



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

MARIANA DAL'RI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Florianópolis, outubro de 2007

MARIANA DAL' RI

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Dra. Elza Berger Salema Coelho

Co-orientadora: Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, outubro de 2007

D151r Dal’Ri, Mariana

Representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher / Mariana Dal’Ri ; orientadora Elza Berger Salema Coelho; co-orientadora Fátima Büchelle. – Florianópolis, 2007.

111f. ; 31 cm.

Dissertação – (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2007.

Inclui bibliografia

1. Mulheres. 2. Violência. 3. Políticas públicas. 4. Serviços de saúde para mulheres – Florianópolis (SC). 5. Representações sociais.
I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Büchelle, Fátima.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. IV. Título.

CDU:614



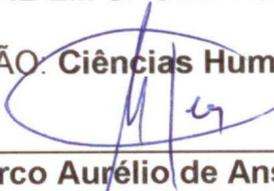
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER”**

AUTORA: Mariana Dal’ Ri
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**



Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres

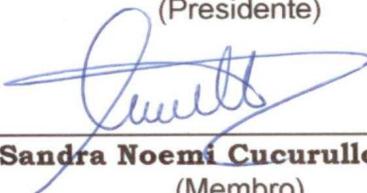
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho(UFSC)

(Presidente)



Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi(UFSC)

(Membro)



Profa. Dra. Dalva Irany Grüdtner(UFSC)

(Membro Externo)

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (UFSC)

(Suplente)

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me fornecido forças quando em meio às dificuldades, pensei em desistir.

À professora Elza pelos anos de trabalho conjunto, dedicação, carinho, paciência e aprendizados.

À professora Fátima por ter entrado na minha vida e neste trabalho com um só intuito: contribuir positivamente!

Às professoras Dalva e Sandra por terem aceitado o convite de apreciação desta pesquisa, participando das bancas examinadoras de qualificação (Dalva) e defesa (Dalva e Sandra) com valiosas contribuições.

Aos colegas de mestrado Laura, Thiago e Luciana pela amizade, momentos de descontração e alegria.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que permitiu a realização deste estudo em suas unidades locais de saúde.

Aos participantes da pesquisa, profissionais de saúde, que compreenderam a importância deste estudo, disponibilizando seu tempo e informações, permitindo a construção de conhecimentos.

À Secretaria Municipal de Saúde de São José, coordenação do Programa de Saúde da Família / Estratégia de Saúde da Família de São José e colegas de trabalho pelo respeito e amizade.

A todas as pessoas que participaram e contribuíram de alguma maneira no desenvolvimento deste trabalho.

DEDICATÓRIA

À minha mãe (Márcia), avó (Naide) e avô (Germano – *in memoriam*) por acreditarem no meu potencial e pelo incentivo, de diferentes maneiras, no meu passado, presente e futuro acadêmico.

DAL'RI, Mariana. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Área de Concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. 111p. 2007.

RESUMO

A violência contra a mulher é um fenômeno, complexo, polissêmico e controverso fortemente presente na sociedade: atual ou passada, brasileira ou em outros países, entre diferentes classes sociais e culturas. As mulheres em situação de violência procuram frequentemente os serviços de saúde, em especial de atenção básica por representar o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, em decorrência de agravos à saúde física, mental e/ou reprodutiva relacionados à violência. No entanto, os profissionais de saúde apresentam dificuldades para identificar e notificar os casos, acolher humanamente e assistir essas mulheres, encaminhá-las a serviços de referência adequados, além de prevenir o fenômeno. Buscou-se na Teoria das Representações Sociais um suporte teórico para evidenciar como um sistema de significados, crenças e valores diante de um determinado fenômeno, como a violência, determinam e constroem conhecimentos sociais e orientam as ações dos indivíduos, assim como de grupos específicos, como a dos profissionais de saúde. Sendo assim, esta pesquisa objetivou identificar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher, e explorar a percepção desses profissionais sobre a atuação do serviço de atenção básica à saúde diante de mulheres em situação de violência. Para alcançar estes objetivos utilizou-se a abordagem qualitativa, baseada na descrição de Minayo e Deslandes et al. (1994), em razão do objetivo de apreender, aprofundar-se e compreender o mundo dos significados das ações e relações humanas, que neste estudo é focado nas representações sociais. Desenvolveram-se, no primeiro semestre de 2007, 20 entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde, distribuídos equitativamente entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis/SC. A análise das falas dos sujeitos da pesquisa sugerem representações sociais ancoradas no preconceito e banalização da violência contra a mulher, com conseqüente omissão diante desses casos. Portanto, existe a necessidade de sensibilizar esses profissionais para reconhecerem a violência contra a mulher como problemática importante referente à Saúde Pública e capacitá-los para uma abordagem integral da mulher em situação de violência, construindo, reformulando e reproduzindo socialmente representações que favoreçam a prevenção, e finalmente, a erradicação desse fenômeno com políticas públicas que favoreçam ações interdisciplinares e intersetoriais efetivas.

Palavras-chave: Mulheres, Violência, Atenção Básica, Representações Sociais.

DAL'RI, Mariana. **Health Professionals' Social Representations about violence against women.** 2007. Dissertation (Master's Program in Public Health - Area of Concentration Human Sciences and Public Policies in Health) Area of Concentration Human Sciences and Public Policies in Health) – Post-Graduation Program in Public Health, Federal University of Santa Catarina. 111p. 2007.

ABSTRACT

Violence against women is a phenomenon, complex, polysemic and controverse strongly present in society: current or past, Brazilian or foreign, between different social classes and cultures. Women under a violence situation frequently look for health services, specially those of basic attention, because they represent the preferential contact of users with health systems as a result of physical, mental and/or reproductive damage related to violence. Nonetheless, health professionals present difficulties to identify and notify the cases, receive humanely and assist those women, conduct them to adequate reference services, besides preventing the phenomenon. It was searched in the Social Representations Theory for a technical support to evidence how a system of meanings, beliefs and values towards a determined phenomenon, such as violence, determines and builds social knowledges and guides individuals actions, just as those of specific groups, like the health professionals'. Being thus, this research aimed to identify health professionals' social representations about violence against women and explore these professionals' perceptions about the health basic attention service's performance towards women in situation of violence. In order to reach these purposes, the qualitative approach was used, based on the description of Minayo and Deslandes et al. (1994), so as to apprehend, go deep and comprehend the world of human actions and relations, which in this study is focused on the social representations. Twenty semi-structured interviews were developed in the first semester of 2007 with health professionals, distributed equitably between doctors, nurses, technicians in nursing and health community agents operating in the Family Health Strategy of Florianópolis city/SC. The analysis of the researched characters' speeches suggests social representations anchored on prejudice and banalization of violence against women, with consequent omission towards these cases. Therefore, there is the need to sensitize these professionals to acknowledge violence against women as an important problem concerning Public Health and qualify them for a whole approach of women in situation of violence, building, reformulating and reproducing socially representations which favor prevention and finally eradication of this phenomenon with public policies which favor interdisciplinary and intersectorial effective actions.

Key words: Women, Violence, Basic Attention, Social Representations.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 Conceituação da violência geral.....	15
2.2 Conceituação e visualização da violência contra a mulher.....	16
2.3 Dados que revelam a magnitude da violência contra a mulher.....	20
2.4 Violência, Violência contra a mulher e Saúde Pública.....	22
2.5 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher e a atuação dos profissionais de saúde frente à violência contra a mulher.....	24
2.6 A violência contra a mulher como campo das Políticas Públicas: o papel das instituições de suporte às mulheres em situação de violência.....	28
2.6.1 Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulher (DEAMs).....	30
2.6.2 Centros de Referência no atendimento à mulher que sofre violência.....	32
2.6.3 Casas Abrigo.....	33
2.6.4 Serviços de Saúde.....	33
2.6.4.1 Hospitais especializados no atendimento às mulheres e crianças que sofreram violência sexual.....	34
2.6.4.2 Unidades Básicas de Saúde.....	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	39
4 OBJETIVOS.....	43
5 METODOLOGIA.....	44
5.1 Tipo de estudo.....	44
5.2 Local de estudo.....	44
5.3 Sujeitos da pesquisa.....	45
5.4 Coleta de dados.....	46
5.5 Análise dos dados.....	48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
7 REFERÊNCIAS.....	52
8 APÊNDICES.....	63
8.1 Apêndice A - Roteiro de Entrevista.....	63
8.2 Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
8.3 Apêndice C - Artigo Científico.....	66

9 ANEXOS.....	88
9.1 Anexo A - Lei N° 10.778, de 24 de Novembro de 2003.....	88
9.2 Anexo B - Lei N° 10.886, de 17 de Junho de 2004.....	90
9.3 Anexo C - Decreto N° 5.099, de 3 de Junho de 2004.....	91
9.4 Anexo D - Portaria N° 2.406, de 5 de Novembro de 2004.....	92
9.5 Anexo E – Lei No 11.340, de 7 de Agosto de 2006.....	94
9.6 Anexo F – Instruções aos Autores – Cadernos de Saúde Pública.....	105
9.7 Anexo G – Aviso de Recebimento do Artigo Científico no Periódico Cadernos de Saúde Pública.....	111

1 INTRODUÇÃO

A violência é um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial e seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, na configuração da violência se transpõem problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, além de questões do plano individual (MINAYO, 1994b).

No final dos anos 80 a violência encontra espaço na agenda da Saúde Pública. Sua inclusão como problema de saúde foi justificada pelo fato de as mortes e traumas ocorridos por causas violentas estarem aumentando vertiginosamente na região das Américas, gerando seqüelas físicas e psicológicas e contribuindo para anos potenciais de vida perdidos, demandando respostas do sistema (MINAYO, 1994b).

Dentro do contexto da violência, encontra-se com grande magnitude e relevância a violência contra a mulher. Essa é uma realidade no mundo inteiro, em populações de diferentes níveis de desenvolvimento social e econômico e, independentemente da idade, etnia, religião ou grau de escolaridade das mulheres.

Para Carreira e Pandjjarjian (2003), a violência contra a mulher é um problema complexo, multifacetado, que destrói vidas e compromete o desenvolvimento pleno e integral de milhões de mulheres no Brasil e no mundo.

De acordo com dados do Banco Mundial e da Fundação Perseu Abramo, referenciados por Carreira e Pandjjarjian (2003), um em cada cinco dias de falta ao trabalho de uma mulher é decorrente da violência doméstica, e a cada cinco anos de violência doméstica, a mulher perde um ano de expectativa de vida. Na América Latina, os dados não são muito diferentes, na qual a violência doméstica incide sobre 25 a 50% das mulheres.

No Brasil, ainda segundo as autoras citadas acima, 70% dos crimes contra mulheres acontecem dentro de casa e o agressor é o marido ou o companheiro.

Assim, as estatísticas mostram que as mulheres estão mais sujeitas a serem agredidas por pessoas conhecidas como familiares, maridos, companheiros ou ex-companheiros, do que por desconhecidos, fato que muitas vezes leva à violência repetitiva, que se torna crônica com o passar dos meses, anos e até vidas inteiras.

Este fato relaciona-se à violência de gênero, manifestada de maneira perversa a partir das relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, sendo o componente cultural seu sustentáculo e fator de perpetuação (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003).

Apesar do crescimento no número de pesquisas sobre violência contra a mulher e das estatísticas já apresentadas, ainda há a dificuldade de se precisar a real magnitude da violência contra mulher, pois a relação conjugal, a familiar e o ambiente doméstico ainda são considerados aspectos privados e particulares, naturalizando e banalizando este fenômeno social cotidiano.

A pesquisa Ibope realizada pelo Instituto Patrícia Galvão (2004) é um bom exemplo desta percepção dos brasileiros sobre a violência contra as mulheres, ao revelar um alto grau de rejeição dos entrevistados a este tipo de violência (82 a 94%), mas em contrapartida, o velho ditado “em briga de marido e mulher não se mete a colher” ainda teve boa aceitação (66%), demonstrando que há uma percepção contrária à violência contra a mulher, porém não há um comportamento equivalente.

Outro problema para dimensionar a violência contra a mulher é a diversidade de classificações e conceituações utilizadas pelos estudiosos para designar este tipo específico de violência, muitas vezes utilizados como sinônimos: violência de gênero, violência doméstica, contra a mulher, conjugal ou intrafamiliar.

Neste estudo a violência contra mulher é entendida como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. Esta definição foi aprovada pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher¹ em 1994 e ratificada pela Lei Nº 10.778, Art. 1º, § 1º, que estabelece a notificação compulsória no território nacional de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços públicos ou privados de saúde.

Segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde (2004) a violência contra a mulher, em todas as idades, etnias ou classe social é um fenômeno cotidiano – na maioria das vezes invisível, silenciado, não denunciado, e quando denunciado, não punido – que resulta em graves danos para a saúde física, reprodutiva e mental da mulher, frequentemente culminando com sua morte, por assassinato ou suicídio.

A pesquisa realizada por Schraiber et al. (2003) com usuárias de um Centro de Saúde de São Paulo, mostra o elevado impacto da violência contra a mulher, pois aproximadamente

¹ É um tratado internacional legalmente vinculante para os Estados, que define o que é violência contra a mulher, estabelece os direitos protegidos, enumera os deveres dos Estados e explicita os mecanismos de proteção; ratifica e amplia a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em Viena, 1993 (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

70% das entrevistadas afirmaram já ter sofrido algum tipo de humilhação, desrespeito, agressão física ou sexual na vida adulta, principalmente perpetradas por companheiros e familiares.

Os serviços de saúde, em especial de atenção básica, entram em contato com estas mulheres diariamente, pois segundo Pía Majdalani et al. (2005) a violência de gênero tem grande repercussão sobre a saúde reprodutiva, psíquica e física da mulher, que a curto, médio e longo prazo desenvolve problemas de saúde cujos sintomas são motivos de consultas freqüentes nestes serviços.

Embora este seja um problema comum, é também bastante ignorado no cotidiano das práticas de saúde, pois em geral os profissionais de saúde que atendem as mulheres em situação de violência, não identificam estes casos como tal ou não os registram em prontuário como parte do atendimento, mesmo quando estas apresentam sérios problemas de saúde (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Esta realidade é ratificada pela pesquisa de Schraiber e D'Oliveira (1999), ao mostrar que 57% das mulheres atendidas em um serviço de atenção básica de São Paulo relataram ter sofrido algum episódio de violência física na vida, mas apenas 10% destes casos estavam registrados em prontuário.

Assim, entre o silêncio das mulheres e a invisibilidade do vivido no plano assistencial, as indagações correntes são: por que as mulheres não contam? Por que os profissionais não perguntam? Acresce-se, desse modo, à questão da omissão quanto ao vivido, os sub-registros e as recusas à tomada da situação violenta como problema da intervenção, que são atitudes cúmplices, igualmente ocultadoras da violência (SCHRAIBER et al., 2003, p.44).

O serviço de atenção básica pode representar o *locus* de desenvolvimento de ações para prevenir, identificar e assistir mulheres em situação de violência, pois os profissionais de saúde estão em contato com estas mulheres cotidianamente através de seus atendimentos. Tanto nas consultas, como no desenvolvimento de grupos e visitas domiciliares, representando espaços privilegiados de detecção, acolhimento, assistência, encaminhamentos a serviços especializados, notificação e prevenção da violência contra mulher, desde que estes profissionais estejam sensibilizados com a problemática em questão e capacitados para estas ações.

No entanto, a realidade parece ser outra. Grande parte dos profissionais da saúde não está preparada para identificar as situações de violência contra a mulher e, conseqüentemente,

para atuar diante delas, não prestando a assistência de qualidade, integral e humanizada que essas mulheres em situação de vulnerabilidade necessitam.

A partir dessas constatações o tema da violência contra a mulher será tratado a partir da ótica das representações sociais que é resultante da relação entre os indivíduos e suas identificações, expressas através da linguagem e das situações nos grupos sociais, passando do nível coletivo ao nível individual. Assim, a representação social é consequência de uma representação mental apreendida na consciência e advém de figuras, imagens, atos ou experiências aos quais o indivíduo atribui um significado ou símbolo, originando comportamentos e atitudes conforme sua percepção sobre os mesmos (RODRIGUES, 1999).

Portanto, a maneira como as pessoas percebem determinado fenômeno, ou seja, o que sentem e o que pensam a respeito dele irá refletir na forma como agem diante do mesmo. Conforme declara Guareschi (2000, p.70):

[...] por detrás das ações, e fundamentando as razões por que as pessoas fazem o que fazem, está uma representação de mundo, que não é apenas algo racional, cognitivo, mas é muito mais do que isso: é um conjunto amplo de significados criados e partilhados socialmente.

A esse sistema de significados, crenças e valores, que todo ser humano possui, e que não é apenas individual, mas também social, denomina-se representações sociais. Para identificá-las e compreendê-las neste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa, que privilegia esse mundo de idéias, imagens, simbolismos e percepções construídas, reproduzidas e modificadas socialmente.

Sendo assim, ao surgir as perguntas: como os profissionais de saúde percebem a violência? Quando ouvem falar em violência contra a mulher, o que pensam? O que sentem? Como percebem a atuação do serviço de atenção básica à saúde em relação à violência contra a mulher? Elegeu-se o referencial teórico das representações sociais, que norteou a presente pesquisa em busca da imagem que os profissionais de saúde possuem sobre a realidade da violência contra a mulher, além da percepção da atuação do serviço de atenção básica à saúde diante desse fenômeno.

A dissertação será apresentada de acordo com o formato proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, que inicia com uma revisão de literatura que fundamenta teoricamente a temática abordada, além do referencial teórico sobre as representações sociais; segue com os objetivos e metodologia utilizada na pesquisa. Os resultados e discussão são apresentados na forma de artigo científico, que foi submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública. Na seqüência há ainda as referências das bibliografias utilizadas, os apêndices,

contendo o roteiro da entrevista semi-estruturada, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o artigo científico. Finaliza com os anexos, contendo a legislação brasileira relacionada à violência contra a mulher, instruções aos autores para publicação nos Cadernos de Saúde Pública e aviso de recebimento do artigo neste periódico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceituação da violência geral

Um dos graves problemas que atinge toda a humanidade é a violência. Entretanto, não há um único conceito ou enfoque que trabalhe separadamente com este fenômeno, pois este é de enorme complexidade, apresenta muitos significados e produz grande polêmica, contestações e questionamentos. De acordo com Alves e Coura-Filho (2001, p.02):

[...] sabe-se que ele encontra-se inserido na vida de relações do indivíduo com o mundo das coisas, seu corpo e mente, seus contextos em grupos particulares como o familiar, escolar, social; e em espaços públicos como no trabalho, trânsito, organizações políticas e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde (2000, p.427) conceitua violência como “o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros.”.

Segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2004), em todo o mundo a violência está entre as principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos. No Brasil, este fato não é diferente e a situação tem se agravado com o passar dos anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004b) os dados dos censos e do Datasus comprovam o aumento da violência no país. A taxa de mortalidade por homicídio cresceu 130% entre 1980 e 2000, sendo no ano 2000 a proporção de 27 homicídios por 100 mil habitantes e, se forem considerados apenas homens, a taxa é de 49,7 por 100 mil.

O crescimento real da violência social tem gerado medo e sentimentos de insegurança, pois repercute nas subjetividades e no imaginário social. Internacionalmente o conjunto de eventos que engloba todas as formas de acidentes e violências propriamente ditas, está codificado na Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão: capítulos XX (“Causas externas de morbidade e mortalidade”) e XIX (“Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas”) (SOUZA et al., 2003).

No país, os homicídios e as mortes violentas são a primeira causa de óbito para a população masculina jovem, especialmente na faixa etária de 15 a 24 anos. Nos estados do Rio de Janeiro (205 homicídios/100 mil hab.) e Pernambuco (198/100 mil hab.), esses jovens são executados com armas de fogo entre 68 a 75% dos casos (IBGE, 2004a, 2004b). Portanto,

a violência representa aos jovens a principal causa de anos potenciais de vida perdidos. Em 2000, as causas externas (homicídios, acidentes, suicídios e outras causas não naturais), foram a segunda maior causa de morte no país (14,5% do total de mortes), junto das neoplasias com 14,9% (IBGE, 2004b).

Portanto, há um crescimento generalizado de mortes violentas no país, problema que vem atingindo também as mulheres. Segundo Barsted (2004, p.56), “além do medo da violência no espaço público, que atinge toda a sociedade, as mulheres temem a violência no espaço privado.”.

A violência atinge de maneira diferenciada homens e mulheres. A grande maioria das agressões sofridas por elas ocorre dentro de casa e é praticada por pessoas conhecidas, em geral pelos próprios companheiros. O duplo medo, provocado pela violência nos espaços público e privado, reduz significativamente a força de luta das mulheres pelo acesso à segurança humana e seu protagonismo social (BARSTED, 2004, p.53).

Assim, a violência contra as mulheres difere, em sua essência, daquela praticada contra os homens. Há a dificuldade de mensuração do fenômeno, principalmente em consequência dos padrões culturais, que negligenciam ou subestimam a ocorrência e os efeitos da violência sobre a integridade física e psicológica da mulher (BARSTED, 2004).

2.2 Conceituação e visualização da violência contra a mulher

A expressão “violência contra a mulher” se tornou a marca do movimento social feminista há aproximadamente 25 anos (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999). Assim, na segunda metade da década de 1970 ocorreram as primeiras manifestações públicas do movimento feminista no Brasil, denunciando a violência contra a mulher através dos meios de comunicação de massa, com tom impetuoso de crítica às instituições policiais e judiciais. Essas manifestações divulgaram à sociedade em geral seu objeto de protesto: os julgamentos de mulheres assassinadas por seus companheiros, que em geral, resultavam na absolvição dos criminosos sob a alegação de “legítima defesa de honra” (ALVES; COURA-FILHO, 2001; CONRADO, 1998; GROSSI; PORTO, 2005).

Porém, somente a partir dos anos 90 é que o movimento de mulheres inicia a discussão da violência contra mulher de maneira estratégica, sob a ótica de três campos principais: os

direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento social (HEISE et al. apud SCHARAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Nas últimas décadas, avanços fundamentais foram dados rumo à erradicação da violência contra mulher. No plano internacional, a Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993) e a Conferência Mundial da Mulher (Pequim, 1995), da Organização das Nações Unidas (ONU), “constituíram-se em espaços importantes de afirmação de concepções e denúncia da problemática, assim como de proposição e conquista de instrumentos que garantissem avanços mais significativos em todo o mundo” (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003, p.11).

A maior conquista na América Latina e Caribe foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também denominada Convenção de Belém do Pará, realizada em 6 de junho de 1994, adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) e ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995. Esta Convenção foi promulgada pelo Decreto 1.973, de 1º de outubro de 1996 e estabeleceu que toda mulher tem direito a uma vida livre de violência e de toda forma de discriminação (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2004).

Outro grande marco na luta pela erradicação da violência contra as mulheres é a Lei brasileira No 11.340 de 7 de agosto de 2006, denominada popularmente como “Lei Maria da Penha”, que 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. Esta lei 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, além de dar outras providências.

A partir da tragédia pessoal de uma cidadã brasileira - Maria da Penha Maia Fernandes - vítima de agressões perpetradas pelo marido, que deixaram marcas permanentes em sua alma e corpo, o País enfim vê nascer no ordenamento jurídico nacional a sua mais importante resposta à sociedade internacional sobre os compromissos firmados por tratados e convenções há mais de dez anos para combater a violência doméstica contra a mulher. Trata-se de um verdadeiro estatuto no combate à violência doméstica e familiar, batizado como "Lei Maria da Penha", no intuito de fazer uma homenagem justa e sensível (ALVES, 2007).

Para a juíza Andréia Pachá, com a nova lei o agressor passou a poder ser preso em flagrante ou preventivamente, e o tempo máximo de permanência na prisão aumentou de um para três anos. Desde que a lei entrou em vigor em 22 de setembro de 2006, 12 estados já

criaram varas especializadas em violência doméstica contra a mulher: Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. Esses juizados já estão funcionando, e esse representa um passo importante, porém é necessário um grande investimento do setor público nessa área, acrescenta a juíza (LÔBO, 2007).

Em razão da diversidade de termos utilizados para se referir à violência contra a mulher e da imprecisão conceitual destes, a violência contra a mulher é definida nesta pesquisa como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. Esta definição foi estabelecida pela Convenção de Belém do Pará e corroborada pela Lei N° 10.778, Art. 1º, § 1º, de 24 de novembro de 2003 (Anexo A).

Esta lei, em seu § 2º, complementa a definição de violência contra a mulher apresentada anteriormente e declara que esta inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Para Barsted (2004), a partir da Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher foram conceituadas as naturezas ou formas de violência. Assim, é considerada violência física qualquer conduta que ofenda a integridade física de uma pessoa. A violência psicológica é definida como qualquer conduta que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões de outrem, por meio de ameaça direta ou indireta, humilhação, manipulação e isolamento, ou que cause prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação e ao desenvolvimento pessoal. E a violência sexual é definida como qualquer conduta que constranja uma pessoa a manter contato sexual físico ou verbal, ou a participar de relações sexuais com uso de força, chantagem, suborno, manipulação, ameaça direta ou indireta ou qualquer outro meio que anule ou limite a vontade pessoal.

Algumas instituições que prestam assistência às mulheres em situação de violência também utilizam os conceitos de violência moral, que corresponde às agressões relacionadas à

noção de ofensa à honra e de violência social, que compreende as discriminações (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

Segundo a OEA, a violência contra mulher transcende todos os setores da sociedade, independentemente da classe, raça ou etnia, nível socioeconômico, cultural, educacional, idade ou religião, afetando de maneira negativa as bases da sociedade (BARSTED, 2004).

A violência contra a mulher configura sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres, realidade que remete à uma construção de gênero, na qual há diferença de estatuto social da condição feminina, que faz parecer certas situações de violência experimentadas pelas mulheres como experiências de vida usuais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

A compreensão da violência contra mulheres ganha mais sentido ao se adotar uma análise que considere as condições em que histórica e socialmente se constroem e estabelecem as relações sociais de sexo, ou seja, quando analisada sob a perspectiva de gênero (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005, p.419).

De forma que se adotou também o conceito de gênero nesta pesquisa, pois se acredita na construção social e histórica do feminino e do masculino como determinantes das desigualdades entre as relações sociais de sexo, profundamente marcadas na atual sociedade.

A violência de gênero pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto (DESLANDES et al., 2000; MENEGHEL et al., 2003; KRONBAUER; MENEGUEL, 2005).

Gênero é um conceito cultural vinculado à construção social do sexo, ou seja, aos papéis e valores que o constituem em dado momento histórico e em uma sociedade particular, englobando o sexo biológico e atribuindo *status* diferenciado a homens e mulheres (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; MENEGHEL et al., 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), os determinantes da violência contra a mulher estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam às mulheres um lugar de submissão na sociedade, sendo os agressores em sua maioria, conhecidos, mais especificamente maridos, companheiros e parentes próximos.

Dentre os tipos de violência contra a mulher existentes, aquela praticada no ambiente familiar é uma das mais cruéis e perversas. O lar, identificado como local acolhedor e de

conforto passa a ser, nestes casos, um ambiente de perigo contínuo que resulta em medo e ansiedades permanentes (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2005).

A Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004 (Anexo B), acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 1940 do Código Penal, criando o tipo especial de violência denominado “violência doméstica”. O §9 desta Lei define violência doméstica “se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade”.

Várias pesquisas demonstram que é no espaço doméstico onde a maioria das situações de violência contra mulher ocorre, pois nesse espaço vigora a ordem patriarcal, na qual a dominação masculina é naturalizada. A privatização da violência dificulta uma atitude de resistência da mulher com a realidade vivenciada, pois para que isto aconteça, é necessária uma revisão de valores, crenças e atitudes socialmente estabelecidas (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

Além do termo violência doméstica, a violência contra a mulher pode ser referida como familiar, sexual, psicológica, física, dentre outras classificações. Para Porto et al. (2003, p.245):

Estas se relacionam ou estão contidas umas nas outras, entretanto pode-se considerar que a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência: violência contra a mulher.

2.3 Dados que revelam a magnitude da violência contra a mulher

Pode-se afirmar que a violência contra mulher se constitui em um verdadeiro foco de resistência às transformações sociais de gênero e um obstáculo ao desenvolvimento pessoal das mulheres. Além dos agravos à saúde, a convivência cotidiana em uma relação violenta vai deteriorando a capacidade produtiva da mulher, seu desenvolvimento relacionado à educação e ao trabalho, sua qualidade de vida e auto-estima.

A violência contra a mulher afeta também as futuras gerações, que não somente podem reproduzir os padrões de relacionamento aprendidos (BALLONE; ORTOLANI, 2006), como terão seu próprio desenvolvimento prejudicado ao conviver com essas relações de violência.

Estudos realizados em diversas regiões do mundo relatam a elevada magnitude da violência de gênero nas diferentes sociedades, com valores oscilando entre 20 e 75% (KRONBAUER e MENEGHEL, 2005).

Para Pía Majdalani et al. (2005), quando se trata especificamente de atos de violência física perpetrada pelo companheiro atual ou prévio contra a mulher, a porcentagem varia de 20 a 50%. Estes autores ainda acrescentam as informações de que a violência física quase sempre é acompanhada de atos de violência psicológica, e que entre um terço e a metade dos casos também sofrem de violência sexual.

Os dados referenciados acima, de altas taxas de violência de gênero praticada por companheiros e ex-companheiros, sustentam a afirmação da Fundação Perseu Abramo de que quando mulheres entrevistadas são estimuladas pela citação de diferentes formas de agressão, o índice de violência sexista alcança a marca de 43%. Além disso, um terço das mulheres (33%) admite já ter sido vítima, em algum momento de sua vida, de alguma forma de violência física, 27% de violências psíquicas e 1% afirmam já ter sofrido assédio sexual (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2003).

A pesquisa Ibope, realizada pelo Instituto Patrícia Galvão (2004), demonstra que os brasileiros estão acordando para esta realidade, na qual 82% dos entrevistados respondeu que não existe nenhuma situação que justifique a agressão do homem à sua mulher. Além disso, 91% considera muito grave o fato de mulheres serem agredidas por companheiros e maridos, porcentagem esta próxima entre homens e mulheres, 88% e 94%, respectivamente.

Todavia, pesquisas realizadas recentemente mostram que a maioria dos brasileiros pode até pensar contrariamente à violência contra a mulher, mas não age dessa forma. De acordo com a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (2003), 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano no país; 175 mil/mês; 5,8 mil/dia; 243/hora ou 4/minuto – uma a cada 15 segundos. Sendo o (ex) marido ou o (ex) parceiro o principal agressor.

Pesquisas realizadas em Unidades de Saúde têm corroborado com os dados apresentados anteriormente. Um estudo realizado em 2003, com 238 mulheres de 18 a 49 anos, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre/RS, mostrou a prevalência de violência psicológica de 55%, 38% de violência física e 9% de violência sexual. Para exacerbar ainda mais a situação, a maioria das mulheres sofreu mais de um tipo de violência, sendo que mais da metade relataram dois (52%) ou mais tipos de situações violentas (12%), reforçando a magnitude deste tipo de violência (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Em outra pesquisa realizada com usuárias de 15 a 49 anos de uma Unidade de Saúde de São Paulo, reforça a importância do estudo da violência contra mulher na área da Saúde.

Os dados encontrados revelam, que 44,4% das entrevistadas responderam já ter sofrido violência física na vida adulta, sendo que 76,9% desses casos foram perpetrados por companheiro ou familiar. Sobre a violência sexual, 11,5% das mulheres relataram já ter sofrido esse tipo de violência, no qual 62,2% foram forçadas a manter relações sexuais com companheiros ou familiares. Quando questionadas em relação à violência psicológica por alguém próximo, 55,6% respondeu já ter vivido essa situação (SCHRAIBER et al., 2003).

A partir dos dados apresentados, pode-se constatar a elevada concentração de mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde que sofrem diversos tipos e formas de violência. Esta assiduidade aos serviços de saúde deve-se a repercussão da violência de gênero sobre a saúde física, mental e reprodutiva da mulher, representando um sério problema de saúde pública mundial.

2.4 Violência, Violência contra a mulher e Saúde Pública

A atenção à violência consiste atualmente em uma necessidade prioritária da Saúde Pública, devido à alta demanda por serviços de saúde que gera. As mulheres somente foram enfocadas como vítimas da violência em 1991, no relatório “Las Condiciones de Salud em las Américas” da Organização Pan-Americana de Saúde, que reconheceu pela primeira vez em um documento diretivo e global, a violência como causa de adoecimento das mulheres (CAMARGO, 2000).

Para Gomes (1997), existem inúmeros referenciais teóricos que reivindicam a abordagem da temática da violência como uma questão da área da saúde, em especial de Saúde Pública, no sentido de colocar a problemática na pauta para se repensar conhecimentos, práticas e políticas, como pode-se perceber no relato a seguir:

A violência é, antes de tudo, uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde. Ela se torna um tema desse campo: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; também, (2) pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integra (MINAYO, 2004a, p.646).

No campo da saúde coletiva, segundo Alves e Coura-Filho (2001), a violência recebeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993, a denominação de “causas externas” na

Classificação Internacional de Doenças (CID-10), porém desde a década de 80 a violência tem sido reconhecida como uma questão do campo da Saúde Pública, não somente do ponto de vista dos traumatismos físicos, mas também sobre os efeitos perversos para a saúde mental da vítima. Para os mesmos autores, a Organização Pan-Americana de Saúde ratifica a colocação da OMS e analisa que a violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública em vários países, produzindo grande número de vítimas fatais ou com seqüelas orgânicas e emocionais graves.

Em vista disso, a violência se vincula ao setor da saúde, tanto em razão do número de mortes que provoca, quanto pela necessidade de assistência à saúde das pessoas vítimas de violência, colocando-se em questão a capacidade dos estabelecimentos de saúde em oferecerem atendimento a essas pessoas (JORGE, 2002). Isto também se aplica aos casos de violência contra as mulheres, pois estas têm maior probabilidade de apresentarem diversos problemas físicos, mentais e reprodutivos e em conseqüência, procuram mais frequentemente os serviços públicos de saúde (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

O mapeamento da violência contra mulher revela a amplitude deste tipo de violência na Saúde Pública. Já está demonstrada por vários pesquisadores a relação da violência com diversos problemas de saúde, físicos e simbólicos, com efeitos diretos e indiretos, muito freqüentes na prática clínica, que aumentam os custos globais da atenção e mantêm uma baixa resolutividade do serviço em ações específicas (MINAYO, 1994b; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

As mulheres que sofrem violência apresentam repercussões sobre sua saúde de uma maneira geral, como traumas, em especial o trauma neurológico em conseqüência de quedas, empurrões ou pancadas na cabeça; gravidezes indesejadas e repetidas; doenças sexualmente transmissíveis; hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias; distúrbios gastrointestinais crônicos; danos psicológicos, que muitas vezes levam à depressão e ao suicídio (CAMARGO, 2000).

Como relatado anteriormente, na maioria dos casos de agressão a mulheres, a violência física vem acompanhada de violência psicológica, ampliando as conseqüências sobre sua saúde. Uma pesquisa realizada por Alves e Coura-Filho (2001) em Centros de Apoio à Mulher em Belo Horizonte/MG, encontrou que 85% das mulheres sob situação de violência realizam assistência psicológica e que 63% são consumidoras de ansiolíticos e antidepressivos. Estes percentuais apontam o tamanho e a intensidade do sofrimento psíquico gerado nestes casos e a solicitação das usuárias em serem ouvidas e socialmente atendidas.

Além das repercussões psicológicas e físicas, a situação de violência também cria enormes dificuldades para a mulher controlar sua vida reprodutiva, reduzindo a opção de métodos contraceptivos disponíveis, uma vez que se torna inviável o uso de métodos que dependem da participação do homem, como o preservativo masculino. Esta circunstância pode levar a um aumento de gravidezes não desejadas, abortos, inflamações e infecções pélvicas, além da incidência de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/AIDS (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2001).

Em 1998, um informe da organização não governamental Britânica PANOS assinalou que a violência de gênero causa mortes e incapacidades entre as mulheres de 15 a 44 anos, em proporção maior que o câncer, malária, acidentes de trânsito e a guerra (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2005), repercutindo em perdas potenciais para as mulheres em vários campos como no desenvolvimento pessoal, social e econômico gerando implicações para sua saúde e qualidade de vida (CAMARGO, 2000).

Diante de tantos reflexos negativos sobre a vida da mulher, a violência muitas vezes leva ao óbito, tanto por homicídio quanto por suicídio. Outras vezes gera problemas crônicos à saúde da mulher, causando, dessa forma, repercussões nos índices de morbidade, que parecem não mobilizar, de uma forma geral, ações específicas do sistema de saúde (PORTO et al., 2003). Porém, os serviços de saúde devem ser vistos como estratégicos, no que diz respeito à assistência integral necessária às mulheres em situação de violência e nas ações de prevenção desta problemática, uma vez que já estão comprovadas as inúmeras e profundas repercussões da violência sobre a saúde da mulher.

