

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM OLHAR DE GÊNERO¹

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Rebeca Nunes Guedes

Gênero: aspectos históricos e conceituais

A perspectiva de gênero é uma abordagem que considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres, contrapondo-se ao entendimento do enfoque hegemônico, clássico, cujas consequências impactam a vida de relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher das possibilidades de sua emancipação social.

Tradicionalmente, a mulher tem sido compreendida no contexto de um “universo feminino” que compõe os processos de reprodução social. Nesse sentido, a importância e o significado das relações sociais entre os sexos foram historicamente negligenciados, pois, a visão essencialista dominante tem valorizado, no “universo feminino”, a mulher enquanto reprodutora da espécie humana e o seu papel na família voltado, sobretudo, para o cuidado dos filhos, do lar e da vida doméstica.

Desse modo, o mundo ocidental constituiu e socializou a identidade da mulher e do homem sob a ótica patriarcal de sujeição. Tal enfoque possibilitou que o processo de construção social e cultural do sexo ou da diferença sexual passasse a ser vincado pela ideologia capitalista, classista e pela desigualdade social. Assim, na modernidade capitalista, o sexismo, que é a essência da sociedade patriarcal, constitui uma das formas de hierarquização para a dominação que contém elementos de duas importantes categorias sociológicas: a desigualdade e a exclusão.

Para Santos (1999)¹, o princípio da exclusão que respalda o sexismo assenta-se na distinção entre o espaço público e o privado e no princípio da

¹ Versão ampliada do trabalho apresentado na mesa redonda “Violência doméstica: um olhar de gênero” na 63ª Reunião Anual da SBPC, Goiânia, 14 de julho de 2011.

integração desigual, no papel da mulher na reprodução do trabalho doméstico e, mais tarde, na integração e formas desvalorizadas da força de trabalho.

Na atualidade, a contradição de gênero é uma das quatro grandes contradições da sociedade ocidental, sendo as outras três, a de classe, a de raça/etnia e a de geração. O patriarcado foi-se produzindo tendo gênero como pano de fundo, mesclando-se com o racismo e, com o advento do capitalismo, as classes sociais floresceram em sua plenitude e valorizaram as gerações de maneira diferenciada. As contradições decorrentes da produção dessas categorias constituem uma realidade regida por uma lógica igualmente contraditória. Essa lógica mantém-se por meio de interesses sociais naturalizados, constituindo, na atualidade, uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade.

A esse discurso opõe-se aquele que afirma que a humanidade do ser humano é socialmente construída nas relações sociais. Tal compreensão do mundo pressupõe que todos os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e possam ser por ela transformados. Assim, o modo dominante de se explicar as relações patriarcais de gênero tem base na historicidade das Instituições e dos modos de vida social que permitiram a explicação do universo feminino através da abordagem, sobretudo, biológica, em uma interpretação que atende a interesses sociais dominantes. Segundo Chauí (1995)², a ideologia dominante é um instrumento de dominação que se manifesta em um conjunto de regras práticas e objetivam-se nos procedimentos institucionais, jurídicos, políticos, morais e culturais para exercer e manter a dominação.

Uma parcela do feminismo começou a utilizar a palavra gênero na década de 1970 como uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos. Seu uso apareceu primeiro entre as feministas americanas que insistiam no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico das desigualdades entre homens e mulheres (Scott,1991)³. Para Fonseca (2005)⁴, gênero é o sexo social e historicamente construído,

determinado pelas relações sociais entre homens e mulheres e deve ser compreendido como elemento constitutivo dessas mesmas relações, nas quais as desigualdades são apresentadas como naturais e inquestionáveis.

O gênero sublinha também o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Os que estavam preocupados com o fato de que os estudos feministas se detinham nas mulheres, de forma estreita e isolada, utilizavam o termo gênero para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico. Sendo assim, o gênero é maneira de se indicar as construções sociais das idéias sobre os papéis próprios dos homens e das mulheres, podendo ser definido como uma categoria social. (Scott, 1991)³.

Segundo Scott (1991)³, foram três as principais posições teóricas utilizadas pelas feministas para explicar as desigualdades entre homens e mulheres. A **primeira** apóia-se no conceito de patriarcado e tenta explicar suas origens, vendo a dominação como uma forma de apropriação masculina do “labor reprodutivo” da mulher, ou como uma forma de reificação sexual das mulheres pelos homens. Para a autora, essa abordagem é limitada, uma vez que se baseia unicamente na diferença física e biológica, deixando à margem a historicidade e a relação da desigualdade de gênero com as outras desigualdades presentes na sociedade.

