não está de acordo com os valores inovadores de saúde trazidos pelo SUS. Necessita-se de uma aproximação das áreas comprometidas com os direitos humanos e sociais.

Em um dos estudos, Vieira et al (2009), foi demonstrado, que profissionais possuem conhecimento sobre a violência de gênero, entretanto, não dominaram as questões epidemiológicas da violência. 55,7% tinham conhecimento geral de violência de gênero bom ou alto. 47%, correspondente à 104 dos entrevistados deste estudo, apresentou baixo conhecimento sobre alguns aspectos da epidemiologia da violência de gênero. Há grande associação da violência com desemprego e o abuso de álcool ou outras drogas, ou problemas psicológicos tanto da vítima quanto do agressor. Neste mesmo estudo foi identificada atitude positiva entre os profissionais mais jovens, em sua maioria mulheres.

Além disso, a falta de qualificação profissional para uma intervenção e compreensão da violência contra mulher numa perspectiva crítica e adequada a determinação social presente, levaria a responsabilização das mulheres por parte dos (as) psicólogos (as), entendendo que para interromper aquela situação dependeria, exclusivamente, da recuperação da autoestima dessas mulheres. Mas, o que impede mulheres de interromperem uma relação violenta? É só a dependência emocional? Tal concepção passa uma ideia de que mulheres nessa situação precisam necessariamente se separar, mas onde fica a autonomia dessas mulheres?

Profissionais devem respeitar a autonomia, ou seja, dar à elas o poder de decidir sob si mesma. O atendimento humanizado deveria proporcionar maior articulação e diálogo, o que impediria uma concepção limitadora da autonomia das pacientes.

Essa atitude medicalizadora dá a entender que a violência é uma situação que se situa no âmbito do normal/patológico e que deve ser resolvida na esfera íntima e privada, quando se trata de fenômeno social de altíssima prevalência. (BARALDI et al, 2012,p.316).

O artigo *A construção de uma ferramenta social para promoção da saúde e dos direitos das mulheres*, Pedrosa (2009), estudou com base na percepção das mulheres e destaca a violência institucional presentes na realização do parto. Em outro artigo, de Guedes, Silva e Fonseca (2009) que trabalha sob o mesmo olhar, mulheres relatam descaso dos profissionais de saúde. Mesmo em unidades em que existe a Estratégia Saúde da Família, profissionais afirmam não se sentirem instrumentalizados acerca do tema, atribuindo como contribuição, muitas vezes, a baixa autoestima da mulher atrelada a uma ideia de que mulheres seriam incapazes de reagir colocando-as em posição cristalizada de vítimas sem considerar as relações como processos dinâmicos. Relações que se expressam atualmente, na ocupação de mulheres nos espaços públicos.

No artigo *Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família*, de Franzoi et al (2011) são destacadas como relevantes os seguintes trechos tidos como relevantes:

No âmbito familiar, as mulheres participam cada vez mais como provedoras econômicas das famílias. Dessa perspectiva, aspectos culturais como mudança de valores, processo de individualização e autonomia de mulheres pelo trabalho e aumento do nível de escolaridade podem ter rompido parte da tradição da autoridade exclusiva masculina, o que pode determinar tensão

nas relações intergêneros desiguais. A autonomia da mulher na sexualidade e na reprodução também pode ser tensionadora, pois contesta o homem como regulador da sexualidade feminina. (FRANZOI, 2011; FONSECA, 2011; GUEDES, 2011, tela 6)

Apesar da dominação masculina se introjetar também no imaginário feminino, isso não significa afirmar que as mulheres são responsáveis pela própria opressão, que a escolhem conscientemente ou que se gratificam em adotar práticas submissas. A submissão feminina é, muitas vezes, citada como pretexto para culpar a vítima, mas é importante assinalar que essa construção não é um ato consciente e, sim, resultante de mecanismos ideológicos que ocultam ou dissimulam a realidade. (FRANZOI, 2011; FONSECA, 2011; GUEDES, 2011, tela 7)