2.5 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher e a atuação dos profissionais de saúde frente à violência contra a mulher

Nas décadas de 30, 50 e 70 do século passado, as políticas nacionais de saúde da mulher eram voltadas para os programas materno-infantis, que traduziam uma visão reducionista da mulher, baseada em sua especificidade biológica, no seu papel social doméstico e de mãe, oferecendo assistência à saúde apenas no ciclo gravídico-puerperal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

As iniciativas reivindicatórias do movimento feminista surtiram o efeito desejado, no sentido de que o governo brasileiro criou, implantou e está desenvolvendo políticas públicas

voltadas para ampliar os direitos das mulheres, em especial o direito à saúde em todas as circunstâncias e etapas da vida.

Um marco da ruptura na política de saúde vigente da década de 80 do século XX foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1984, num período em que, paralelamente, o Movimento Sanitário concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência em ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas em todos os ciclos de vida das mulheres a partir do perfil populacional das mesmas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

A partir de 1998 a saúde da mulher juntamente com a prevenção e o tratamento dos agravos decorrentes da violência, tornaram-se prioridades do Ministério da Saúde, por meio da publicação da Norma Técnica da Violência Sexual, o qual contempla aspectos físicos, psíquicos e sociais da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; 2004a).

Segundo o MS (2004b, p.18), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, passa a contemplar em 2003, “a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher”. Atualmente, faz parte dos objetivos e estratégias desta Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, por meio da:

- organização de redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
- articulação da atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS;
- promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; 2004b).

Em 24 de novembro de 2003, foi sancionada a Lei nº 10.778 (Anexo A), estabelecendo a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. No dia 3 de junho de 2004, entrou em vigor o Decreto nº 5.099 (Anexo C), que regulamenta a Lei nº 10.778 e institui os serviços de referência sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher. Após este Decreto, em 5 de novembro de 2004, entrou

em vigor a Portaria nº 2.406 (Anexo D) do Ministério da Saúde, o qual institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação.

Segundo esta Portaria, o Ministério da Saúde espera que a notificação dos casos de violência contra a mulher ao Sistema Único de Saúde permita dimensionar a magnitude do fenômeno, por meio da caracterização das circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, que contribuirão para o desenvolvimento de políticas e atuações governamentais em todas as esferas para o enfrentamento deste problema.

No entanto, na prática essa notificação compulsória prevista por lei não é realizada, principalmente pela negligência por parte das autoridades sanitárias em relação ao problema, pela morosidade no desenvolvimento de um protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência a ser adotado nos serviços de saúde, em especial nos de atenção básica e pela falta da ficha de notificação compulsória destes casos. Soma-se a estas questões governamentais, o provável desconhecimento da maioria dos profissionais de saúde sobre a lei em vigor, dificultando que estes exijam eficiência na implantação da notificação compulsória dos casos de violência contra mulher e na implementação e reforço das políticas públicas para prevenir e assistir as mulheres em situação de violência.

O MS, seguindo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tem a responsabilidade de garantir que todas as mulheres sejam acolhidas humanizadamente nos serviços de saúde em todo país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Outra questão a ser considerada, pois as mulheres em situação de violência podem não estar recebendo o acolhimento humanizado preconizado pelo MS, nem sendo respeitadas pelos profissionais de saúde, o que acaba por fazer aflorar um sentimento de vergonha, uma ausência de confiança e de cumplicidade entre profissionais e usuárias, levando essas mulheres a silenciarem seu sofrimento.

Schraiber e D'Oliveira (1999, p.21) corroboram com esta análise e afirmam que é um grande problema o fato de os profissionais de saúde desqualificarem a queixa da mulher violentada, alegando ser de ordem social ou psicológica, não sendo acolhida pelo serviço, “que opera sob a racionalidade biomédica de intervenção, isto é, a doença como alteração anátomo-patológica enquanto alvo da atuação profissional”.

Há dificuldade em se abordar este tema, tanto por parte das mulheres agredidas quanto por parte dos profissionais da saúde. Existem questões importantes relacionadas a esta atitude: a dificuldade de comunicação na relação entre usuária-profissional de saúde, em que as mulheres não contam e os profissionais não perguntam sobre a situação

vivenciada por aquelas. Há uma ausência de linguagem comum, que gera o não reconhecimento dos profissionais de que a violência contra mulher é um problema de atenção à saúde, em especial de atenção básica e que necessita de intervenção. Além disso, na perspectiva das usuárias, estes profissionais dialogam somente na linguagem da doença, o que torna a comunicação dos fatos ainda mais difícil (SCHRAIBER et al., 2003).

As propostas de estudiosos para esta problemática na área da saúde têm sido voltadas para a introdução da busca ativa de casos, com perguntas rotineiras nas anamneses de diversos serviços de saúde (pronto-socorro, consultas de pré-natal, ginecologia, saúde mental etc.) para que os profissionais identifiquem, registrem, notifiquem e referenciem os casos de violência contra a mulher de maneira apropriada (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

A atenção à saúde de qualidade e o acesso à assistência integral são direitos das mulheres enquanto cidadãs em todos os momentos de suas vidas, sobretudo quando vivenciam situações de violência. O profissional de saúde deve romper com o enfoque medicalizante e biologicista hegemônico nos serviços de saúde e adotar definitivamente a integralidade e a humanização na assistência, que neste caso também exige dos profissionais o conhecimento das instituições de suporte as mulheres violentadas, para que possam referenciá-las quando for necessário. Desta forma, o atendimento multiprofissional e interdisciplinar pode surtir amplo efeito sobre a saúde física, psicológica e reprodutiva destas mulheres, tornando-as sujeitos capazes de obter seus direitos e de exercer plenamente sua cidadania.

Segundo Alves e Coura-Filho (2001, p.256) há a necessidade de:

[...] um esforço multi-institucional e transdisciplinar no enfrentamento da violência como sintoma social, tornando imprescindível contar com uma ampla rede de apoio social, composta por instituições de diversos setores como educação, saúde, justiça, segurança, cultura e trabalho, governamentais e não governamentais, serviços estes que extrapolam a área jurídica.

Para Schraiber et al. (2003) são as repercussões na condição de sujeito privado, de ser humano e de indivíduo-cidadão, que devem chamar a atenção da sociedade para a violência contra a mulher. Nesta situação as emoções, soberania, dignidade e direitos das mulheres estão corrompidos e negados, e na área da Saúde ou em outros âmbitos devem motivar pesquisas e políticas de assistência e de prevenção.

2.6 A violência contra a mulher como campo das Políticas Públicas: o papel das instituições de suporte às mulheres em situação de violência

Sob o impacto das experiências das primeiras organizações feministas, que enunciaram o problema da violência de gênero e abordaram os atos violentos contra as mulheres como um problema social e de Saúde Pública, iniciam-se parcerias com o Estado para implementar as primeiras políticas públicas com recorte de gênero no País. Algumas dessas parcerias são: o Conselho Estadual da Condição Feminina (1983), a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1985), órgão do Ministério da Justiça, todos em São Paulo e, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (FARAH, 2004; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Além das Delegacias de Defesa da Mulher², foram criados junto ao Estado órgãos específicos voltados ao atendimento de mulheres em situação de violência como as casas abrigo, centros de orientações e apoio psicossociais e jurídicos e serviços de saúde especializados na assistência a vítimas de violência sexual. Em consequência, cresceram as produções científicas nos meios acadêmicos voltadas para este tema (BARSTED, 2004).

Apesar da existência dos serviços voltados para o atendimento da mulher em situação de violência, estes ainda são escassos, heterogêneos, predominantes nas grandes cidades e pouco avaliados, porém, representam avanços importantes no combate desse tipo de violência por políticas públicas nacionais e devem ser valorizados e monitorados para seu aperfeiçoamento e ampliação (BARSTED, 2004; CAMARGO, 2000).

No Brasil, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), com status de ministério, vinculada à Presidência da República, para promover a transversalidade das políticas para mulheres e a igualdade de gênero. A SPM é considerada

[...] um avanço e um reconhecimento da necessidade de se ter políticas específicas que tratem a questão de gênero, não somente como um tema transversal nas políticas públicas, mas como uma das áreas prioritárias da ação governamental, que é carente de instrumentos de proteção social e de garantia de direitos (IBGE, 2006, p.277).

² A criação da Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM) em São Paulo, em 1985 e no Rio de Janeiro, em 1986 levou o fenômeno do espancamento de esposas e outras agressões cometidas pelos maridos, namorados e companheiros contra as mulheres, a alcançar maior visibilidade no cenário público (CONRADO, 1998; GROSSI; PORTO, 2005).

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2004), coordenada pela ministra Nilcéa Freire, desenvolve o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) desde 2004. Este plano está estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres. Segundo a SPM (2004, p.11) “Em relação a estas áreas estão contempladas as políticas e ações que devem ser desenvolvidas ou aprofundadas para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras”. Desta forma, no PNPM são desenvolvidas questões relacionadas à saúde das mulheres, com aliança com o Ministério da Saúde, como a já implementada Política Nacional de Prevenção, Assistência e Combate à Violência contra a Mulher.

O PNPM reconhece a importância da articulação do governo federal com os estados, municípios e entre diferentes setores, como saúde, educação, trabalho, infra-estrutura e habitação, cultura, comunicação, programas sociais, conselhos da mulher e movimentos sociais para prevenir, atender e erradicar a violência de gênero. O que expressa a compreensão de que as políticas públicas de combate à violência contra mulher exigem que o Estado articule esferas e instâncias de poder e possa prover uma atenção intersetorial e multidisciplinar (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2003).

Assim, a violência constitui-se numa diretriz no campo das políticas públicas da atual agenda brasileira relacionada à questão de gênero. Essa diretriz aponta para a criação e ampliação de programas que atendam as mulheres que sofrem violência doméstica e sexual, incluindo atenção integral (jurídica, psicológica e médica) e criação de abrigos. Também mostra a necessidade de formulação de políticas que articulem medidas de assistência e segurança pública, contemplando aplicação de medidas preventivas, repressivas e de re-educação em relação aos agressores de maneira mais efetiva (FARAH, 2004).

O estudo realizado por Farah (2004) analisou políticas e programas de governos estaduais e locais que incluem a dimensão de gênero e destacou dentre outras áreas, sete programas de combate à violência contra a mulher. Estes programas são estruturados como programas de atenção integral às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, que incluem atendimento à saúde e capacitação das mulheres para reinserção social. O artigo traz exemplos de iniciativas nessa área: Casa Rosa Mulher de Rio Branco (AC), Casa Eliane de Grammont de São Paulo (SP), Casa Bertha Lutz de Volta Redonda (RJ) e Centro Integrado de Atendimento à Mulher – CIAM de Bauru (SP). Para Farah (2004, p.12):

As iniciativas locais de combate à violência contra a mulher não resultam, portanto, apenas de uma agenda ‘nacional’ ligada à questão de gênero, mas tendem a refletir também uma problemática local, que se expressa na mobilização de mulheres em cada município ou em determinada região. Essa mobilização tende a persistir após a criação dos programas, influenciando a sua implementação.

Segundo Galvão e Andrade (2004) a importância dos serviços especializados na assistência às mulheres que vivem em situação de violência, é atualmente reconhecida por diversos setores da sociedade e sua continuidade defendida pelas organizações do movimento de mulheres. Desse modo, serão apresentadas a seguir algumas instituições que são peças-chave no suporte às mulheres que sofrem violência.

2.6.1 Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulher (DEAMs)

A implantação das Delegacias Especiais para Crimes contra a Mulher, com funcionárias do sexo feminino e treinadas para atuarem na área, gerou grande visibilidade ao problema. “O Brasil foi o primeiro país no mundo a propor este tipo de intervenção”, e as DEAMs representaram “o primeiro e grande recurso no combate à violência contra a mulher e especialmente à violência conjugal” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999, p.16).

As delegacias se caracterizam como uma das portas de entrada das mulheres na rede de serviços, cumprindo o papel de investigar os crimes de violência contra a mulher. É na delegacia que a mulher obterá a requisição para efetuar o exame de corpo de delito junto ao Instituto Médico Legal (IML), com a finalidade de comprovar o tipo e a natureza das lesões e a extensão da violência sofrida.

Para Schraiber e D’Oliveira (1999, p.16) o caráter das DEAMs é “basicamente policial: detectar transgressões à lei, averiguar sua procedência e criminalizar a violência doméstica”. Bandeira (2003) complementa que algumas vezes as DEAMs não conseguem cumprir suas funções policiais, pois passam a desempenhar um papel psico-assistencial, ou seja, a delegacia torna-se um espaço de escuta e aconselhamento às mulheres que sofrem violência.

Como a maioria dos casos de violência contra mulher se refere à violência doméstica perpetrada pelo companheiro atual ou prévio, grande parte das queixas registradas nas DEAMs também é deste tipo de violência. Conrado (1998) afirma que o estudo dos casos de

violência conjugal, segundo os inquéritos policiais, baseia-se no estudo de Maria Filomena Gregori, o qual sugere abordar o fenômeno a partir das relações existentes entre os indivíduos, regidas por papéis sociais (mãe-mulher-dona de casa e pai-marido-chefe de família), que são redimensionados no contexto particular em que estão inseridos.

Apesar da presença das DEAMs, do aumento de visibilidade do fenômeno e do crescimento do número de denúncias que estas propiciaram, a impunidade permanece e muitos processos não são instaurados, poucos chegam a julgamento e o número de condenados é muito baixo (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Esta ineficácia pode ser analisada sob o aspecto de que algumas mulheres vão à delegacia em busca de pressão policial para acabar com as agressões e muitas vezes desistem de dar continuidade ao caso. De maneira que para muitas mulheres, uma solução efetiva torna-se distante e inacessível, devido à lentidão do judiciário e ao desconhecimento do processo. Para outras, o desejo de arquivar o inquérito, tem como alegação a reconciliação do casal, que em muitos casos pode ser vista como um movimento circular e repetitivo, no qual a polícia permanece como mediadora (CONRADO, 1998).

Apesar da importância e dos avanços advindos com as DEAMs, é importante salientar que menos de 10% do total de municípios brasileiros contam com este tipo específico de delegacia. A pesquisa nacional realizada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) sobre as condições de funcionamento das DEAMs mostra que o país apresenta, aproximadamente, 307 delegacias especializadas no atendimento a mulher. O Estado de São Paulo concentra 40,7% do total destas delegacias no país, seguido por Minas Gerais, que detém 13% deste número. No entanto, muitos estados brasileiros, sobretudo nas regiões norte e nordeste, contam com a presença de uma única delegacia - AC, AL, RR, CE, DF.

Segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2006) existem atualmente no Estado de São Paulo 126 DEAMs. Em Florianópolis há apenas uma DEAM, a 6ª DP – Delegacia de Proteção à Mulher, ao Menor e ao Adolescente, criada em 14 de fevereiro de 1984 e atualmente conta com um efetivo de 25 policiais civis, além de psicólogos e assistentes sociais. Esta DEAM atende por ano uma média de 5,5 mil ocorrências, sendo 3,5 mil ocorrências no setor de proteção à mulher (AN CAPITAL, 2004).

2.6.2 Centros de Referência no atendimento à mulher que sofre violência

Estas instituições oferecem atendimento psicológico, social, jurídico e, prestam ainda serviços de orientação e informação às mulheres em situação de violência. Apresentam papel fundamental no acolhimento a essas mulheres, prestando assistência e realizando encaminhamentos para os de mais serviços (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003).

Um exemplo destes Centros é o local onde foi desenvolvida a pesquisa de Galvão e Andrade (2004), o Centro de Atendimento à Mulher (CAM) do Município de Londrina. O serviço oferece atendimento jurídico, social e psicológico às mulheres que sofrem violência física, emocional, sexual ou social e, está dividido em quatro setores de atendimento: encaminhamento, psicologia, social e jurídico. No setor de encaminhamento as mulheres recebem atendimento inicial durante o qual é feito um breve diagnóstico para levantar suas queixas e demandas, procedendo-se então, aos encaminhamentos necessários dentro do CAM ou para outros serviços, como: DEAMs, Conselho Tutelar, Fórum, Unidades Básicas de Saúde etc.

O atendimento no setor de psicologia pode ser individual ou em grupo, por meio de aconselhamento, orientação e apoio nas situações de conflito. O setor de serviço social também presta atendimento individual ou em grupo, além do familiar, realizando investigação social para os processos jurídicos e psicológicos, visitas domiciliares, orientação, encaminhamento aos recursos sociais da comunidade e acompanhamento.

De acordo com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2006), existem no Brasil aproximadamente 58 Centros de Referência no Atendimento a Mulheres.

Em Florianópolis há o CEVIC – Centro de Atendimento a Vítimas de Crimes, vinculado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Neste centro, funciona um programa de atendimento jurídico, social e psicológico às vítimas de crimes na grande Florianópolis.

Também em Florianópolis, funciona uma organização não governamental chamada Associação Casa da Mulher Catarina, que possui um projeto de monitoramento da violência contra a mulher em Santa Catarina. Além disso, a instituição desenvolve projetos de ensino, pesquisa e extensão de questões relacionadas à mulher e à orientação e prevenção da violência.

2.6.3 Casas Abrigo

As casas abrigo são locais destinados a abrigar temporariamente mulheres e seus filhos menores em situação de violência, em especial violência doméstica, desenvolvendo programas de atenção integral com o intuito de recuperar a auto-estima da mulher, prestando serviços de orientação psicológica e de assistência jurídica e social, promovendo oficinas e cursos diversos, enquanto perdurar o risco de vida (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003).

Segundo o Portal da Violência contra a Mulher, até 2002, a Casa Abrigo era tida como uma das políticas prioritárias no enfrentamento à violência contra a mulher, sendo muitas vezes, o único equipamento disponível em alguns dos municípios brasileiros. Contudo, na avaliação da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, a implementação dessa política tem pouca sustentabilidade e baixa efetividade se desarticulada de outros equipamentos. Nesse sentido, a SPM passou a dar prioridade a projetos de Casas Abrigo que atendam a uma micro-região, onde já existam outros serviços, configurando uma rede mínima de atendimento (Disponível em: <http://copodeleite.rits.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/index.shtml>).

Segundo informações da secretaria Especial de Políticas para as mulheres (2004), existem no Brasil aproximadamente 72 Casas-Abrigos em funcionamento. No Estado de Santa Catarina existem somente duas, uma em Blumenau e outra em Joinville.

2.6.4 Serviços de Saúde

Os serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Prontos-Socorros, Clínicas, Hospitais) configuram juntamente com as DEAMs, uma das principais portas de entrada para o atendimento das mulheres em situação de violência, devido à ampla repercussão que a violência provoca sobre a saúde e, conseqüentemente, da freqüente procura destas mulheres pelos serviços de saúde. Em conseqüência desse fato, estes serviços apresentam alto potencial de detecção de casos de violência contra mulher, principalmente de violência doméstica e intrafamiliar.