A **segunda** abordagem, o feminismo marxista, apóia-se na historicidade e responsabiliza o sistema capitalista pela opressão feminina. Essa abordagem considera o patriarcado e o capitalismo como dois sistemas em interação, porém, no desenvolvimento de sua argumentação a causalidade econômica toma destaque e o patriarcado está sempre em função das relações econômicas de produção. Para a autora “no interior do marxismo, o conceito de gênero foi tratado, por muito tempo, como subproduto das estruturas econômicas, não tendo seu próprio estatuto de análise” (Scott, 1991:09)³.

A teoria psicanalítica é a base da **terceira** abordagem feminista de gênero, na qual duas escolas se destacam e influenciam o eixo de encaminhamento dos estudos: a escola anglo-americana que trabalha com os termos de teorias de relações de objetos, tendo como principais nomes

Carol Gilligan e Nancy Chodorow; e a escola francesa, que se baseia nas leituras estruturalistas e pós estruturalistas de Freud, no contexto das teorias da linguagem, sendo Jacques Lacan a figura central. Ambas as escolas se centram nos processos de criação das identidades do sujeito, centrando seu interesse nas primeiras etapas de desenvolvimento da criança na formação da identidade de gênero. A autora considera que essas teorias fazem a construção das identidades de gênero e a gênese da mudança dependerem de estruturas de inter-relação relativamente pequenas, limitando o conceito de gênero à esfera da família e à experiência doméstica. (Scott, 1991)³.

Foi a partir da década de 1980, que o conceito de gênero começou a ser utilizado em pesquisas dentro da academia e o gênero desenvolveu-se como categoria analítica. Sua base teórica foi formulada pela historiadora Joan Scott (1991:13-14)³, segundo a qual,

Ao lado da crítica da ciência desenvolvida pelas ciências humanas e da crítica ao empiricismo e do humanismo que desenvolvem os estruturalistas, as feministas não só começam a encontrar uma via teórica própria como elas também encontram aliados científicos e políticos. É nesse espaço político que nós devemos articular o gênero como uma categoria de análise.

Ainda segundo Scott (1991:14)³, o núcleo essencial de sua definição de gênero baseia-se na conexão de duas proposições: “O gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Em relação à **primeira proposição**, a autora afirma que o gênero implica em quatro elementos inter-relacionados: os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas e contraditórias, a exemplo de Eva e Maria como símbolos da figura feminina; conceitos normativos que dão significados aos símbolos, sendo veiculados pelas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas, tomando forma de uma oposição binária entre masculino e feminino; as instituições sociais que alimentam e legitimam a fixidade da representação binária dos gêneros; a identidade subjetiva dos sujeitos, são o terceiro e quarto elementos definidos pela autora (Scott, 1991)³.

Scott considera, ainda, sua **segunda proposição**, de que “gênero é a forma primeira de significar as relações de poder”, a teorização do gênero e afirma que gênero não é “o único campo, mas o campo primeiro no seio do qual o poder é articulado”. (Scott, 1991:16)³. Ao explicar essa proposição, a autora resgata a idéia de Pierre Bourdieu de que “as diferenças biológicas, particularmente aquelas que se referem à divisão sexual do trabalho, da procriação e da reprodução, operam como a mais fundamentada das ilusões coletivas” (Bourdieu, apud Scott, 1991, p.16)³ e afirma que “o conceito de gênero estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social” (Scott, 1991:16)³.

Em relação às duas proposições conceituais de gênero apresentadas por Joan Scott, Souza Lobo, (1991:188)⁵ afirma que “a questão primordial continua sendo a de que essas relações implicam não apenas diferenças, assimetrias, mas hierarquias, e que são as relações de poder que fazem parte dos mecanismos de constituição dos poderes na sociedade”.

A partir da formulação de gênero como categoria analítica, o norteameritamento da reflexão das feministas que antes tinham as fortes marcas da militância, assumindo, assim, um caráter mais descritivo que analítico, desloca-se para a “busca dos significados das representações do feminino e do masculino, das construções culturais e históricas das relações de gênero”. (Souza Lobo 1991:187)⁵.