O artigo *Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto*, de De Ferrante et al (2009) se diferencia dentre os outros estudos quando afirma que médicos demonstraram saber identificar os casos mesmo quando paciente não o relatam. Expressando outras dificuldades no que se refere a atenção às mulheres em situação de violência como: a falta de tempo e a hierarquia de gênero complementada pela hierarquia de classe. Colocou como relevante o fato da medicina ser uma profissão que se afirma como “masculina”, pois se expressa em uma visão ainda medicamentosa do corpo feminino pela visão masculina. Outra dificuldade seria a percepção de médicos (as) que consideram a condição social das pacientes como inerentes as situações de violência, o que desqualifica reforçando a assimetria de gênero e classe. Preconizou-se no estudo, portanto, a maior capacitação não só de médicos, mas de outros profissionais pra um trabalho multidisciplinar e, maior atenção pra as questões de gênero e classe que estão relacionadas com percepções que profissionais têm em relação ao tema.

A ideia seria convergir a linguagem entre usuárias e profissionais, sendo um assunto comum para ambos. Pois existe um desconhecimento por parte das mulheres em relação aos seus direitos e uma desqualificação médica por outro lado e, nessa ‘balança’ há de se considerar a busca por um olhar diferenciado por parte dos profissionais.

A concepção de gênero deveria se configurar como um instrumento de trabalho em saúde, assim como o trabalho intersetorial, a integralidade e a humanização das práticas como formas de superar o modelo tradicional biomédico, pois:

As intenções políticas têm uma aproximação com os determinantes sociais do processo saúde-doença, no qual a violência contra mulher está inscrita, enquanto que as práticas que se efetivam por meio de processos de trabalho

permanecem ancoradas na perspectiva doença-cura do modelo de assistência tradicional. (FREITAS, 2013; OLIVEIRA, 2013; SILVA, 2013, p.465).

A falta de capacitação para relações interpessoais e para uma abordagem dos aspectos ético-humanísticos se torna necessidade, para tal são consideradas a realização de atividades educativas com essa finalidade. Além de um trabalho multidisciplinar que vele por uma construção de saberes e, sendo a saúde um lugar privilegiado para identificar e orientar mulheres nessa situação de vulnerabilidade. É referido no artigo *Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil*, de Signorelli et al (2013) o atendimento em grupo e ao acolhimento humanizado como potencializadores de comunicação e com maiores resultados.

Em artigo que investigou a rota crítica percorrida pelas mulheres ao decidir denunciar a violência foi reiterado a fragmentação da rede de atenção, além disso, constatou-se o fraco protagonismo das áreas da saúde e da educação nas discussões sobre a temática. Trouxe também a Lei 11.340/2006 como forte componente jurídico que deve ser incorporado nas diversas áreas.

Considerações Finais

Ao longo deste trabalho foi possível fazer algumas considerações e apresentar um panorama referente à temática de violência contra mulher e a intervenção da área da saúde. Considerando que a Lei nº 11.340/2006 ainda é recente, não pretendemos esgotar a discussão, pois essa temática é complexa e requer maiores discussões com novas preposições já que a mesma está intimamente permeada pelas relações sociais dinâmicas.

O debate acerca do conceito de gênero fora iniciado pelos movimentos feministas, entretanto, percebeu-se que este seria um movimento heterogêneo e, portanto, expressa a complexidade do tema o qual têm sido predominantemente objeto de estudos das ciências sociais e humanas. Por outro lado percebeu-se a ciência da saúde com um viés, predominantemente, mais tradicional sendo que alguns estudos apontaram a medicina como uma profissão que teria se afirmado como “masculina”, o que demarca o *gênero* como um denominador de pertencimento, assim como a classe social ou a cor/etnia são fatores que determinariam uma dada construção de um indivíduo ou instituição.