Em Santa Catarina, existem cinco serviços de saúde de referência no atendimento às mulheres em situação de violência: Maternidade Carmela Dutra, Hospital Universitário,

Hospital Nereu Ramos, Hospital Santo Antônio - Setor de Ginecologia em Itajaí e Ambulatório Geral do Centro Setor de Ginecologia em Blumenau, sendo que os três primeiros são em Florianópolis (Disponível em: <<http://copodeleite.rits.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/index.shtml>>).

2.6.4.1 Hospitais especializados no atendimento às mulheres e crianças que sofreram violência sexual

A atenção à violência sexual, assim como à violência doméstica são objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na qual estão previstas ações de ampliação e acessibilidade das mulheres e adolescentes aos serviços de saúde.

Nos últimos quatro anos têm se configurado uma progressiva expansão dos serviços de atendimento a vítimas de violência sexual e estupro, ainda que estes serviços também estejam concentrados nas capitais e regiões metropolitanas. De acordo com o Ministério da Saúde (2004b), em 1999, apenas 17 serviços hospitalares estavam preparados para atender às mulheres vítimas de estupro, já no final de 2002 esse número chegava a 82, porém somente em 44 desses serviços, realiza-se o aborto pós-estupro. Segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2004) a realização do aborto legal após estupro nestas instituições é considerada um avanço, pois concretiza um direito da mulher que sofreu esta violência brutal, direito este que está previsto no Decreto-Lei nº 2848, no art. 128 do Código Penal, desde 1940.

A violência sexual pode levar à sérios agravos como a gravidez indesejada ou as doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre elas a infecção pelo HIV, influenciando sobre o uso de contraceptivos e sobre a adoção de práticas de autocuidado. Outro grande impacto que provoca é sobre o estado psicológico da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Portanto, os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual também oferecem orientação e distribuem a medicação de contracepção de emergência, popularmente chamada de pílula do dia seguinte, e de profilaxia das DST/HIV, que fazem parte do protocolo de atenção aos casos de estupro.

Segundo o MS (2005) o conhecimento técnico-científico, aliado à sensibilidade dos profissionais de saúde para aplicação de práticas humanizadas, são elementos essenciais na

atenção às vítimas de violência sexual. Para capacitar os profissionais de saúde no planejamento e execução de ações com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção às mulheres e adolescentes que sofreram violência sexual, o Ministério da Saúde em 2005, atualizou e ampliou a Norma Técnica de 1999 de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

É importante salientar que as unidades básicas de saúde onde têm serviços de ginecologia e obstetrícia também devem estar capacitadas para o atendimento aos casos de violência sexual. Segundo o MS (2005) o limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e as situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra-referência, cabendo aos gestores municipais e estaduais a definição do maior número possível destes serviços de referência.

2.6.4.2 Unidades Básicas de Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Saúde da Família é a estratégia prioritária da Atenção Básica para sua reorganização em todo o território nacional, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A equipe de Saúde da Família deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estes profissionais devem considerar cada sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A proposta da Atenção Básica e de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), também se aplica à especificidade das mulheres em situação de violência, uma vez que a

saúde da mulher é uma das áreas estratégicas de ação em todo o país, decorrente da institucionalização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

As evidências apontam que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde, pelo menos em alguns momentos particulares de suas vidas, como: quando estão grávidas, têm filhos, buscam assistência para eles ou outro parente, ou ainda quando necessitam de métodos contraceptivos. Assim, os profissionais que atuam na atenção básica estão em posição estratégica para atuar frente ao problema da violência contra a mulher, na sua identificação, notificação, assistência, encaminhamentos a serviços especializados e prevenção (MS, 2005).

Contudo, Grossi e Porto (2005, p.05) alertam que estudos recentes mostram o flagrante despreparo dos profissionais de saúde para abordar o problema da violência contra a mulher, “demonstrando desde o desconforto emocional, as dificuldades de escuta e acolhimento, até a falta de respeito e maus tratos às mulheres”, fatos estes também relacionados à omissão do poder público frente à sua responsabilidade com a capacitação dos profissionais.

Desta forma, muitas mulheres em situação de violência ao buscarem serviços de saúde, ainda são discriminadas pelos profissionais, sofrendo assim violação dos seus direitos e frustrando suas expectativas. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos das mulheres, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar das mesmas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

A proposta de algumas instituições, embasadas nos princípios da atenção básica e da ESF, é de que todos os profissionais da saúde devem estar sensibilizados para as questões da violência contra a mulher e de gênero, sua complexidade e magnitude, e serem capacitados para acolher esta mulher, oferecer escuta e informação, sem julgamento moral próprio, sem estigmatizá-la ou constrangê-la. Além disso, deve construir em parceria com a mulher o seu projeto de assistência, que pode incluir uma ou mais instituições da rede de serviços que atendem mulheres em situação de violência (DINIZ, 2000; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

Assim, para que esta proposta seja operacionalizada, um dos primeiros passos é que os profissionais conheçam a problemática, políticas públicas de proteção à mulher para que possam oferecer alternativas disponíveis de acolhimento e intervenção como DEAMs, Centros de apoio à Mulher, entre outros, e assim poder expor possibilidades de encaminhamento às mulheres, incluindo-as ativamente nas decisões e na responsabilidade

pelo destino de suas vidas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Com isso, será fortalecida a capacidade das mulheres de identificar e resolver seus problemas em parceria com os profissionais de saúde da atenção básica e posteriormente, aumentar esta parceria incluindo também os profissionais de outras instituições, de maneira interdisciplinar.

Os números referentes à porcentagem de encaminhamentos a outras instituições, que os serviços de saúde realizam nos casos de mulheres violentadas são muito variáveis. Em pesquisa realizada por Galvão e Andrade (2004), em um Centro de Atendimento a Mulheres que sofrem violência em Londrina (PR), foi encontrado que os serviços de saúde são responsáveis por apenas 3,6% dos encaminhamentos à instituição. Enquanto em outro estudo semelhante, realizado por Alves e Coura-Filho (2001) em Belo Horizonte (MG), mostrou que os serviços de saúde referenciaram 64% dos atendimentos realizados no Centro de Apoio.

Para Galvão e Andrade (2004) os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência são essenciais para o enfrentamento desse problema, sendo imprescindível que estes estejam articulados com os serviços de saúde para o desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais, atendendo a mulher na perspectiva da atenção integral e humanizada.

Deste modo, alguns dos outros elementos essenciais para que a proposta referenciada anteriormente seja efetivada são: o acolhimento, a escuta qualificada, a valorização de saberes e práticas das usuárias, a humanização da atenção e a adoção da perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, estabelecendo vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.

Segundo o MS (2005) entende-se por acolher o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade, respeito e consideração à mulher em situação de violência, procurando formas de compreendê-la e auxiliá-la nas suas demandas e expectativas. Portanto, o acolhimento é importante para a qualidade e a humanização da atenção.

Humanizar e qualificar a atenção à saúde das mulheres que sofrem violência é aprender a compartilhar saberes e experiências, além de reconhecer direitos. E esta mudança implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde, legitimando o sofrimento e os sintomas decorrentes da violência, além de adotar o conceito de saúde integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

O MS (2005) complementa que a partir desta abordagem, cada vez mais mulheres em situação de violência encontrarão resposta adequada dos profissionais e estarão estabelecendo vínculos de confiança com as unidades básicas de saúde. E este é sem

dúvida, um dos principais fatores que incidirão sobre a prevenção, a busca precoce de orientação e apoio e a eficácia da assistência.

De forma que as informações levantadas e apresentadas acima fundamentam os objetivos desta pesquisa, na perspectiva de que para se avaliar a atuação dos profissionais de saúde frente à violência contra a mulher é preciso, primeiramente, compreender suas percepções sobre este tema. Esta compreensão será buscada por meio do referencial teórico das representações sociais construídas pelos integrantes de grupos sujeitos da pesquisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O estudo das representações sociais constitui uma nova maneira de pesquisa e de produção do conhecimento, cuja abordagem vem crescendo nos últimos anos. O interesse dos pesquisadores está no discurso do sujeito, que se reflete em sua ação, além da percepção deste sobre a realidade que o envolve e de que contribui para sua construção e reformulação.

O conceito de representação social se estabelece entre a psicologia e a sociologia do conhecimento e é proveniente do conceito de representação coletiva, proposto pelo francês Émile Durkheim. Este é considerado o fundador da Sociologia como ciência independente das demais Ciências Sociais.

Em sua primeira obra, “A divisão do trabalho social” de 1893 Durkheim enuncia o princípio da consciência coletiva, a qual representa a soma de crenças e sentimentos comuns aos membros de uma comunidade, envolvendo a mentalidade e moralidade dos indivíduos. Este afirma que os indivíduos possuem duas consciências: a coletiva e a individual; a primeira é predominante e compartilhada com o grupo, a segunda é peculiar ao indivíduo (LAKATOS; MARCONI, 1990).

Para Brito e Catrib (2004) Durkheim expôs teoricamente que as categorias fundamentais do pensamento originam-se na sociedade e que o conhecimento só poderia ser encontrado a partir da experiência social. Os autores também referem que Durkheim cita outra condição básica na elaboração do conhecimento, que consiste na formação de conceitos. Estes se originam de características da vida da coletividade e são partilhados pelos membros do grupo.

Segundo Herzlich, a representação coletiva não se restringe ao somatório das representações dos indivíduos que formam uma sociedade. É muito mais do que isto, um novo conhecimento é formado, ultrapassando a soma das individualidades e beneficiando uma reiniciação do coletivo. Nessa concepção de representação coletiva, encontra-se a primazia do social sobre o individual (apud BRITO; CATRIB, 2004). Assim, Durkheim pretendia analisar a representação coletiva por meio dos pensamentos, conhecimentos, crenças, formas de agir e sentir de um grupo social, pois estes elementos expressam a realidade destes atores sociais.

A inauguração e consolidação do termo representação social, na década de 1960, ao invés de representação coletiva de Durkheim, devem-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici, especialmente à obra intitulada “La Psycanalyse: son image et son public”. A

análise do conceito de representação social é fundamental para entender as representações na atualidade (SÁ, 1995; HOROCHOVSKI, 2004; RODRIGUES, 1999), como mostra:

A psicologia social percebe as representações como fenômeno, que possui mobilidade e circularidade, diferente da estaticidade presente em Durkheim [...]. A substituição de coletiva por social é, dessa forma, uma maneira de acentuar essa diferença: ela deixa de ser um conceito que explica o conhecimento e crenças de um grupo para se tornar um fenômeno que exige explicação e que produz conhecimento (HOROCHOVSKI, 2004, p.99).

O termo representações sociais “designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos” (SÁ, 1995, p.19). Assim Minayo (2004b, p.158) afirma que:

Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a (grifo da autora).

Moscovici afirma que as representações sociais são uma modalidade específica de conhecimento que tem por função a produção e elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, criando conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, que devem ser considerados como verdadeiras teorias do senso comum, pelas quais se procede à interpretação e à construção das realidades sociais da vida cotidiana (SÁ, 1995). As representações sociais têm por objetivo transformar o desconhecido em conhecido e esse processo é determinado pela linguagem, imagem e idéias compartilhadas por um grupo (HOROCHOVSKI, 2004). Desta forma, Moscovici observa que as representações sociais determinam a visão de mundo, a reação às pessoas e às coisas, as práticas e as dinâmicas das relações sociais (BRITO; CATRIB, 2004; OLIVEIRA et al., 2003).

Moscovici propôs três dimensões sob as quais os conteúdos de uma representação social podem se organizar: o campo da representação ou da imagem, o da informação e o da atitude. O campo da representação ou da imagem remete aos conteúdos concretos e limitados das proposições e imagens de um determinado objeto da representação. Possui uma organização subjacente de elementos capazes de ter caráter ordenado, estruturado e hierarquizado, e que sugere uma idéia de imagem ou de modelo social. A informação é a segunda dimensão da representação social, e refere-se à quantidade e à qualidade de conhecimento que o grupo possui a respeito de um determinado objeto social. A atitude, a

terceira dimensão, reflete a orientação global em relação ao objeto socialmente representado, seja ela favorável, desfavorável ou neutra (OLIVEIRA et al., 2003).

Uma psicóloga social francesa que seguiu a mesma linha de raciocínio de Moscovici sobre as representações sociais foi Denise Jodelet. Esta autora considera que as representações sociais são fenômenos complexos, ativos dentro da vida social e que a investigação científica tem por objetivo descrever, analisar, explicar suas dimensões, formas, processos e funcionamento (HOROCHOVSKI, 2004).

Na visão de Jodelet representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada tendo uma visão prática e afluindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Assim, admite-se que o tipo específico de conhecimento que pode ser considerado como representação social é o conhecimento do senso comum, oriundo da vida cotidiana dos indivíduos, uma vez que a representação social é uma preparação para a ação, guia o comportamento, além de remodelar e reconstituir os elementos do meio ambiente onde o comportamento ocorre (BRITO; CATRIB, 2004).

Segundo Minayo (2004b, p.110-111) Bourdieu contribuiu com respostas à pergunta “Em que sentido a fala de um é representativa da fala de muitos?”, pois para este autor:

Todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de *universalização* e de *particularização*, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros (Grifo da autora).

Portanto, pode-se utilizar o conceito de representação social como instrumento de análise da realidade social, uma vez que permite perceber as concepções que os grupos constroem a respeito do mundo. “Num momento marcado por incertezas e perplexidade, as representações sociais podem atuar de forma significativa na compreensão de questões contemporâneas, tais como, violência, juventude, movimentos sociais, minorias, entre outros” (HOROCHOVSKI, 2004, p.105).

Assim, este estudo buscou identificar as representações sociais dos profissionais de saúde que atuam na rede básica sobre a violência contra a mulher e explorar a percepção destes sobre a atuação do serviço de atenção básica à saúde em relação à mulher que sofre violência, pois se acredita que as concepções construídas por um grupo social, influenciam intensa e diretamente o comportamento e as atitudes de seus componentes. Neste caso, as representações sociais sobre violência contra mulher determinam os conhecimentos, os significados, a imagem, os valores e crenças dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente,

os aspectos envolvidos na prática profissional destes frente ao tema abordado, tanto de maneira positiva quanto negativa, repercutindo na identificação, registro de casos, qualidade da assistência prestada às mulheres, ações de prevenção, encaminhamentos, entre outros.

4 OBJETIVOS

- Identificar as representações sociais sobre a violência contra a mulher dos profissionais da saúde que fazem parte das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Florianópolis / SC.
- Explorar a percepção dos profissionais da saúde sobre violência contra mulher e o papel que o serviço de atenção básica presta em relação a esta.

5 METODOLOGIA

Para Minayo (2004b, p.22) a metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, “[...] inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

A proposta metodológica utilizada neste estudo será descrita a seguir e possibilitou o desenvolvimento da pesquisa de acordo com os objetivos propostos.

5.1 Tipo de estudo

Considera-se neste estudo que a linguagem exerce função essencial na construção e na circulação das representações sociais. Sendo assim, esta pesquisa buscou captar os discursos dos profissionais que atuam na rede básica de saúde a respeito da violência em geral, da violência contra a mulher e da atuação do serviço de atenção básica à saúde frente a esta problemática, de modo a se conseguir apreender e, posteriormente analisar as representações sociais e o contexto em que são produzidas.

Para que se pudesse atingir estes objetivos, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (1994a, p.21-22):

[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

5.2 Local de estudo

A investigação da percepção dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde de cada Regional de Saúde do município de Florianópolis/SC que contam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O município de Florianópolis possui cinco Regionais de Saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, portanto, foram selecionadas cinco Unidades de Saúde. O processo de seleção dessas Unidades ocorreu por meio de sorteio.

A escolha de Unidades que fazem da ESF pode ser justificada por estas terem implantadas as equipes de saúde da família, que representam uma estratégia diferenciada e prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil. Esse fato favorece aos profissionais obterem maior proximidade com o usuário, família e comunidade, gerando possibilidades maiores de atuar frente à violência contra a mulher.

Além disso, o critério utilizado para a definição de que a pesquisa seria realizada em uma Unidade de Saúde por Regional foi o objetivo de se alcançar uma representatividade adequada da amostra, compreendendo todo o município de Florianópolis.

5.3 Sujeitos da pesquisa

A seleção da amostra foi de sujeitos voluntários a participarem da pesquisa, composta de profissionais de saúde integrantes das equipes da ESF de cada Unidade Local de Saúde de Florianópolis selecionada. Foram entrevistados um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde por equipe, ou seja, por Unidade de Saúde. Como foram pesquisadas cinco Unidades (uma de cada Regional de Saúde), o número total de entrevistados foi de vinte profissionais, representados por cinco pessoas de cada categoria profissional.

Na categoria profissional da equipe de enfermagem de nível médio foram entrevistados somente profissionais técnicos de enfermagem. Esse fato ocorreu ao acaso, não sendo uma exigência da pesquisadora, pois poderiam ser técnicos ou auxiliares de enfermagem que fizessem parte da ESF.

Segundo Minayo (2004b) a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; considera-os em número suficiente para permitir certa reincidência das informações; o conjunto de informantes pode ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

Desta forma, acredita-se que a seleção de quatro categorias profissionais (duas de nível superior e duas de nível médio) e a realização de cinco entrevistas com cada categoria

ofereceu a diversidade e a reincidência das representações sociais sobre a violência contra a mulher que se pretendeu identificar e explorar com esta pesquisa.

Para que se pudesse chegar até os profissionais, iniciou-se o contato com os coordenadores de cada Unidade de Saúde selecionada. Esse contato ocorreu primeiramente por telefone, em que a pesquisadora principal se apresentava, explicava resumidamente os objetivos da pesquisa e como pretendia atingi-los. Após a compreensão e autorização dos coordenadores foram agendadas reuniões com os mesmos nas respectivas Unidades de Saúde, para que se pudesse explicar detalhadamente a pesquisa. A data e horário dessas reuniões eram definidos a critério e disponibilidade dos coordenadores.

Nas cinco Unidades de Saúde sorteadas não houve problemas na aceitação para a realização da pesquisa, assim como cada coordenador já selecionava uma equipe da ESF completa e realizava a apresentação da pesquisadora principal aos respectivos membros da equipe, informando-os brevemente sobre a pesquisa, seus objetivos e metodologia.

Todos os profissionais selecionados aceitaram participar da pesquisa e se mostraram disponíveis para a coleta de dados. Neste momento, a pesquisadora agendava com cada profissional uma data e horário para a realização da entrevista, sendo que essa escolha dependia exclusivamente do profissional, de acordo com sua agenda de trabalho na Unidade.

5.4 Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta dos dados o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, visando atender aos preceitos éticos de direitos humanos dos sujeitos da pesquisa. O estudo recebeu o número 252 / 2006 e foi aprovado por este Comitê em 25 (vinte e cinco) de setembro de 2006. Esse procedimento segue as recomendações das Resoluções 196/1996 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam investigações envolvendo seres humanos.