A categoria gênero, por se referir a uma construção social transversal a todos os campos desse universo, é incorporada e se articula com outras categorias, como classe, raça, gerações. Segundo Meyer (1996)⁶ “o gênero é mais do que o lugar onde as subjetividades sexuadas são produzidas. Enquanto discurso, ele produz e é produzido, organiza e é organizado e, portanto, atravessa, modula e regula o próprio contexto social”. Coelho (2001)⁷ assinala que as relações de gênero, uma vez permeadas pelas relações de poder, assumem perspectivas ampliadas de análise, sendo incorporadas a estudos de relações sociais interdisciplinares e institucionais.

Com base nessa reflexão teórica, a compreensão da violência contra a mulher, como fenômeno que tem em suas origens a desigualdade de gênero

presente na sociedade, exige a articulação entre múltiplas categorias interrelacionadas, uma vez que gênero perpassa todos os campos do social e das relações de poder da sociedade, que legitimam a subordinação feminina, alimentando as condições para que ocorra a violência e opressão sobre um grande número de mulheres, conforme coloca Fonseca (2005:41)⁴:

A categoria gênero pretende assim explicar, à luz das relações de poder, as manifestações sociais de homens e mulheres, entre elas o seu processo saúde-doença. No entanto, não pode ser vista nem utilizada isoladamente, sob pena de incorrer ao mesmo erro apontado quando se falou do uso da categoria classe social isoladamente. Na verdade o que se propões é a compreensão da realidade alquimizada pelas diferentes categorias, ressaltando-se uma ou outra ou a junção de várias, dependendo do fenômeno a ser iluminado.

A violência de gênero como construto social

Trabalhar com a perspectiva de gênero para explicar e compreender a violência contra mulher é trabalhar com o reconhecimento de que, na hierarquia de poderes presente na sociedade, a mulher sempre ocupou posição social inferior, sofrendo injustiça social, em virtude das desigualdades construídas e naturalizadas historicamente.

A OMS define a violência como “ o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002:5)⁸.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994, artigo 1º) construiu uma definição oficial da violência contra a mulher como “todo ato de violência ou conduta, baseada no gênero, que resulte, ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada.” (Agende, Cladem, 2003)⁹

Minayo (2006)¹⁰ destaca o sentido de intencionalidade que porta seu significado, constituindo um tema filosófico essencial que situa a violência no âmbito eminentemente humano. A respeito da violência de gênero, a autora destaca que a violência, quando praticada contra mulheres, para ser compreendida, precisa ser vista sob a perspectiva de gênero, pois distingue um tipo de dominação estruturalmente construída nas relações entre homens e mulheres, atravessando classes sociais, etnias e faixas etárias. Consiste em um fenômeno que, embora diga respeito a relações que envolvam homens e mulheres, incide principalmente sobre as mulheres, vitimizandolas por razões sexuais, conjugais. Assim, embora nem sempre se traduza em homicídio, o que determina mais sofrimento às mulheres e assume importante significado na sociedade são as lesões e traumas dos quais são vítimas nas interações cotidianas e socialmente naturalizadas (Minayo, 2006)¹⁰.

Chauí (1985)¹¹ define a violência como o resultado de uma relação de desigualdade, justificada pela diferença, que permite a expressão da força de dominação, opressão e exploração, assim como uma ação que reifica o ser humano, uma vez que o impede de ser sujeito na relação com o mundo:

Entendemos por violência uma relação determinada das relações de força tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, com a ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que quando a atividade e a fala de outrem são impedidas, há violência. (Chauí,1985 :35)¹¹.

Portanto, para Chauí (1985)¹¹, violência é uma relação de força caracterizada em um pólo pela dominação e, no outro, pela coisificação. Para a autora, o pressuposto dessa definição é a idéia de liberdade de Spinoza (apud Chauí, 1995:36)².

A liberdade não é a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. É autonomia. Não se opõe à necessidade (natural ou social), mas trabalha com ela, opondo-se ao constrangimento e à autoridade. Nessa perspectiva, ser sujeito é construir-se e constituir-se como capaz de autonomia numa relação tal que as coisas e os demais não se ofereçam como determinantes do que somos e fazemos, mas como campo no qual o que somos e o que fazemos pode ter a capacidade aumentada ou diminuída, segundo nos submetamos ou não à força e à violência ou sejamos agentes dela.