Fatores esses que teriam sido incorporados pelas políticas públicas internacionais seguidas pelas políticas de saúde no Brasil onde há uma ampliação daquilo que é entendido como *saúde*. Antes entendido como ausência de doença em que eram evidenciados os aspectos clínicos e biológicos passou a ser entendido como algo transversal às determinações sociais, ou seja, saúde como sendo um resultado de todo um conjunto de fatores ambientais, sociais, culturais, econômicos e de *gênero*. Nas convenções internacionais foi comprovada a vulnerabilidade no processo saúde-doença que mulheres possuem, em comparação aos homens, tornando esse um fator relevante para a saúde.

A violência doméstica em que mulheres estariam mais expostas seria um agravo à saúde dessas mulheres e que atuaria em conjunto com as transformações das relações familiares e político-econômicas. Como o exemplo da dupla ou tripla jornada de trabalho assumida pelas mulheres frente a uma maior ocupação de mulheres no “universo masculino”, tido como universo público e, as novas configurações do mercado de trabalho orientado pela lógica capitalista financeira e assumidas pelas políticas neoliberais, que exigem maiores qualificações em detrimento a menores garantias de direitos.

A violência doméstica, nesse sentido se baseia em uma construção social do gênero, que implica em sua maioria numa desigualdade (masculino superior e feminino inferior) historicamente legitimada e, portanto, uma violência de gênero.

A partir desse entendimento, com base em uma pesquisa bibliográfica, analisou-se a atenção prestada às mulheres em situação de violência dentro do contexto do SUS. Para isso identificou-se as normatizações, orientações e legislações pertinentes ao direito à saúde das mulheres vítimas de violência de gênero. Onde foi possível perceber um viés conivente com os princípios preconizados pelos movimentos feministas e também aos fundamentos e princípios pensados na origem do SUS, comprometido com a universalidade e integralidade dos serviços. As políticas de saúde da mulher, especificamente a PAISM, a primeira iniciativa relativa à saúde da mulher, embora tivesse como objetivo a incorporação de uma atenção integral às mulheres se restringiu à concepção tradicional, predominante na saúde, de cuidado centrado na sexualidade e reprodução e seus agravos biológicos.

Ao analisar a produção científica sobre o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica no âmbito do SUS, após a implantação da conhecida Lei Maria da penha em 2006, foi possível compreender algumas delimitações pertinentes ao que tem sido preconizado e o que tem sido aplicado nas práticas de saúde. Foram destacados os seguintes aspectos: o modelo biomédico como predominante nos atendimentos, mesmo com todo aparato legislativo, muitos profissionais pautam seus atendimentos pelo viés clínico centrado na doença e, não consideram os aspectos ético-humanísticos, ou mesmo se atentam aos determinantes sociais que geram agravos tanto físicos quanto psicológicos da saúde de mulheres o que não permite um atendimento satisfatório, muito menos integral. Profissionais identificam com maior facilidade os agravos físicos, entretanto, não quer dizer que tais agravos sejam considerados prioridade no que concerne a um atendimento preventivo em relação à violência sofrida, vários profissionais teriam relatado dificuldades em abordar esse tema, principalmente, quando a mulher não relata a causa.

Existem vários motivos referentes a não-fala dessas mulheres quando em consulta médica. Muitas não se reconhecem em uma situação de violência ou sentem vergonha, culpa ou medo, sentimentos presentes e grande parte dos relatos. Há também a relação introjetada pelas usuárias de que médico não trabalharia com a violência, o que por vezes é reforçado pelo próprio profissional. Tais situações seriam reflexos de um desconhecimento das legislações pertinentes e de uma fraca aproximação da saúde com outras áreas do

conhecimento. Mesmo os psicólogos expressam a mesma dificuldade, isso porque a medicina tradicional ao não incorporar a perspectiva da determinação social no processo saúde x doença, tendem a ‘medicalizar’, ‘psicologizar’ a violência ou até mesmo ‘culpabilizar’ mulheres pela violência sofrida gerando uma fragmentação no atendimento.