Em seguida o projeto foi submetido à Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, cuja aprovação do mesmo ocorreu no primeiro trimestre de 2007.

Para viabilizar a clareza em relação aos procedimentos da pesquisa e a confidencialidade das informações colhidas, foram expostos aos entrevistados os objetivos e

importância da pesquisa, a forma pretendida de usar a narrativa gravada e as justificativas para usar o gravador.

Além disso, foram reforçados o direito de escolha de participar da pesquisa, o compromisso de sigilo absoluto da identidade dos sujeitos e a possibilidade de desistência da participação na pesquisa no momento que desejassem. Com a concordância dos participantes, estes assinaram um “termo de consentimento livre e esclarecido” antes da entrevista ser iniciada.

Como instrumento para a coleta de dados durante a pesquisa de campo, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, bastante utilizada em estudos qualitativos. Com essa técnica aplicada nesse estudo procurou-se atingir a proposta de identificar as representações sociais relacionadas à violência contra mulher dos profissionais da saúde.

O roteiro de entrevista é composto de perguntas abertas e fechadas (ou estruturadas), as quais abordam aspectos de interesse da pesquisa (Apêndice A) e “serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados” (MINAYO, 2004b, p.122). Assim, na entrevista semi-estruturada “[...] o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 2004b, p.108).

Para Deslandes et al. (1994) através da entrevista, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Desta forma, a entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, mas um meio de se coletar fatos relatados pelos atores, sendo estes sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Segundo Minayo (2004b, p.109) o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações:

é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

O roteiro de entrevistas foi testado previamente com um profissional de nível superior (enfermeiro) e um de nível médio (auxiliar de enfermagem) que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis, porém estes não fizeram parte da pesquisa. A partir deste pré-teste, identificou-se que o roteiro de entrevistas estava adequado, sendo então aplicado aos sujeitos da pesquisa.

Com exceção das Unidades de Saúde de Capoeiras e da Costeira as quais foi preciso visitar três vezes cada uma para realizar as entrevistas, nas demais Unidades apenas duas visitas foram feitas. Portanto, foram realizadas em média duas ou três entrevistas a cada visita da pesquisadora à cada Unidade de Saúde. Esse fato deve-se a própria escolha dos profissionais de saúde em relação à data e horário para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2007 nas Unidades Básicas de Saúde, individualmente com cada sujeito da pesquisa e em local privativo, como consultórios médicos e de enfermagem.

Para o registro das narrativas, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise exaustiva das informações colhidas. O processo de transcrição ocorreu em aproximadamente dois meses.

5.6 Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas foi efetuada uma leitura do material coletado com o intuito de se familiarizar com seu conteúdo e estrutura, descobrindo orientações para a interpretação dos dados. Em seguida, releituras exaustivas do material foram feitas, para então, proceder à classificação ou categorização dos dados.

Desta forma, para poder compreender os dados coletados e responder aos objetivos da pesquisa, aqueles foram organizados primeiramente segundo categoria profissional dos sujeitos da pesquisa, ou seja: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em seguida os discursos dos profissionais de saúde foram separados por eixos principais, representados pelas quatro perguntas base do questionário. Os eixos principais são:

1. Percepção da violência em geral;
2. Percepção da violência contra a mulher;
3. Percepção da atuação do serviço de atenção básica à saúde em relação à violência contra a mulher; e
4. Opinião sobre a violência contra a mulher.

A organização das informações por eixo segue com a categorização propriamente dita, que segundo Gomes (1994, p.70) “[...] abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. [...] significa agrupar elementos, idéias ou expressões

em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”. Assim, foram formuladas categorias específicas por eixo baseadas nas questões relevantes levantadas nas falas dos atores sociais.

Para se chegar à análise e compreensão das idéias, valores, crenças, concepções a respeito da violência contra a mulher, além de como essas representações orientam a prática cotidiana dos profissionais de saúde no atendimento a essas mulheres, utilizou-se o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1994a, 2004b), que de acordo com Gomes (1994, p.77):

nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, *o interior da fala*. E, como ponto de chegada, *o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala*. (Grifo do autor).

Os pressupostos deste método de análise são que a produção do conhecimento é um processo contínuo e que “[...] a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta” (GOMES, 1994, p.77).

De acordo com esta proposta, o primeiro nível de interpretação deve ser o das determinações fundamentais, ou seja, o contexto sócio-histórico no qual o grupo social a ser estudado faz parte. Já o segundo nível de interpretação refere-se ao encontro do pesquisador com os fatos provenientes da investigação: as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais (DESLANDES et al., 1994).

Portanto, no momento da análise buscou-se as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, relacionando “[...] o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (GOMES, 1994, p.79). Durante este processo, decidiu-se trabalhar especificamente com dois eixos principais e suas respectivas categorias:

Eixo 1 *Violência contra a mulher, com a categoria preconceito relativo à mulher que vivencia situação de violência; e*

Eixo 2 *Atuação do serviço de atenção básica à saúde diante de mulheres em situação de violência, com a categoria banalização da violência contra mulher.*

Os resultados, a análise e discussão dos dados serão apresentados nestes dois eixos, contendo trechos dos discursos dos profissionais para melhor compreensão das categorias e suas articulações com o referencial teórico adotado: a Teoria da Representação Social.

O procedimento metodológico utilizado na análise permitiu encontrar elementos estáveis e contraditórios do discurso, como também a riqueza do simbólico presente no senso

comum, identificando-se as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas à violência contra a mulher, cuja discussão contempla a exploração da percepção destes sobre a atuação do serviço de atenção básica diante do fenômeno, trazendo à tona sentimentos, emoções, o entendimento e o sentido que estes dão a essa realidade

No próximo capítulo, explicar-se-á como serão apresentados os resultados e discussão da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste estudo estão apresentados no Apêndice C, sob a forma de artigo científico submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, intitulado: “**Mulheres em situação de violência e suas representações sociais**: um olhar dos profissionais das unidades básicas de saúde”. Neste artigo também são registradas algumas falas dos sujeitos, cujos depoimentos revelam a representação social sobre violência contra mulher dos profissionais de saúde da atenção básica, instituída em dois eixos principais e respectivas categorias.

A apresentação, por meio de artigo científico, é determinada pelo Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mônica Gomes de; COSTA, Ney Francisco Pinto. Atitude contra a violência. **Protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 2002. 48p.

ALVES, Andréa Matias; COURA-FILHO, Pedro. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.1, p.243-257, 2001.

ALVES, Fabrício da Mota. **Lei Maria da Penha**: das discussões à aprovação de uma proposta concreta de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. 8 mar. 2007. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8764>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

AN Capital. Obra do prédio da 6ª DP está em fase final. **Jornal AN Capital**, 12 out. 2004. Disponível em: <<http://www.an.com.br/ancapital/2004/out/12/1ger.htm>>. Acesso em 03 jun. 2006.

ANGULO-TUESTA, Antonia de Jesús. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

ARAÚJO, Maria de Fátima; MATTIOLI, Olga Ceciliato (org.) **Gênero e violência**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. 164p.

ARAÚJO, Maria de Fátima; MARTINS, Edna Júlia Scombatti; SANTOS, Ana Lúcia dos. Violência de Gênero e Violência contra a Mulher. In: ARAÚJO, Maria de Fátima; MATTIOLI, Olga Ceciliato (org.) **Gênero e violência**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p.17-35.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

BALLONE G.J., ORTOLANI IV **Violência Doméstica**. PsiqWeb. 2006. Disponível em: <www.psiqweb.med.br> Acesso em: 10 out 2007.

BANDEIRA, Lourdes. **O que não estamos conseguindo alterar na questão da violência contra a mulher?** Texto apresentado no Seminário Monitoramento da Violência contra a Mulher, out. 2003, Recife-PE. Disponível em: <http://www.agende.org.br/docs/file/dados_pesquisas/violencia>. Acesso em: 07 fev. 2006.

BARSTED, Leila Linhares. Uma vida sem violência: o desafio das mulheres. **Observatório da Cidadania**, 2004. p.53-60. Disponível em: <www.ibase.br/pubibase/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=121&infoid=840>. Acesso em: 26 abr. 2006.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. av.**, v.17, n.49, p.87-98, sept./dec. 2003.

BOSELLI, Giane. **Dimensões da violência contra a mulher: construindo bases de dados.** Texto elaborado para o Colóquio sobre Violência de Gênero e Direitos Humanos, realizado nos dias 18 e 19 de nov. 2004, na UFRJ-RJ. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/pdf/dimensoesdaviolenciacontraamulher_gianeboselli.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Combate às agressões contra as mulheres.** 18 ago. 2003. Disponível em: <<http://portalweb02.saude.gov.br/portal>>. Acesso em: 23 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes:** norma técnica. 2 ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** plano de ação 2004-2007. 1 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 48p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 82p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública**, 34(4), p.427-430, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 05 de novembro de 2004c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/legis/pdfs/portarias/portaria%20_2406_2004.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em 12 abr.2006.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.099, de 03 de junho de 2004. Disponível em: < <http://www.pflmulher.org.br/legislacao/D5099.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2006.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 26 jan. 2006.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei?L10.886.htm>. Acesso em: 26 jan. 2006.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Delegacias da Mulher por Estado Brasileiro.** Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/deams_25_04.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Centros de Referência por Estado Brasileiro.** Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/centros_referencia_26_04.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Compromissos do Governo Federal 2003: políticas públicas para as mulheres.** Brasília, 2003. 36p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Relação de casas-abrigos em funcionamento no Brasil (situação em outubro de 2004)**. Disponível em: <<http://copodeleite.rits.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/index.shtml>>. Acesso em: 01 mai. 2006.

_____. Senado Federal. Subsecretaria de Pesquisa e Opinião Pública. **Violência Doméstica Contra a Mulher**. 08 Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.ess.ufrj.br/prevencaoviolencaisexual/download/015datasenado.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

BRITO, Heleni Barreira de; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. **Estud. psicol. (Natal)**, v.9, n.2, p.285-296, mai./ago. 2004.

BÜCHELE, Fátima. **A embriaguez social do beber**. Florianópolis, 2001. 192p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

CAMARGO, Márcia. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 22, nov. 2000. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr22-marcia-camargo.html>. Acesso em: 20 abr. 2006.

CARREIRA, Denise; PANDJIARJIAN, Valéria. **Vem pra roda! Vem para rede!**: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, 22(1), p.31-39, jan. 2006.

CONCHA-EASTMAN, Alberto; KRUG, Etienne. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.12, n.4 out., p.227-229, 2002.

CONRADO, Mônica Prates. **A fala de vítimas e indiciados em uma delegacia da mulher**. Texto apresentado na 21ª reunião da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), abr. 1998, Vitória: UFES. Disponível em: <http://www.dhi.uem.br/publicacoesdhi/dialogos/volume01/vol04_atg8.htm>. Acesso em: 01 fev. 2006.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Pesquisa Nacional sobre o Funcionamento das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres.** Disponível em: <<http://copodeleite.rits.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/index.shtml>>. Acesso em: 01 mai. 2006.

DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. Violence in conjugal relations: concealing and taking sexual violence for granted. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.417-425, mar./apr. 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Characterization of the cases of domestic violence against women assisted in two public hospitals of Rio Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan 2008.

DINIZ, Simone G. Violência de gênero: o trabalho com violência de gênero como questão de saúde. **Saúde das Mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**, 2000. p.54-60. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/livro.html>>. Acesso em: 12 abr. 2006.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Rev. Estud. Fem.**, v.12, n.1, p.47-71, jan./abr. 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa.** 6 ed. rev. atual Curitiba: Positivo, 2006.

GALVÃO, Elaine Ferreira; ANDRADE, Selma Maffei de. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.89-99, mai-ago 2004.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: DESLANDES *et al.* **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade.** 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-80.

_____. Social violence: a theoretical discussion on public health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.5, n.2, p.93-100, apr. 1997.

GOMES, Giovana Calcagno; FILHO, Wilson Danilo Lunardi Banalização da violência na família. In: LUZ, Anna Maria Hecker; MANCIA, Joel Rolim; MOTTA, Maria da Graça Corso da (Org.) **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. 1ª ed. Brasília: ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem, 2004.

GOMES, Giovana Calcagno; FILHO, Wilson Danilo Lunardi Banalização da violência na família. In: LUZ, Anna Maria Hecker; MANCIA, Joel Rolim; MOTTA, Maria da Graça Corso da (Org.) **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. 1ª ed. Brasília: ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem, 2004.

GROSSI, Miriam Pillar; PORTO, Rozeli Maria. Trinta anos de pesquisas sobre violências contra mulheres no Brasil. **Seminário Nacional sobre enfrentamento da violência contra mulheres: um olhar crítico sobre desafios e perspectivas**. Nov. 2005. Disponível em: <http://www.soscorpo.org.br/observatorio/arquivos/312006_95748.doc>. Acesso em: 05 fev. 2006.

GUARESCHI, Pedrinho A. et al. **Os construtores da informação: meios de comunicação, ideologia e ética**. Petrópolis: Vozes, 2000. 380p.

GUARESCHI, Pedrinho A. Representações Sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A. et al. **Os construtores da informação: meios de comunicação, ideologia e ética**. Petrópolis: Vozes, 2000. p.69-78.

GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs). **Textos em representações sociais**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha Hoffmann. Representações Sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1 (2), p.92-106, jan-jun, 2004. Disponível em: <www.emtese.ufsc.br>. Acesso em: 18 mai. 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores Sociais, 2005**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2005/indic_sociais2005.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2006.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais, 2003**. 2004a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/causa_de_obitos.html>. Acesso em: 20 abr. 2004.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais, 2003. Taxa de homicídios mais que dobra em 20 anos**. 2004b. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/13042004sintese2003html.shtm>>. Acesso em: 20 abr. 2004.

_____. **Violência atinge mais as mulheres jovens.** 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/busca>>. Acesso em: 20 abr. 2004.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Pesquisa Ibope. **O que a sociedade pensa sobre a violência contra as mulheres.** Dez. 2004. Disponível em: <http://www.soscorpo.org.br/observatorio/arquivos/312006_95748.doc>. Acesso em: 02 fev. 2006.

IPAS BRASIL. **Serviços de saúde com atendimento para vítimas de violência / ano 2002 / Santa Catarina.** Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/rhamas/servicos.html>>. Acesso em: 02 mai. 2006.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Violência como problema de saúde pública. **Cienc. Cult.**, v.54, n.1, p.52-53, jun./Sept. 2002.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Profile of gender violence by intimate partners. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p.695-701, oct. 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade, col. **Sociologia Geral.** 6 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1990.

LUZ, Anna Maria Hecker; MANCIA, Joel Rolim; MOTTA, Maria da Graça Corso da (Org.) **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem.** 1ª ed. Brasília: ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem, 2004.

MADUREIRA, Ana Flávia do Amaral; BRANCO, Ângela Maria Cristina Uchôa de Abreu. Non-hegemonic sexual identities: identity processes and coping strategies concerning prejudice. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 Sep 2007.

MENEGHEL, Stela N. et al. Ritualized daily routine: groups of women to face gender violence. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Oct 2007.

MENEGUEL, Stela N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4), p.955-963, jul-ago 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16845.pdf>>. Acesso em: 25 Ago 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.3, p.646-647, mai./jun. 2004a.

_____. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANTES et al. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994a. p.09-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004b. 269p.

_____. Social violence from a public health perspective. *Cad. Saúde Pública*, v.10 supl.1, p.07-18, 1994b.

_____. **Violência e Saúde**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos (org.) **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do; BARBOSA, Constança Simões; MEDRADO, Benedito; **Mulheres de Camaragibe: representação social sobre vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS**. *Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (1): 77-86, jan. / mar., 2005.

OLIVEIRA, Kátia Neves Lenz César de **Quem tiver a garganta maior vai engolir o outro: sobre violências conjugais contemporâneas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 237p.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; FISCHER, Frida Marina; TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz; AMARAL, Mariana Almeida do. A escola e o trabalho entre adolescentes do ensino médio da cidade de São Paulo: uma análise de representações sociais. **Psicologia: Teoria e Prática**, 5(1). p.27-39, 2003.

LÔBO, Irene. **Lei Maria da Penha foi passo importante para enfrentar violência contra mulheres, afirma juíza**. 8 mar. 2007 Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/03/07/materia.2007-03-07.2152127859/view>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

PADOVANI, Ricardo da Costa; WILLIAMS, Lúcia C. de Albuquerque. Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: um estudo de caso. **Psicol. estud.**, v.7, n.2, p.13-17, jul./dez. 2002.

PARAVIC, Tatiana Klijn; SUAZO, Sandra Valenzuela; MORENO, Mónica Burgos. Perceived Violence by Workers of a Primary Health Care Center. . **Cienc. enferm.**, v.10, n.2, p.53-65. dec. 2004.

PIA MAJDALANI, María; ALEMAN, María; FAYANAS, Roberto *et al.* Validation of a short questionnaire to use in clinical consultations to detect gender violence. **Rev Panam Salud Publica**, fev. 2005, v.17, n.2 , p.79-83.

PORTAL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. **Relação de casas-abrigos em funcionamento no Brasil (situação em outubro de 2004)**. Disponível em: <<http://copodeleite.rits.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/index.shtml>>. Acesso em: 22 abr. 2006.

PORTO, Madge; MCCALLUM, Cecilia; SCOTT, Russell Parry *et al.* Women's health in violent situations: municipal administrative roles and decision-making in the Brazilian public health system. **Cad. Saúde Pública**, v.19, suppl.2. p.243-252, 2003.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 19, nov. 1999. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr19-encarte.html>. Acesso em: 17 set. 2003.

_____. **25 de Novembro – Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra a Mulher. Não feche os olhos para a violência contra a mulher**. Folheto 25 nov. 2003. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/html/folheto25nov2003.html> Acesso em: 02 fev. 2006.

_____. **25 de Novembro – Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra a Mulher Fim da Violência. Protegendo Nossa Saúde Integral**. Folheto 25 nov. 2005. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/assets/docs/folder_25_novembro_2005_site.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2006.

_____. **25 de Novembro – Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra a Mulher. Respaldaando a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)**. Folheto 25 nov. 2004.

Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/assets/docs/Folder25Novembro2004.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2006.

_____. **25 de Novembro – Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra a Mulher. Um dia por todas as mulheres do mundo.** Folheto 25 nov. 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/html/fol-2511.html>>. Acesso em: 17 set. 2003.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. **Enfermagem:** representação social das/os enfermeiras/os. Pelotas: editora Universitária / UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999. (Série Teses em Enfermagem, 18) 143p.

ROSA, Antônio Gomes da. **A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem agressor.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2006.