A autora considera haver diferença entre a relação de força e a violência (ainda que uma seja uma realização particular da outra), afirmando que a relação de força, em sua forma mais pura, visa a aniquilar-se pela destruição de uma das partes envolvidas, enquanto a violência visa a manter a relação com uma das partes anulada pela sua diferença, submetida à vontade e à ação da outra. Para ela, “a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal”. (Chauí, 1985:35)¹¹.

Portanto, para Chauí (2006:342)¹², a violência significa:

1) Tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2) Todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) Todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4) Todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito; 5) Conseqüentemente, a violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror.

O ideário machista profere, ao longo da história, um discurso que constrói a “natureza feminina”, sendo esse incorporado por toda a sociedade, inclusive pelas mulheres. É importante perceber que o discurso que produziu essas idéias se trata de um discurso masculino, de uma fala externa sobre as mulheres, cuja principal condição que possibilita sua legitimação é o seu silêncio. É nas idéias de supervalorização aparente da maternidade e da

sensibilidade, próprias da “natureza” da mulher, que se esconde uma grande discriminação e se cria o primeiro passo para a violência. (Chauí, 1985)¹¹.

Segundo Bourdieu (2003)¹³, a lógica da relação de dominação chega a impor e inculcar nos homens e nas próprias mulheres todas as propriedades negativas que a ideologia machista dominante atribui à natureza feminina. A visão patriarcal, androcêntrica, é continuamente confirmada e legitimada pelas próprias práticas que determina, fazendo com que as mulheres incorporem o preconceito desfavorável contra o feminino. Sendo assim, a dominação masculina tem todas as condições favoráveis para seu pleno exercício, uma vez que a primazia masculina se afirma e é incorporada por toda a estrutura social.

O mesmo autor considera, ainda, que as estruturas de dominação são o produto de um trabalho histórico de reprodução para o qual contribuem agentes específicos como as instituições. Para Foucault (1997:247)¹⁴ “socialmente se chama instituição todo comportamento mais ou menos coercitivo, aprendido. Tudo o que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo”. Os dominados aplicam às relações de poder as categorias construídas sob o ponto de vista dos dominantes, fazendo com que essas sejam percebidas como naturais. A respeito da naturalização social das relações de dominação, Bourdieu (2003:47)¹³ afirma que

A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante, quando ele não dispõe para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais do que a forma incorporada de dominação, fazem esta relação ser vista como natural.

Heise (1994)¹⁵, em seu estudo pioneiro sobre a violência contra a mulher e suas conseqüências para a sua saúde, concluiu que deixar às mulheres a definição de abuso leva à subestimação do nível de violência física e psicológica nas relações íntimas. Isso nos mostra, na prática, a naturalização da dominação e da violência masculina pelas próprias mulheres.

A violência constitui a forma perversa de uma relação de poder fundamentada no gênero que se traduz numa relação de dominação na qual quase sempre as mulheres são desfavorecidas.

O poder não é algo que possa ser dividido entre aqueles que o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, que funciona em cadeia, que se exerce em rede. Os indivíduos nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outras palavras, o poder não se aplica aos indivíduos, e sim passa por eles, sendo o indivíduo um dos primeiros efeitos do poder. (Foucault, 1988:184)¹⁶

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

A ideologia, forma específica do imaginário social moderno, é a maneira necessária pela qual os agentes sociais representam para si mesmos o aparecer social, econômico e político, de tal sorte que essa aparência (que não devemos simplesmente tomar como sinônimo de ilusão ou falsidade) é ocultamento ou a dissimulação do real. (Chauí, 2006:15)¹²

A realidade das diversas instituições que trabalham na atenção a mulheres em situação de violência tem revelado que, apesar da situação de opressão, muitas permanecem convivendo com o agressor. As que chegam a denunciá-lo, o fazem só em situações limítrofes. No que diz respeito à violência psicológica e simbólica, fazem parte do cotidiano de muitas mulheres em sua relação conjugal, nas quais, na maioria das vezes, a violência não é identificada na sua materialidade, mas referida como destino. A permanência de muitas mulheres em relações em que se vêem submissas ao poder masculino envolve múltiplos aspectos, desde a dependência, seja econômica ou afetiva do parceiro, até supostas gratificações que a relação traz pela realização pessoal de manterem o modelo idealizado de mulher,

que mantém a relação afetiva e a família nuclear, mesmo que, para isso, tenha que se anular como ser humano sujeito de sua existência (Guedes, 2006)¹⁷.