Diante disso são destacadas algumas estratégias que facilitam a detecção da violência e, facilitariam uma abordagem menos hierarquizada e proporcionadora de vínculos. A estratégia Saúde da Família (ESF) possui uma proposta teórica que apresenta condições para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, considerando a promoção da saúde e a interdisciplinaridade como eixos condutores das ações. Os agentes comunitários e enfermeiros são destacados como possibilidades de estabelecer vínculos e, o atendimento em grupo dessas mulheres é destacado nesse trabalho de conclusão de curso como uma estratégia rica tanto para profissionais quanto para as mulheres, pois é um espaço que permite uma linguagem comum.

Ao longo da pesquisa é reforçada a necessidade de uma capacitação continuada dos profissionais na atenção a violência doméstica sofrida por mulheres e de uma urgente prática interdisciplinar. Ressalta-se neste trabalho, a fraca presença dos (as) assistentes sociais nos estudos, e que mesmo estes quando aparecem se mostram aquém aos princípios orientadores de atenção à mulher necessitando também de capacitação continuada. O que torna este trabalho relevante para a categoria profissional.

Enfim, identifica-se um avanço conceitual presentes nas políticas de atenção à saúde das mulheres quando em situação de violência, entretanto, as práticas se mostram incertas, pois convivem juntas as práticas do modelo biomédico com as práticas de atendimento ligada as questões subjetivas e humanizadas. É preciso lembrar que a política é feita e construída na cotidianidade com os indivíduos; de cada profissional e da equipe ali inserida. A violência deve ser tratada pela saúde no sentido preventivo, mas consciente de que tal tema necessita da atuação das diferentes áreas, sejam jurídicas, policiais ou da educação. A importância da interdisciplinaridade se torna irrefutável para homens e mulheres, sujeitos de direitos.

Referências bibliográficas

- ABRAMO, Laís. Nota Técnica, 25. Perspectiva de Gênero e Raça nas Políticas Públicas. Brasília: IPEA, 2004, p.17-21. Disponível online.
- ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 48, 2014.
- ALVES, Elisângela da Silva; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de; MAFFACCIOLLI, Rosana. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 3, Sept. 2012.
- ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 3, Sept. 2008.
- AQUINO, Estela M L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006.
- ARAÚJO, Jair B de. A desconstrução dos processos identitários dos gêneros sexuais em Judith Butler. Saber Acadêmico, nº. 11, junho, 2011, p. 33-38. Disponível Online.
- BARALDI, Ana Cyntia Paulin et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 12, n. 3, Sept. 2012.
- BERGER, Sônia Maria Dantas; GIFFIN, Karen Mary. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, June 2011.
- BRAGA, Ronaldo Passos; OLIVEIRA, Ana Carolina Campos. Aplicabilidade da Lei Maria da Penha nos Crimes de Lesão Corporal Leve e Ameaça. Disponível online: <http://blog.newtonpaiva.br/direito/wp-content/uploads/2012/08/PDF-D17-08.pdf>
- BRASIL. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Lei Federal nº 8142, de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Lei Federal nº 11.340, de 07 de agosto de 2006.
- BRASIL. Lei Federal nº 9.099, de 26 de setembro de 1995.
- BRASIL. Portaria nº 936, de 20 de maio de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2004.

BRASIL. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres 2013-2015, 2013. Disponível online.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica n. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher. [Documento na internet]. Brasília, DF, 2008 [citado 14 ago. 2009]. Disponível em: http://200.130.7.5/spmu/docs/violencia_2007.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Brasília, DF, 2011.

BUTLER, Judith. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do ‘pós-modernismo’, *Cadernos Pagu*, Campinas: Unicamp, 1998 (11), 11-42.

CARNEIRO, Alessandra Acosta; FRAGA, Cristina Kologeski. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo , n. 110, June 2012

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, Jan. 2006.

CHAUÍ, Marilena. Contra a violência. Ética, violência e racismo. Disponível online, 2007

CHAUÍ, Marilena; CARDOSO, Ruth; PAOLI, Maria Célia (orgs.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Volume 4. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. Participando do debate sobre mulher e violência; p.25-62.

CONCEIÇÃO, Antonio Carlos Lima da, 2009, “Teorias feministas: da ‘questão da mulher’ ao enfoque de gênero”, *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 8 (24): 738-757.