SÁ, Celso Pereira de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane P. **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.19-45.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ispere; DOSSI, Ana Paula. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de Violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, 207. 41 (3):472-7.

SANTOS, Cecília MacDowell; IZUMINO, Wânia Pasinato. **Violência contra as mulheres, Gênero e Cidadania:** Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. s/d. Disponível em: <<http://copodeleite.rits.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/noticias.shtml?x=193>>. Acesso em: 02 abr. 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia PL; FRANÇA-JUNIOR, Ivan *et al.* Violence against women: a study in a primary healthcare unit. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-477, aug. 2002.

SCHARAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FALCÃO, M. T. C.; FIGUEIREDO, W. S. **Violência dói e não é direito:** a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. Violence experienced: the nameless pain. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, 5 (93), p.11-27, 1999.

SILVA, Luciane Lemos da. **CEVIC: a violência denunciada**. Florianópolis, 2005. 152p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2005.

SOUZA, Edinilza Ramos; XIMENDES, Liana Furtado; ALVES, Felipe; MAGALHÃES, Cíntia; BILATE, Danilo; SZUCHMACHER, Ana Maya; MALAQUIAS, Juaci. Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilza Ramos (org.) **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.131-160.

SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Código do questionário: _____

Data: _____

I IDENTIFICAÇÃO

1 Identificação da Unidade de Saúde: _____

2 Sexo: () M () F

3 Idade: _____

4 Formação profissional: () Enfermeiro(a) () Médico(a) () Técnico de Enfermagem
() Auxiliar de Enfermagem () Agente Comunitário de Saúde (ACS)

() Especialização _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

5 Há quanto tempo você está formado (exceto para ACS)? _____

6 Há quanto tempo trabalha na atenção básica? _____

7 E na Estratégia de Saúde da Família? _____

II SOBRE VIOLÊNCIA

1. Como você percebe a violência em geral?

2. Quando você ouve falar em violência contra a mulher, o que você pensa? O que sente?

3. Qual a sua opinião com relação à violência contra a mulher?

4. Como você percebe a atuação do serviço de atenção básica à saúde em relação à violência contra a mulher?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Mariana Dal’Ri**, sou Enfermeira e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e estou desenvolvendo a pesquisa **“Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre a Violência contra a Mulher”**, sob orientação da pesquisadora responsável Dra. Elza Berger Salema Coelho.

Esta pesquisa possui os objetivos de identificar as representações sociais sobre a violência contra a mulher dos profissionais da saúde que fazem parte das equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis/SC; e explorar a percepção destes profissionais sobre violência, violência contra a mulher e o papel que o serviço de atenção básica presta em relação a esta.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas em áudio com os sujeitos citados acima, mais especificamente médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Posteriormente, as informações coletadas serão transcritas, analisadas e publicadas na forma de uma dissertação de mestrado e artigos científicos.

Com esta pesquisa pretende-se aprofundar o estudo da violência contra a mulher, em especial, a percepção dos profissionais da saúde sobre esta problemática atual e cotidiana, buscando a reflexão dos participantes e suas falas sobre o que pensam, o que sentem, como atuam diante da mulher que sofre violência e como percebem a atuação do serviço de atenção básica em relação a este tipo de violência.

Não há nenhum risco ou desconforto associado à participação nesta pesquisa e é garantido aos participantes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento. Caso desejar interromper a participação nesta pesquisa, favor entrar em contato pelo telefone (48) 88050971 ou pelo e-mail: marianadalri@hotmail.com. Este telefone e e-mail também podem ser utilizados para esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo mesmo durante o andamento da pesquisa.

Diante do exposto, eu _____, **concordo** em participar da pesquisa na condição de informante/sujeito voluntário e declaro para os devidos fins, que fui informado(a) e orientado(a) de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa, da metodologia e das condições da minha participação neste estudo.

Concordo, portanto, com as condições oferecidas pela pesquisadora para a correta utilização das minhas informações, bem como, a mesma afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação no trabalho.

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____ RG: _____

Mariana Dal’Ri
Pesquisadora principal
RG: 4.265.907-8

APÊNDICE C – ARTIGO CIENTÍFICO

Mulheres em situação de violência e suas representações sociais: um olhar dos profissionais das unidades básicas de saúde

Women in situation of violence and their social representations: a sight of the basic health units professionals

Mariana Dal’Ri¹

Elza Berger Salema Coelho¹

Fátima Büchele¹

Correspondência

Elza Berger Salema Coelho
Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário – Trindade
Florianópolis – SC – Brasil
CEP: 88010-970
E-mail: elza@salema.trix.net

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

Mulheres em situação de violência e suas representações sociais: um olhar dos profissionais das unidades básicas de saúde

Mariana Dal’Ri

Elza Berger Salema Coelho

Fátima Büchele

Resumo

Este artigo identifica as representações sociais de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher, produzidas, reproduzidas e modificadas em sociedade e explora a percepção destes sujeitos sobre a atuação do serviço de atenção básica à saúde diante desse fenômeno. A abordagem é qualitativa, baseada nos dados coletados a partir de vinte entrevistas realizadas no primeiro semestre de 2007 com profissionais de saúde que atuam em cinco unidades de atenção básica do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A amostra foi composta por cinco sujeitos de cada categoria profissional, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os resultados sugerem representações sociais da violência contra mulher ancoradas no preconceito e banalização do fenômeno, características do senso comum, legitimando relações sociais de poder assimétricas. Espera-se contribuir evidenciando a necessidade de capacitação profissional para evitar a omissão diante dos casos e reforçar o enfrentamento desse fenômeno de forma sintonizada com a realidade em que as representações sociais são perpetuadas: a sociedade.

Palavras-chave: Mulheres, Violência, Atenção Básica, Representações Sociais

Abstract

This article identifies health professionals' social representations about violence against women, produced, reproduced and modified in society and explores the perception of these characters about the health basic attention service's performance towards this phenomenon.

The approach is qualitative, based in the data collected from twenty interviews carried through in the first semester of 2007 with health professionals which act in five basic attention units of Florianópolis city, Santa Catarina, Brazil. The sample was composed by five characters of each professional category, between doctors, nurses, technicians in nursing and health community agents. The results suggest social representations of violence against women anchored in prejudice and banalization of the phenomenon, characteristics of the common sense, legitimating asymmetric social relations of power. It is expected to contribute making evident the need for professional qualification to avoid omission towards the cases and reinforce the confrontation of this phenomenon in a manner that is syntonized with the reality on which social representations are perpetuated: society.

Key words: Women, Violence, Basic Attention, Social Representations

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, polissêmico, controverso, fortemente presente na sociedade atual e também nas passadas. É presente no Brasil, em outros países, entre diferentes classes sociais e culturas. Essa problemática representa uma necessidade prioritária da área da saúde, e deve estar em pauta para se repensar conhecimentos, práticas e políticas relacionadas ao tema.ⁱ A violência contra a mulher é entendida como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. É uma situação de notificação compulsória em todo território nacional dos casos atendidos em serviços de saúde conforme a Lei nº 10.778 de 2003.ⁱⁱ As representações sociais, por serem elaboradas na fronteira entre o psicológico e o social, são capazes de estabelecer conexões entre as abstrações do saber, das crenças e a concretude da vida do indivíduo em seus processos de troca com os outros. Sendo assim, adotar o "construto" das representações

sociais significa buscar compreender não somente o que e como as pessoas representam um objeto ou uma ação cujo conteúdo possui um valor socialmente evidente e relevante, mas também por que e para que o fazem daquela forma. Nesta perspectiva emergem de forma nítida os sentidos dos processos de simbolização e da atividade cognitiva em relação aos significados que o mundo externo assume no nível da vida psíquica.ⁱⁱⁱ A representação social será o instrumento de análise da realidade social neste artigo, uma vez que permite perceber as concepções que os grupos constroem a respeito do mundo. Para Horochovski^{iv} (p.105) “Num momento marcado por incertezas e perplexidade, essas representações podem atuar de forma significativa na compreensão de questões contemporâneas, tais como, violência, juventude, movimentos sociais, minorias, entre outros”.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde^v, "a violência, pelo número de vítimas, magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um grave problema de saúde pública em vários países”(p.01). Sendo considerado ainda, um fenômeno cotidiano, silenciado, pouco denunciado, e quando feito, freqüentemente não punido^{vi}. Sendo assim, a atenção básica por representar o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde^{vii} pode ser um local privilegiado na detecção de casos de violência contra a mulher, na abordagem da prevenção e da assistência a mulheres envolvidas nesse tipo de violência.

A violência é um amplo, complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial. Seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade, na qual se transpõe problemas de ordem política, econômica, moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, além de questões do plano individual.^{viii} A Teoria das Representações Sociais oferece um suporte teórico para evidenciar como um sistema de significados, crenças e valores diante de um determinado fenômeno, como o da violência da mulher, determina e constrói

conhecimentos sociais e orienta as ações dos indivíduos, assim como de grupos específicos, como a dos profissionais de saúde.

Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo identificar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher e explorar a percepção destes profissionais sobre a atuação do serviço de atenção básica, diante da problemática.

Nesta perspectiva consideramos que essas representações sobre violência e a atuação dos profissionais no serviço possam, de certa forma, direcionar a assistência prestada a esta população.

Metodologia

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que permitiu investigar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher, bem como explorar sua percepção na atuação do serviço de atenção básica, diante dessa problemática.

Os sujeitos foram 20 (vinte) profissionais de saúde de ambos os sexos, com idades entre 25 e 58 anos, de 05 (cinco) Unidades de Atenção Básica, 01 (uma) de cada regional de saúde do município de Florianópolis, distribuídos equitativamente entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Para a coleta de dados utilizamos entrevista semi-estruturada, que foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior categorização e análise das informações.

Os dados foram categorizados a partir dos discursos constituídos por opiniões, impressões, atitudes, crenças e ideologias, abrangendo elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Definimos dois eixos e respectivas categorias para cada dimensão pesquisada:

Eixo 1 Violência contra a mulher, com a categoria preconceito relativo à mulher que vivencia situação de violência;

Eixo 2 Atuação do serviço de atenção básica à saúde diante de mulheres em situação de violência, com a categoria banalização da violência contra mulher.

Após esse processamento, utilizou-se o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo^{ix}, que considera a produção do conhecimento um processo contínuo, que se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta. A partir desse método, o discurso dos profissionais de saúde foi situado em seu contexto para melhor ser compreendido, articulando-se as falas com o referencial teórico adotado - Teoria da Representação Social, relacionando de acordo com Minayo, o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

O procedimento metodológico utilizado na análise permitiu encontrar elementos estáveis e contraditórios do discurso, como também a riqueza do simbólico presente no senso comum^x, identificando-se as representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas à violência contra a mulher, cuja discussão contempla a exploração da percepção destes sobre a atuação do serviço de atenção básica diante do fenômeno, trazendo à tona sentimentos, emoções, o entendimento e o sentido que estes dão a essa realidade.

Algumas falas significativas foram apresentadas na análise para oferecer visão representativa referente às categorias estudadas, identificadas com os seguintes códigos a fim de garantir o anonimato dos sujeitos: M (médico); E (enfermeiro); T (técnico de enfermagem) e A (agente comunitário de saúde). Após esse código, segue um número que corresponde à equipe pertencente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o protocolo de nº. 252/2006.

Resultados e a discussão

Eixo 1 Violência contra a mulher

O **eixo 1 violência contra a mulher** surge como uma representação nos discursos dos profissionais da saúde quando discutiram sobre o significado desse fenômeno e ao expressarem suas opiniões sugerindo uma visão preconceituosa da situação. A partir dessa interpretação definimos a categoria **preconceito relativo à mulher que vivencia situação de violência**.

Essa categoria engloba e expressa o conteúdo e mensagens implícitas contidas nas falas da maioria dos profissionais, que mencionam emoções negativas de indignação, raiva e revolta vinculadas ao homem e principalmente à mulher que vivenciam a situação de violência, ou seja: *“sinto indignação e revolta! [...] por ela sofrer a agressão e por ela se deixar agredir né?” (E4); “A raiva dele porque ele não deve bater na cara de uma mulher e dela porque ela não tem [...] coragem pra se livrar do marido ou fazer alguma coisa pelo menos pra mudar essa situação né?” (T5).*

O impacto emocional diante desse fenômeno parece estar relacionado às experiências de vida pessoais atuais ou passadas de violência contra mulher, conhecimento de vivências de amigos, familiares e até de desconhecidos, ter presenciado alguma situação desse tipo de violência, bem como a influência dos meios de comunicação.

As falas apresentadas, como por exemplo: *“ela não tem coragem pra se livrar do marido”(T5)*, parecem estar relacionadas ao que os profissionais entendem por violência contra mulheres, como aquela praticada pelo homem no âmbito doméstico, mais especificamente, como sinônimo de violência conjugal. Este enfoque pode ser compreendido na literatura quando Araújo, Martins e Santos^{xi} referem que em 95% dos casos de violência praticada contra a mulher, o homem é o principal agressor. Além disso, aproximadamente 70% dos crimes contra mulheres acontecem dentro de casa e o agressor é o marido ou o

companheiro.^{xii} Esses dados mostram a suscetibilidade das mulheres serem agredidas por pessoas de seu convívio, como familiares e especialmente companheiros ou ex-companheiros, desenvolvendo frequentemente a violência repetitiva, crônica. A justificativa oferecida pelos profissionais para o estado emocional de raiva relacionado à violência contra mulher é de que as mulheres se submetem e não reagem à situação, conforme as falas a seguir:

“[...] eu sinto às vezes... é até um pouco de raiva [...] elas se submetem, sem ter necessidade. [...] ficam na mesma situação de vítima” (M2); “Às vezes é raiva [...] vai continuar a vida apanhando porque não reage (T2)”.

Estes depoimentos sugerem uma representação social ancorada no **preconceito** e na discriminação destas mulheres que vivenciam situações violentas sem, no entanto, considerar os diversos fatores que envolvem essa problemática. Um dos fatores, por exemplo, é a questão de gênero, que pode ser discutido como um conceito cultural vinculado à construção social do sexo, ou seja, aos papéis e valores que o constituem em dado momento histórico e em uma sociedade particular, englobando o sexo biológico e atribuindo status diferenciado a homens e mulheres.^{xiii}

O sistema de gênero organiza a vida em sociedade a partir da linguagem, imagens, símbolos, instituições e hierarquias representantes do poder. Durante séculos, a interação entre esses elementos e suas formas de expressão determinou a educação das mulheres para se submeterem aos homens, advinda da necessidade destes assegurarem a posse de sua descendência, controlando a sexualidade e a sua vida reprodutiva, além de questões patrimoniais, num sistema rígido de divisão sexual nas relações conjugais, familiares, de trabalho e sociais.^{xiv} Assim, as representações de julgamento e culpabilização sugerem que as desigualdades de gênero perpassam muitas gerações através de fatores culturais e psicossociais, naturalizando o poder e o autoritarismo dos homens sobre as mulheres. Representações sociais ancoradas no gênero e, conseqüentemente, no preconceito, imputaram

às mulheres uma identidade desvalorizada baseada em atribuições de submissão, passividade e resignação em relação aos homens, influenciando suas percepções em que muitas delas nem reconhecem a violência sofrida.

Outro elemento identificado nos relatos dos profissionais relacionados à representação social ancorada no **preconceito** é a questão do individualismo. A expressão “*a mulher sofre violência porque quer, porque se submete sem ter necessidade*”, possui um aporte representacional individualista forte, sem, contudo, considerar o contexto onde são gerados todos esses processos. Nesse sentido, o preconceito alimenta-se de estereótipos gerando estigmas construídos no nosso dia a dia. Há, portanto, uma distorção social e uma forma ideológica de assimilar a situação, na qual o discurso individual oculta outra situação, a social.^{xv}

Os profissionais de saúde não estão fora dessa sociedade patriarcal e machista e nesse sentido constroem e reproduzem o discurso que culpa, numa visão individualista, as mulheres pela violência sofrida, em um tom preconceituoso imerso na raiva, tipicamente do senso comum. Esse discurso estereotipado ainda desqualifica a mulher em situação de violência quando retrata que “*a mulher apanha porque quer e/ou porque gosta*”, negando a articulação desse fenômeno com outras questões como a social, cultural, entre outras.

O preconceito é um fenômeno que apresenta suas raízes no universo simbólico da cultura, nas relações de poder que perpassam as diversas instâncias sociais, apresentando, portanto, uma dimensão coletiva. Traz implicações no plano das interações sociais e no plano subjetivo, na forma como o sujeito vivencia, em termos cognitivos e afetivos, as suas experiências cotidianas, organiza a sua compreensão sobre si mesmo e sobre o mundo social em que está inserido. Já a discriminação corresponde ao preconceito posto em ação e é justamente neste sentido que se afirma que as práticas discriminatórias são sustentadas por idéias preconcebidas.^{xvi}

As falas a seguir expressam uma representação social ancorada à dinâmica de poder, quando expressa “[...] *a mulher apanha, apanha, apanha, mas é só que gosta de apanhar né? [...] Porque se ta nessa situação é porque quer, ou talvez porque gosta porque pra se sujeitar não dá.*” (T5)

Essa representação sugere que nas relações conjugais violentas configuram-se aspectos de dominação e subordinação mescladas com afeto que às vezes mantém o casal envolvido. Homens ou casais que vivenciam situações violentas encontram fatores de risco e perpetuação de agressões nas relações conjugais como: dificuldades emocionais, excesso de tensão advinda de outras relações de ambos os parceiros, interferência de pessoas estranhas à relação, domínio da mulher sobre o companheiro, resposta à agressão física, verbal ou psicológica, hábito de beber, situação financeira, além de questões socialmente estabelecidas como o argumento masculino de que a violência perpetrada contra a companheira constitui-se numa medida educativa de punição, no sentido de obter obediência da mesma.^{xvii xviii}

A expressão “*mulher gosta de apanhar*” é uma representação utilizada no dia a dia constituindo o senso comum. Esse discurso é verbalizado e manifestado como uma idéia preconcebida, uma opinião formada com aporte representacional forte baseado e alimentado por estereótipos construídos e reproduzidos cotidianamente na sociedade. Esse fato nega a dinâmica complexa de poder que envolve a participação de homens e mulheres em relações violentas.

No transcorrer das entrevistas os profissionais apresentaram novos significados ao preconceito relacionado à mulher em situação de violência. Os desdobramentos nas percepções sobre o tema tais como: o papel doméstico atribuído à mulher dona de casa, de mãe e de esposa caprichosa, quando não realizado satisfatoriamente, parecem tornar justificável diante da sociedade a violência contra a mulher. As falas a seguir refletem esse significado: “*Tem muitas mulheres também que não estão preparadas pra assumir um*

casamento né? Às vezes não sabem assumir uma casa, [...] cuidar de um filho [...] fazer uma comida descente. Eu acho que todos esses motivos também levam o homem a perder a paciência.” (T5). Autores corroboram com esta constatação, em que a sociedade considera o contexto familiar e doméstico como lugares de subordinação da mulher/esposa, marcado por valores patriarcais caracterizados por reprodução, monogamia, durabilidade da união e harmonia.^{xix} Nestes ambientes o homem/marido é o provedor e não possui obrigações domésticas, sendo a mulher a encarregada dessas atividades, convictas de que fazem parte da sua condição de mulher/esposa, como também responsáveis pelo cuidado com o marido, não questionando se é certo ou errado: é a regra.^{xx} Assim, as diferenças entre homens e mulheres são instituídas culturalmente por atitudes, maneiras de agir, costumes, crenças e saberes, delimitando o papel entre os sexos dentro de cada contexto como o social, o familiar, doméstico e da relação conjugal, apresentando iniquidades na distribuição do poder e da riqueza, marcando essa representação social ancorada nas dinâmicas de poder.

Os depoimentos dos profissionais sugerem ser justificável a agressão como uma forma de castigo ou tentativa de alterar o comportamento e as atitudes da mulher que são contrários ao esperado diante de uma sociedade patriarcal, na qual o homem detém o poder e dita de maneira autoritária as regras do matrimônio.

Em pesquisa realizada com homens da cidade de São Paulo e da Zona da Mata de Pernambuco, grande parte dos entrevistados relatou que a violência contra a mulher é aquela praticada contra a companheira/parceira como forma de punição/correção de atos que colocam em jogo a autoridade masculina. Ou seja, na visão desses homens se a mulher apanha, é porque ela sabe que errou.^{xxi}

Em estruturas sociais mais restritas como a familiar ou a conjugal, também há fatores tradicionais de sustentação de autoridade. Diante de tentativas de modificações desses fatores, a autoridade em questão pode se sentir ameaçada, gerando conflitos interpessoais na esfera

envolvida que, conseqüentemente, podem resultar em violência na tentativa de restaurar as antigas posições hierárquicas. O envolvimento da mulher nesses conflitos de relações gera o que os autores chamam de “crise das relações de gênero”.^{xxii}

Mesmo com a Lei No 11.340 de agosto de 2006^{xxiii}, conhecida como “Lei Maria da Penha”, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, os avanços acontecem lentamente. Ainda é forte a representação social que banaliza a violência contra a mulher em estereótipos que as definem como merecedoras da violência sofrida. Legitimar essa representação, advindas de uma cultura social sexista, é de responsabilidade da nossa sociedade, pois mostra a assimetria de gênero, a dominação, embutidas no discurso da desvalorização feminina que obscurece a abrangência e a complexidade do fenômeno.

Estranhamente estamos evidenciando as representações sociais de profissionais de saúde que atuam na unidade de atenção da básica, isto é, quem está justamente representando o serviço de saúde, os quais deveriam estar sensibilizados para as conseqüências da violência na saúde das mulheres, prontos e preparados para acolhê-las e mentalizá-las para o enfrentamento da situação, amparadas por instituições públicas, entre elas a saúde.

Eixo 2 O serviço de atenção básica à saúde e a violência contra mulher

O **eixo 2** expressa a percepção dos entrevistados sobre o papel do serviço de atenção básica à saúde diante da mulher que vivencia situação de violência, definindo-se após análise dos dados a categoria **banalização da violência contra mulher**.

Os profissionais de saúde referem reconhecer o estratégico posicionamento da atenção básica como “porta de entrada” ou contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, mantendo freqüente interação com as mulheres e, conseqüentemente, com as que vivem situação de violência, conforme os discursos que seguem “*é uma das portas de entrada pra*

esse tipo de agressão né, onde elas procuram.” (E4); “A gente trabalha bem próximo da comunidade [...] a pessoa sente então que ela pode confiar em ti como profissional [...]” (M5).

As implicações da violência sobre a saúde da mulher são amplas e geram demandas emergenciais aos serviços de saúde, especialmente da atenção básica, pois está em posição estratégica para atuar frente ao problema da violência contra a mulher, na sua identificação, notificação, assistência, encaminhamentos a serviços especializados e prevenção.^{xxiv}

A partir desse estreito contato e do desenvolvimento de vínculo com as usuárias do sistema de saúde, há maior probabilidade dos profissionais que atuam na atenção básica identificarem mulheres em situação de violência. No entanto, a realidade parece ser outra. Encontrou-se nos depoimentos de aproximadamente 50% dos entrevistados nunca identificou e nem atendeu um caso de violência contra mulher, conforme se visualiza nas falas seguintes: *“Eu nunca me deparei com uma situação dessa aqui dentro do posto e nem com nenhum dos profissionais” (A2); “a gente sabe que tem violência, mas nunca chega ao posto” (E2).*

Embora esse tipo de violência esteja presente na assistência, são comumente ignorados no cotidiano das práticas de saúde. Em geral, os profissionais que atendem as mulheres em situação de violência, costumam não identificar como tal, e conseqüentemente, não registram a situação como parte da assistência, mesmo quando estas apresentam sérios problemas de saúde.^{xxv} Assim, essa pesquisa corrobora com a literatura e sugere com os depoimentos dos profissionais que diversas mulheres em situação de violência não são identificadas, acolhidas e/ou assistidas no nível da atenção primária à saúde, bem como esses casos não são notificados. Diante dessas mulheres, alguns profissionais mencionaram que não poderiam atuar ou que não gostam de se envolver nos casos *“a gente não gosta de se meter na vida dos outros né? [...] briga de marido e mulher ninguém mete a colher [...] Surda, cega e muda” (A1); “procurei não me meter, se a pessoa pede ajuda, tu ajuda, agora se não... não.” (T5)*

Visualiza-se, portanto, a partir das falas dos profissionais, uma representação social ancorada na omissão diante das situações de violência contra mulher. A não atuação é justificada pelos mesmos com ditados populares como “*em briga de marido e mulher não se mete a colher*” e que nestes casos as pessoas devem ser “*surdas, cegas e mudas*”, predominando o aporte representacional do senso comum.

A omissão quanto ao vivido, os sub-registros e as recusas à tomada da situação violenta como problema de intervenção, são atitudes cúmplices, igualmente ocultadoras da violência.^{xxvi} Portanto, o não atendimento à estas mulheres ou a falta de qualidade deste, assim como a consequente falta de acesso aos serviços necessários para uma assistência integral, esta preconizada pela atenção básica, representam mais violências contra a mulher em situação de vulnerabilidade. Esse tipo de violência pode ser classificado como institucional, pois é exercida pelos profissionais no desempenho de sua função^{xxvii}, por ação ou omissão. Quando questionados sobre a atuação do serviço de atenção básica à saúde em relação à violência contra a mulher, a idéia predominante nos discursos dos profissionais é de que o serviço não está preparado para atuar diante desses casos. Essa percepção é manifestada por expressões como “não é atuante”; “está precário”; “deixa a desejar”, entre outras, como se visualiza na fala seguinte: “*a gente ainda tá precário [...] tem muito o que oferecer [...] se interar mais do assunto, ver mais coisas que a gente pode disponibilizar.*” (M2)

Assim, há reconhecimento dos profissionais sobre o despreparo do serviço para atendimento a mulher vítima de violência, e que se deve ao escasso embasamento teórico sobre o assunto, déficit de conhecimento sobre os serviços de referência para os encaminhamentos necessários e, conseqüentemente, desconhecimento das possibilidades de atuação frente às mulheres. As falas a seguir expressam essa constatação: “[...] não está preparado pra isso... [...] nós trabalhadores que identificamos, orientamos, mas sem conhecimento né? [...] mulher chegou, foi violentada, como tu deve proceder? [...] Tu não

sabes o caminho né, então fica difícil...” (T2); “[...] *o que você faz? [...] Quer dizer, qual é o teu papel como profissional da saúde?*” (M5).

Pesquisas confirmam o despreparo dos profissionais de saúde para abordar o problema da violência contra a mulher, “demonstrando desde o desconforto emocional, as dificuldades de escuta e acolhimento, até a falta de respeito e maus tratos às mulheres”^{xxviii}, fatos estes também relacionados à omissão do poder público frente à sua responsabilidade com a capacitação dos profissionais. Os profissionais também justificaram os atendimentos deficitários em relação às mulheres que vivenciam situação de violência pela falta de atuação interdisciplinar com profissionais muitas vezes inexistentes como psicólogos, assistentes sociais, demonstrando a compreensão da necessidade de um enfoque multi e interdisciplinar.

O discurso do déficit da capacitação profissional traz uma representação que banaliza a violência sofrida, ancorada numa omissão silenciada, ou seja, “*sabemos que podemos atuar, mas não gostamos de nos meter*”. Talvez isso aconteça pela incapacidade que os profissionais referem em não saber lidar com a situação. A revolta demonstrada na fala dos profissionais expressa uma situação ancorada numa queixa ou numa denúncia que os deixa “*cansados*” em ter de atender essa “*pessoa tão sem iniciativa que se deixa violentar*”. Os discursos a seguir evidenciam a afirmação “*reclamar, reclamar, isso acaba saturando a gente também, tu vai orientar uma pessoa que não tá nem aí? Tu manda as agentes (de saúde) na casa investigar, ta lá mil maravilhas, então tu vai se meter numa coisa dessas*” (E3).

De certa forma fica registrada na fala dos profissionais representações sociais que indicam banalização do problema, com omissão da atuação e transferência da responsabilidade para outras pessoas – profissionais não existentes na equipe ou para a própria mulher que vivencia a situação de violência. Esse fato desvia a atenção e banaliza a importância do problema fundamental que é a violência. Isso minimiza a força da responsabilidade da atuação do serviço de atenção básica à saúde frente o fenômeno.

A banalização ou “diluição” da realidade possui uma estratégia: *fait-divers*, que significa “*um fato diverso*”, ou seja, desvia o assunto pra outra direção numa tentativa de garantir a transferência de responsabilidade para uma noção de destino, de fatalidade, marcada pela superficialidade e emocionalidade, sem uma reflexão aprofundada.^{xxix} A consequência da banalização está na concepção social da violência contra a mulher de maneira acrítica, reproduzindo e legitimando ideologias de preconceito que mantém a predominância de relações assimétricas de poder.

É de fundamental importância que os profissionais da atenção básica adotem a integralidade e a humanização na assistência às mulheres em situação de violência. Porém, para atingir esse objetivo há necessidade de que os mesmos rompam com a cultura sexista e preconceituosa veiculada pelo senso comum, e avaliem as representações sociais identificadas nesta pesquisa ancoradas no estado emocional de raiva e de preconceito que julgam como merecedoras e culpam as mulheres pela violência vivenciada, banalizando a problemática e contribuindo com a invisibilidade do fenômeno na sociedade.

Considerações finais

Esta pesquisa sugere como dimensão comum entre os profissionais de saúde as representações sociais ancoradas no preconceito e na banalização da violência contra mulher, com conseqüente omissão da atuação diante desses casos. Poder-se-ia então perguntar: até que ponto as representações sociais dos profissionais de saúde legitimam, naturalizam e reproduzem as relações sociais de poder assimétricas, desiguais, perpetuando as diferenças de gênero?

O estudo sugere situações que falam em desigualdades entre homens e mulheres, vinculando esse fato à discriminação e desvalorização feminina diante da sociedade, numa hierarquia relacional em que o homem detém o poder, tendo como consequência uma

manifestação perversa: a violência contra mulher. A busca de estratégias para coibir essa situação representa uma necessidade emergencial para a saúde pública, uma vez que as repercussões da violência sobre a saúde da mulher são evidentes na literatura e neste estudo encontrou-se um “descaso banalizado” dos profissionais. Este é, portanto, um desafio para o setor saúde, pois provocar mudanças em valores, crenças e comportamentos socialmente construídos, estabelecidos e reproduzidos - representados neste estudo - torna-se difícil, porém, possível de reflexões e conscientização do problema.

A importância de prevenir e erradicar a violência contra a mulher é tarefa de toda a sociedade. O setor saúde não pode assumir a responsabilidade individual no combate à violência, entretanto, cabe a ele o envolvimento institucional, de modo a sensibilizar e preparar seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas.

Portanto, os profissionais de saúde não devem representar foco de resistência, nem apresentar atitudes cúmplices, igualmente ocultadoras da violência. Porém, devem ser sensibilizados para a questão e preparar-se para atuar diante do fenômeno, investindo-se em disciplinas curriculares dos cursos da área da saúde, em educação continuada e treinamento durante a vida profissional. Desta forma, o serviço de atenção básica atingirá o propósito de acolhimento, escuta atenta, identificação, assistência, notificação, encaminhamentos e prevenção da violência contra a mulher.

Vale ressaltar que a existência de legislação sobre o assunto, por si só, não garante a ausência de violência contra mulher, tornando-se necessário o envolvimento dos profissionais para o desenvolvimento de programas e ações específicas que ofereçam conhecimento aprofundado sobre o assunto, rede de recursos da comunidade, além de formar parcerias com a sociedade, coibindo assim a violência contra a mulher no seio do cotidiano social.

Colaboradores

M. Dal’Ri participou das etapas de revisão de literatura, coleta de dados, análise dos resultados, redação do texto.

E. B. S. Coelho e F. Büchele participaram de todas as etapas, com exceção da coleta de dados.

Referências

-
- ⁱ GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: DESLANTES *et al.* Pesquisa social teoria, métodos e criatividade. 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-80.
- ⁱⁱ Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm (acessado em 26/jan./2006).
- ⁱⁱⁱ ROAZZI, A., WILSON, M. & FEDERICCI, F. (1995). Exploring the social representation of fear in children: A social class comparison. In Joop J. Hox, Peter Swanborn & G.J. Mellemborg (Orgs.), *Facet Theory: Theory and content*. Zeist: SETOS.
- ^{iv} HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha Hoffman. Representações Sociais: Delineamentos de uma Categoria Analítica. Rev Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. v.2, n1(2), jan-jun/2004, p.92-106. <http://www.emtese.ufsc.br> (acessado em 14/set/2007).
- ^v ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
- ^{vi} REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Respaldaando a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará). Folheto 25 nov. 2004. <http://www.redesaude.org.br/assets/docs/Folder25Novembro2004.pdf> (acessado em 15/fev/2006).

-
- ^{vii} BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
- ^{viii} MINAYO, M.C.S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANTES et al. Pesquisa social teoria, métodos e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p.09-29.
- ^{ix} MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.
- ^x ESHER, Ângela Fernandes Soares do Couto. Aids na Marinha: vivendo o fim de uma carreira. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. 115 p
- ^{xi} ARAÚJO, Maria de Fátima; MARTINS, Edna Júlia Scombatti; SANTOS, Ana Lúcia dos. Violência de Gênero e Violência contra a Mulher. In: ARAÚJO, M. F; MATTIOLI, O C (org.) Gênero e violência. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p.17-35.
- ^{xii} CARREIRA, Denise; PANDJIARJIAN, Valéria. Vem pra roda! Vem para rede!: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.
- ^{xiii} KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Profile of gender violence by intimate partners. Rev. Saúde Pública, v.39, n.5, p.695-701, oct. 2005.
- ^{xiv} BRASIL. MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96p.
- ^{xv} BÜCHELE, Fátima. A embriaguez social do beber. Florianópolis, 2001. 192p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- ^{xvi} MADUREIRA, Ana Flávia do Amaral; BRANCO, Ângela Maria Cristina Uchôa de Abreu. Non-hegemonic sexual identities: identity processes and coping strategies concerning

prejudice. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 23, n. 1, 2007. <http://www.scielo.br> (acessado em 09/Sep/2007).

^{xvii} OLIVEIRA, Kátia Neves Lenz César de *Quem tiver a garganta maior vai engolir o outro: sobre violências conjugais contemporâneas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 237p.

^{xviii} ROSA, Antônio Gomes da. *A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem agressor*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2006.

^{xix} CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 22(1), p.31-39, jan. 2006.

^{xx} NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do; BARBOSA, Constança Simões; MEDRADO, Benedito; *Mulheres de Camaragibe: representação social sobre vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS*. *Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (1): 77-86, jan/mar., 2005.

^{xxi} SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, AFPL; FRANÇA-JUNIOR, Ivan *et al.* Violence against women: a study in a primary healthcare unit. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.4, p.470-477, aug. 2002.

^{xxii} SCHARAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, AFPL; FALCÃO, M.T.C.; FIGUEIREDO, W.S. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: UNESP, 2005.

^{xxiii} BRASIL. Presidência da República. Lei n^o 11.340, de 7 de agosto de 2006. http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm (acessado em 10/out/2007).

^{xxiv} BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e Tratamento dos Agravos*

Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2 ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p.

^{xxv} SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ, 5 (93), p.11-27, 1999.

^{xxvi} SCHRAIBER, LB. et al. Violence experienced: the nameless pain. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

^{xxvii} SILVA, Luciane Lemos da. CEVIC: a violência denunciada. Florianópolis, 2005. 152p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2005.

^{xxviii} GROSSI, Miriam Pillar; PORTO, Rozeli Maria. Trinta anos de pesquisas sobre violências contra mulheres no Brasil. Seminário Nacional sobre enfrentamento da violência contra mulheres: um olhar crítico sobre desafios e perspectivas. Nov. 2005. http://www.soscorpo.org.br/observatorio/arquivos/312006_95748.doc (acessado em 05/fev/2006).

^{xxix} GUARESCHI, Pedrinho A. Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.A. et al. Os construtores da informação: meios de comunicação, ideologia e ética. Petrópolis: Vozes, 2000. p.69-78.

ANEXO A - LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Regulamento

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na [Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975](#).

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.11.2003

ANEXO B - LEI Nº 10.886, DE 17 DE JUNHO DE 2004



Presidência da República
Casa Civil
 Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.886, DE 17 DE JUNHO DE 2004.

Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica".

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 9º e 10:

"Art. 129.

.....

Violência Doméstica

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.

§ 10. Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço)." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 17 de junho de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcio Thomaz Bastos

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 18.6.2004

ANEXO C - DECRETO Nº 5.099, DE 3 DE JUNHO DE 2004**Presidência da República****Casa Civil****Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 5.099, DE 3 DE JUNHO DE 2004.**

Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, tendo em vista o disposto na Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e

Considerando que o Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995, e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, Belém do Pará, 1995; e

Considerando que a violência contra a mulher, apesar de configurar problema de alta relevância e de elevada incidência, apresenta pequena visibilidade social, e que o registro no Sistema Único de Saúde destes casos é fundamental para dimensionar o problema e suas conseqüências, a fim de contribuir para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todos os níveis;

DECRETA:

Art. 1º Ficam instituídos os serviços de referência sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher, definidos na [Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003](#).