DANTAS, Benedito Medrado; MELLO, Ricardo Pimentel. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. spe, 2008.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. Violência e Gênero: Novas propostas, velhos dilemas, *Revista Brasileira de Ciências Sociais* – vol. 23 nº 66, 2007.

DE FERRANTE, Fernanda Garbelini; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 31, Dec. 2009.

DINIZ, Normélia Maria Freire et al . Women who were burned by their husbands or partners. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 20, n. 3, Sept. 2007.

DISTRITO FEDERAL, MPDFT, Cartilha Mulher valorize-se: conscientize-se de seus

direitos, 1ª edição, fevereiro, 2012.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al . Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2013.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gender and Public Policies. **Estud. fem.**, Florianópolis, v. 1, Selected Edition, 2004.

FONSECA, RMGS. Gênero e saúde da mulher: uma releitura do processo saúde doença das mulheres. In: Fernandes, RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da mulher. São Paulo: Manole; 2007. p.30 -61.

FONSECA, R.M.G.S.da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. Rev.latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, janeiro 1997.

FONSECA, R.M.G.S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev. EscEnferm. USP, 2005, p. 450-459

FRANZOI, Neusa Maria; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GUEDES, Rebeca Nunes. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, June 2011.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, Sept. 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. A mulher brasileira nos espaços públicos e privados. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Atenção primária em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626

GONTIJO, Daniela Tavares et al . Violência e saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010.

GOMES, Nadirlene Pereira et al . Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. Psicol. USP, São Paulo, v. 25, n. 1, Apr. 2014.

GOMES, Nadirlene Pereira et al . Violência conjugal: elementos que favorecem o

reconhecimento do agravo. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, Dec. 2012.

GRESPAN, Jorge. *Revolução Francesa e Iluminismo*. São Paulo: Editora Contexto, 2003. O que é o Iluminismo?; p. 13-20.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 2009.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. spe2, Dec. 2011.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; EGRY, Emiko Yoshikawa. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2013.

HESLER, Lilian Zielke et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, Mar. 2013.

HOLFING, Eloise de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Caderno Cedes*, ano XXI, nº 55, novembro, 2001.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. Políticas Sociais: focalização ou universalização? *Revista de Economia Política*, vol. 26, nº 4 (104), p. 564-574, outubro-dezembro/2006.

KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 2001. Da linguagem e da carne; p. 13-40.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Domestic violence: possibilities and limitations in coping. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, Dec. 2011.

LOURO, Guacira. Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. Heteronormatividade e Homofobia. *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas / Rogério Diniz Junqueira (organizador)*. – Brasília Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 1, mar. 2007.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Mar. 2013.

MIOTO, Regina CT; LIMA, Telma CS de. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Ver. Katál. Florianópolis, v.10, n. espaço. P. 37-45, 2007.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al . Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 6, Dec. 2008.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 4, Dec. 2007.

PAIM, JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PEDROSA, Claudia Mara. A construção de uma ferramenta social para promoção da saúde e dos direitos das mulheres. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 19, n. 42, Apr. 2009.

POUGY, Lilia Guimarães. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha,. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 1, June 2010.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cadernos Pagu (16) 2001: pp.115-136.

SAFFIOTI, Heleieth. Já se mete a colher em briga de marido e mulher, São Paulo, PUC-SP, São Paulo em Perspectiva, 13(4)1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.

SCOTT. Joan W. O Enigma da igualdade, Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 13(1):11-30, janeiro- abril/2005.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1989.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, June 2013.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 26, n. 6, Dec. 2013 .

SOUTO, Kátia M. B. A Política de Atenção à Saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ, Normélia Maria Freire. Aborto

provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 4, Dec. 2011.

TAVARES, AS; ANDRADE, M; SILVA, JLL. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Breve histórico. *Informe-se em promoção da saúde*, v.5, n.2, p. 30-32, 2009.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 2005.

VIEIRA, Elisabeth Meloni et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 12, n. 4, Dec. 2009.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2011.

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia, 2001. Disponível online.