Art. 2º O Ministério da Saúde coordenará plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela, inicialmente em Municípios que demonstrem possuir capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º Os serviços de referência sentinela instalados serão acompanhados mediante processo de monitoramento e avaliação, que definirá a possibilidade de expansão para todas as unidades e serviços de saúde, no prazo de um ano.

Art. 4º O instrumento de notificação compulsória é a ficha de notificação, a ser padronizada pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º O Ministério da Saúde expedirá, no prazo de sessenta dias, a contar da publicação deste Decreto, normas complementares pertinentes aos mecanismos de operacionalização dos serviços de referência sentinela.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 4.6.2004

ANEXO D - PORTARIA Nº 2.406, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2004**Ministério da Saúde Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 2.406, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2004**

Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no art. 7º da Lei nº 10.778/03, e Considerando o disposto no Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/03;

Considerando que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa e proteção dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, em especial a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim - 1995 e a Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, assinada pelo Brasil em 9 de junho de 1994 e ratificada em 27 de novembro de 1995, entrando em vigor no Brasil em 27 de dezembro de 1995;

Considerando que, segundo vários estudos no Brasil e no mundo, a violência contra a mulher é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos e, ao mesmo tempo, pouca visibilidade social; e

Considerando que a notificação dos casos de violência contra a mulher ao Sistema Único de Saúde permitirá dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para enfrentamento deste problema, resolve:

Art. 1º Instituir serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher.

§ 1º Os serviços de referência serão instalados, inicialmente, em municípios que possuam capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos.

§ 2º Os serviços de que trata o caput deste artigo serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, sendo que, a partir desse processo, será programada sua expansão.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, Ficha de Notificação compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Inter-pessoais, que será utilizada em todo o território nacional.

Art. 3º A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;

II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e

III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, definam, no prazo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, as diretrizes e os mecanismos de operacionalização dos serviços.

Art. 5º Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, as normas regulamentais desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA
Ministério de Estado da Saúde

ANEXO E – LEI NO 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006**Presidência da República****Casa Civil****Subchefia para Assuntos Jurídicos****LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.**

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 2º Cabe à família, à sociedade e ao poder público criar as condições necessárias para o efetivo exercício dos direitos enunciados no caput.

Art. 4º Na interpretação desta Lei, serão considerados os fins sociais a que ela se destina e, especialmente, as condições peculiares das mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

TÍTULO II

DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

Art. 6º A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos.

CAPÍTULO II

DAS FORMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

CONTRA A MULHER

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

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

TÍTULO III

DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

CAPÍTULO I

DAS MEDIDAS INTEGRADAS DE PREVENÇÃO

Art. 8º A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais, tendo por diretrizes:

I - a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação;

II - a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, concernentes às causas, às conseqüências e à freqüência da violência doméstica e familiar contra a mulher, para a sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas;

III - o respeito, nos meios de comunicação social, dos valores éticos e sociais da pessoa e da família, de forma a coibir os papéis estereotipados que legitimem ou exacerbem a violência doméstica e familiar, de acordo com o estabelecido no [inciso III do art. 1º](#), no [inciso IV do art. 3º](#) e no [inciso IV do art. 221 da Constituição Federal](#);

IV - a implementação de atendimento policial especializado para as mulheres, em particular nas Delegacias de Atendimento à Mulher;

V - a promoção e a realização de campanhas educativas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher, voltadas ao público escolar e à sociedade em geral, e a difusão desta Lei e dos instrumentos de proteção aos direitos humanos das mulheres;

VI - a celebração de convênios, protocolos, ajustes, termos ou outros instrumentos de promoção de parceria entre órgãos governamentais ou entre estes e entidades não-governamentais, tendo por objetivo a implementação de programas de erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher;

VII - a capacitação permanente das Polícias Civil e Militar, da Guarda Municipal, do Corpo de Bombeiros e dos profissionais pertencentes aos órgãos e às áreas enunciados no inciso I quanto às questões de gênero e de raça ou etnia;

VIII - a promoção de programas educacionais que disseminem valores éticos de irrestrito respeito à dignidade da pessoa humana com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia;

IX - o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher.

CAPÍTULO II

DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

§ 1º O juiz determinará, por prazo certo, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal.

§ 2º O juiz assegurará à mulher em situação de violência doméstica e familiar, para preservar sua integridade física e psicológica:

I - acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta;

II - manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses.

§ 3º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

CAPÍTULO III

DO ATENDIMENTO PELA AUTORIDADE POLICIAL

Art. 10. Na hipótese da iminência ou da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, a autoridade policial que tomar conhecimento da ocorrência adotará, de imediato, as providências legais cabíveis.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no caput deste artigo ao descumprimento de medida protetiva de urgência deferida.

Art. 11. No atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, a autoridade policial deverá, entre outras providências:

I - garantir proteção policial, quando necessário, comunicando de imediato ao Ministério Público e ao Poder Judiciário;

II - encaminhar a ofendida ao hospital ou posto de saúde e ao Instituto Médico Legal;

III - fornecer transporte para a ofendida e seus dependentes para abrigo ou local seguro, quando houver risco de vida;

IV - se necessário, acompanhar a ofendida para assegurar a retirada de seus pertences do local da ocorrência ou do domicílio familiar;

V - informar à ofendida os direitos a ela conferidos nesta Lei e os serviços disponíveis.

Art. 12. Em todos os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, feito o registro da ocorrência, deverá a autoridade policial adotar, de imediato, os seguintes procedimentos, sem prejuízo daqueles previstos no Código de Processo Penal:

I - ouvir a ofendida, lavrar o boletim de ocorrência e tomar a representação a termo, se apresentada;

II - colher todas as provas que servirem para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias;

III - remeter, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, expediente apartado ao juiz com o pedido da ofendida, para a concessão de medidas protetivas de urgência;

IV - determinar que se proceda ao exame de corpo de delito da ofendida e requisitar outros exames periciais necessários;

V - ouvir o agressor e as testemunhas;

VI - ordenar a identificação do agressor e fazer juntar aos autos sua folha de antecedentes criminais, indicando a existência de mandado de prisão ou registro de outras ocorrências policiais contra ele;

VII - remeter, no prazo legal, os autos do inquérito policial ao juiz e ao Ministério Público.

§ 1º O pedido da ofendida será tomado a termo pela autoridade policial e deverá conter:

I - qualificação da ofendida e do agressor;

II - nome e idade dos dependentes;

III - descrição sucinta do fato e das medidas protetivas solicitadas pela ofendida.

§ 2º A autoridade policial deverá anexar ao documento referido no § 1º o boletim de ocorrência e cópia de todos os documentos disponíveis em posse da ofendida.

§ 3º Serão admitidos como meios de prova os laudos ou prontuários médicos fornecidos por hospitais e postos de saúde.

TÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13. Ao processo, ao julgamento e à execução das causas cíveis e criminais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher aplicar-se-ão as normas dos Códigos de Processo Penal e Processo Civil e da legislação específica relativa à criança, ao adolescente e ao idoso que não conflitem com o estabelecido nesta Lei.

Art. 14. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal, poderão ser criados pela União, no Distrito Federal e nos Territórios, e pelos Estados, para o processo, o julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Parágrafo único. Os atos processuais poderão realizar-se em horário noturno, conforme dispuserem as normas de organização judiciária.

Art. 15. É competente, por opção da ofendida, para os processos cíveis regidos por esta Lei, o Juizado:

I - do seu domicílio ou de sua residência;

II - do lugar do fato em que se baseou a demanda;

III - do domicílio do agressor.

Art. 16. Nas ações penais públicas condicionadas à representação da ofendida de que trata esta Lei, só será admitida a renúncia à representação perante o juiz, em audiência especialmente designada com tal finalidade, antes do recebimento da denúncia e ouvido o Ministério Público.

Art. 17. É vedada a aplicação, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, de penas de cesta básica ou outras de prestação pecuniária, bem como a substituição de pena que implique o pagamento isolado de multa.

CAPÍTULO II

DAS MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA

Seção I

Disposições Gerais

Art. 18. Recebido o expediente com o pedido da ofendida, caberá ao juiz, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas:

I - conhecer do expediente e do pedido e decidir sobre as medidas protetivas de urgência;

II - determinar o encaminhamento da ofendida ao órgão de assistência judiciária, quando for o caso;

III - comunicar ao Ministério Público para que adote as providências cabíveis.

Art. 19. As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas pelo juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da ofendida.

§ 1º As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas de imediato, independentemente de audiência das partes e de manifestação do Ministério Público, devendo este ser prontamente comunicado.

§ 2º As medidas protetivas de urgência serão aplicadas isolada ou cumulativamente, e poderão ser substituídas a qualquer tempo por outras de maior eficácia, sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados.

§ 3º Poderá o juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da ofendida, conceder novas medidas protetivas de urgência ou rever aquelas já concedidas, se entender necessário à proteção da ofendida, de seus familiares e de seu patrimônio, ouvido o Ministério Público.

Art. 20. Em qualquer fase do inquérito policial ou da instrução criminal, caberá a prisão preventiva do agressor, decretada pelo juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade policial.

Parágrafo único. O juiz poderá revogar a prisão preventiva se, no curso do processo, verificar a falta de motivo para que subsista, bem como de novo decretá-la, se sobrevierem razões que a justifiquem.

Art. 21. A ofendida deverá ser notificada dos atos processuais relativos ao agressor, especialmente dos pertinentes ao ingresso e à saída da prisão, sem prejuízo da intimação do advogado constituído ou do defensor público.

Parágrafo único. A ofendida não poderá entregar intimação ou notificação ao agressor.

Seção II

Das Medidas Protetivas de Urgência que Obrigam o Agressor

Art. 22. Constatada a prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos desta Lei, o juiz poderá aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente, as seguintes medidas protetivas de urgência, entre outras:

I - suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente, nos termos da [Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003](#);

II - afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;

III - proibição de determinadas condutas, entre as quais:

a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor;

b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;

c) freqüentação de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida;

IV - restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;

V - prestação de alimentos provisionais ou provisórios.

§ 1º As medidas referidas neste artigo não impedem a aplicação de outras previstas na legislação em vigor, sempre que a segurança da ofendida ou as circunstâncias o exigirem, devendo a providência ser comunicada ao Ministério Público.

§ 2º Na hipótese de aplicação do inciso I, encontrando-se o agressor nas condições mencionadas no [caput e incisos do art. 6º da Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003](#), o juiz comunicará ao respectivo órgão, corporação ou instituição as medidas protetivas de urgência concedidas e determinará a restrição do porte de armas, ficando o superior imediato do agressor responsável pelo cumprimento da determinação judicial, sob pena de incorrer nos crimes de prevaricação ou de desobediência, conforme o caso.

§ 3º Para garantir a efetividade das medidas protetivas de urgência, poderá o juiz requisitar, a qualquer momento, auxílio da força policial.

§ 4º Aplica-se às hipóteses previstas neste artigo, no que couber, o disposto no caput e nos [§§ 5º e 6º do art. 461 da Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973 \(Código de Processo Civil\)](#).

Seção III

Das Medidas Protetivas de Urgência à Ofendida

Art. 23. Poderá o juiz, quando necessário, sem prejuízo de outras medidas:

I - encaminhar a ofendida e seus dependentes a programa oficial ou comunitário de proteção ou de atendimento;

II - determinar a recondução da ofendida e a de seus dependentes ao respectivo domicílio, após afastamento do agressor;

III - determinar o afastamento da ofendida do lar, sem prejuízo dos direitos relativos a bens, guarda dos filhos e alimentos;

IV - determinar a separação de corpos.

Art. 24. Para a proteção patrimonial dos bens da sociedade conjugal ou daqueles de propriedade particular da mulher, o juiz poderá determinar, liminarmente, as seguintes medidas, entre outras:

I - restituição de bens indevidamente subtraídos pelo agressor à ofendida;

II - proibição temporária para a celebração de atos e contratos de compra, venda e locação de propriedade em comum, salvo expressa autorização judicial;

III - suspensão das procurações conferidas pela ofendida ao agressor;

IV - prestação de caução provisória, mediante depósito judicial, por perdas e danos materiais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a ofendida.

Parágrafo único. Deverá o juiz oficial ao cartório competente para os fins previstos nos incisos II e III deste artigo.

CAPÍTULO III

DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Art. 25. O Ministério Público intervirá, quando não for parte, nas causas cíveis e criminais decorrentes da violência doméstica e familiar contra a mulher.

Art. 26. Caberá ao Ministério Público, sem prejuízo de outras atribuições, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, quando necessário:

I - requisitar força policial e serviços públicos de saúde, de educação, de assistência social e de segurança, entre outros;

II - fiscalizar os estabelecimentos públicos e particulares de atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, e adotar, de imediato, as medidas administrativas ou judiciais cabíveis no tocante a quaisquer irregularidades constatadas;

III - cadastrar os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA

Art. 27. Em todos os atos processuais, cíveis e criminais, a mulher em situação de violência doméstica e familiar deverá estar acompanhada de advogado, ressalvado o previsto no art. 19 desta Lei.

Art. 28. É garantido a toda mulher em situação de violência doméstica e familiar o acesso aos serviços de Defensoria Pública ou de Assistência Judiciária Gratuita, nos termos da lei, em sede policial e judicial, mediante atendimento específico e humanizado.

TÍTULO V

DA EQUIPE DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

Art. 29. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher que vierem a ser criados poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde.

Art. 30. Compete à equipe de atendimento multidisciplinar, entre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito ao juiz, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, mediante laudos ou verbalmente em audiência, e desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, com especial atenção às crianças e aos adolescentes.

Art. 31. Quando a complexidade do caso exigir avaliação mais aprofundada, o juiz poderá determinar a manifestação de profissional especializado, mediante a indicação da equipe de atendimento multidisciplinar.

Art. 32. O Poder Judiciário, na elaboração de sua proposta orçamentária, poderá prever recursos para a criação e manutenção da equipe de atendimento multidisciplinar, nos termos da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

TÍTULO VI

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 33. Enquanto não estruturados os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, as varas criminais acumularão as competências cível e criminal para conhecer e julgar as causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, observadas as previsões do Título IV desta Lei, subsidiada pela legislação processual pertinente.

Parágrafo único. Será garantido o direito de preferência, nas varas criminais, para o processo e o julgamento das causas referidas no caput.

TÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. A instituição dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher poderá ser acompanhada pela implantação das curadorias necessárias e do serviço de assistência judiciária.

Art. 35. A União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências:

I - centros de atendimento integral e multidisciplinar para mulheres e respectivos dependentes em situação de violência doméstica e familiar;

II - casas-abrigos para mulheres e respectivos dependentes menores em situação de violência doméstica e familiar;

III - delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados no atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar;

IV - programas e campanhas de enfrentamento da violência doméstica e familiar;

V - centros de educação e de reabilitação para os agressores.

Art. 36. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios promoverão a adaptação de seus órgãos e de seus programas às diretrizes e aos princípios desta Lei.

Art. 37. A defesa dos interesses e direitos transindividuais previstos nesta Lei poderá ser exercida, concorrentemente, pelo Ministério Público e por associação de atuação na área, regularmente constituída há pelo menos um ano, nos termos da legislação civil.

Parágrafo único. O requisito da pré-constituição poderá ser dispensado pelo juiz quando entender que não há outra entidade com representatividade adequada para o ajuizamento da demanda coletiva.

Art. 38. As estatísticas sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher serão incluídas nas bases de dados dos órgãos oficiais do Sistema de Justiça e Segurança a fim de subsidiar o sistema nacional de dados e informações relativo às mulheres.

Parágrafo único. As Secretarias de Segurança Pública dos Estados e do Distrito Federal poderão remeter suas informações criminais para a base de dados do Ministério da Justiça.

Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no limite de suas competências e nos termos das respectivas leis de diretrizes orçamentárias, poderão estabelecer dotações orçamentárias específicas, em cada exercício financeiro, para a implementação das medidas estabelecidas nesta Lei.

Art. 40. As obrigações previstas nesta Lei não excluem outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

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](#).

Art. 42. O [art. 313 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941](#) (Código de Processo Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IV:

“Art. 313.

.....

IV - se o crime envolver violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos da lei específica, para garantir a execução das medidas protetivas de urgência.” (NR)

Art. 43. A [alínea f do inciso II do art. 61 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) (Código Penal), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 61.

.....

II -

.....

f) com abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade, ou com violência contra a mulher na forma da lei específica;

..... ” (NR)

Art. 44. O art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 129.

.....

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos.

.....

§ 11. Na hipótese do § 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência.” (NR)

Art. 45. O art. 152 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 152.

Parágrafo único. Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.” (NR)

Art. 46. Esta Lei entra em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após sua publicação.

Brasília, 7 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Dilma Rousseff

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 8.8.2006

ANEXO F – INSTRUÇÕES AOS AUTORES – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



ISSN 0102-311X versão
impressa
ISSN 1678-4464 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivo e política editorial
- Apresentação do texto

Objetivo e política editorial

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) **Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); (2) **Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); (3) **Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); (4) **Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); (5) **Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); (6) **Artigos especiais** - os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor; (7) **Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); (8) **Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetido em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s)

autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhada de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas

em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

Artigos de periódicos

Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. *Mol Biol Evol* 2001; 18:2225-39.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 116:41-2.

Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1992; 87 Suppl 3:1-20.

Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995; 32 (Pt 3):303-6.

Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografiasIndivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS,

organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. In: Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004 Jan 31; p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3.

Documentos legais

Decreto n. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico

CD-ROM

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2007 *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz*

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508
Fax: +55 21 2298-2737 / 2598-2514



cadernos@ensp.fiocruz.br

**ANEXO G – AVISO DE RECEBIMENTO DO ARTIGO CIENTÍFICO NO
PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**

Fw: Aviso de Recebimento (MS 0007/08)

De: **Elza** (elza@salema.trix.net)

Enviada: terça-feira, 15 de janeiro de 2008 20:23:14

Para: Mariana Dal Ri (marianadalri@hotmail.com)

Cc: elzacoelho@gmail.com

----- Original Message -----

From: [Cadernos de Saude Publica](#)

To: elza@salema.trix.net

Sent: Wednesday, January 02, 2008 11:36 AM

Subject: Aviso de Recebimento (MS 0007/08)

Prezado(a) Autor(a):

Seu trabalho "Mulheres em situação de violência e suas representações sociais: um olhar dos profissionais das unidades básicas de saúde" encaminhado para Cadernos de Saúde Pública foi recebido e aguarda parecer do Conselho Editorial. O número de seu artigo é: MS-0007/08.

Atenciosamente,
Carlos E. A. Coimbra Jr.,
Editor

Cadernos de Saúde Pública / *Reports in Public Health*

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel: +55 (21) 2598-2511, 2598-2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

Secretaria Editorial: cadernos@ensp.fiocruz.br

Assinaturas: csp@ensp.fiocruz.br

<http://www.enp.fiocruz.br/csp>