Em relação à aceitação e manutenção da relação de poder, Foucault (1988:08)¹⁶ afirma que

Se o poder fosse puramente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir.

Vale salientar, que, como os valores de uma ideologia machista e patriarcal são incorporados por homens e mulheres, não podemos analisar a violência conjugal a partir de posições reducionistas que apontam para o homem agressor ativo e algoz versus a mulher passiva vítima como dualidade cristalizada que permeia a compreensão da violência. Nesse sentido, Saffiotti (1994:446)¹⁸ aponta que

Não se está, de forma alguma afirmando que as mulheres são santas. Ao contrario, elas participam da relação de violência, chegando mesmo a desencadeá-la. Nem por isto, porém, a mulher detém o mesmo poder que o homem (...) trata-se de uma correlação de forças que muito raramente beneficia a mulher. Socialmente falando, o saldo negativo da violência de gênero é tremendamente mais negativo para a mulher que para o homem.

Desse modo, embora as relações de poder tenham-se modificado, ao longo da história, no âmbito social e do Estado, os pequenos exercícios de poder que se exercem no âmbito privado das relações entre homens e mulheres permanecem. Ou seja, é uma forma de poder ainda justificada pela “privacidade” da relação familiar.

Segundo Pitanguy (2002:68)¹⁹, a invisibilidade da violência que ainda persiste não se encontra no que identificamos como “violência propriamente dita”, ou seja, nas agressões físicas, estupros e homicídios, mas na situação social, política, cultural e econômica da mulher na sociedade e no imaginário

social sobre o feminino e sua inferioridade na hierarquia de poder presente nas relações de gênero.

Para Azevedo (1985:24)²⁰

O espancamento de mulheres constitui uma exacerbação de um relacionamento hierárquico entre os sexos: a violência masculina é o exercício perverso da dominação do macho sobre a fêmea, o uso voluntário e maldoso da força física constitui o que se poderia chamar de face brutal da falocracia, ou seja, da hegemonia masculina. A violência física se nutre e reforça as muitas violências através das quais a sociedade assegura que a mulher sempre esteja por baixo e não subverta a ordem vigente: a violência simbólica, a violência psicológica e a violência sexual, por isso a violência física, na medida em que se trata de violência manifesta, é a ponta visível de um iceberg de violências sutis disfarçadas.

A violência manifestada na agressão física é apenas a expressão maior da violência simbólica, introjetada por homens e mulheres, que faz com que a mulher sofra pequenas violências e mortes cotidianas. Violências simbólicas, invisibilizadas e naturalizadas por um longo processo histórico de inculcação cultural (Bourdieu, 1996)²¹, geram a desigualdade na relação entre os sexos, que é refletida em todos os espaços da sociedade, seja nas relações de trabalho, na escola, na família e no Estado. Além disso, somam-se a estas as formas de violência consideradas mais sutis, como a tortura psicológica, humilhação verbal, constante ameaça de abandono, ameaça de agressão física, chantagem econômica, provocando impactos negativos na vida das mulheres, tão ou mais destrutivos que as agressões físicas, tendo como agravante sua invisibilização, banalização e naturalização, seja pela sociedade, seja pelos próprios envolvidos.

Se a unidade doméstica é o lugar onde a dominação masculina se manifesta de maneira mais indiscutível (e não só através do recurso à violência física), o princípio de perpetuação das relações de forças materiais e simbólicas que aí se exercem se coloca essencialmente fora dessa unidade, em instâncias, como a igreja, a escola ou o Estado e em suas ações próprias, declaradas ou escondidas, oficiais ou oficiosas. (Bourdieu, 2003:138)¹³

Compreender as mudanças ocorridas na condição feminina e na relação entre os sexos implica a análise das transformações dos mecanismos e das instituições que produzem e perpetuam a relação entre os gêneros. As

principais instituições responsáveis por essa reprodução de desigualdades, até época recente, são a família, a igreja e a escola, instituições que têm em comum o fato de agirem sobre o inconsciente dos indivíduos. A família é o principal *locus* de produção da dominação masculina, é nela que se vive e aprende a experiência da divisão sexual do trabalho. (Bourdieu, 2003)¹³

Assim, para Minayo (2006:118)¹⁰, o fenômeno da violência

Não é uma fatalidade, nem uma abstração. Ela ocorre nas microrrelações e no contexto da vida [...] Não tem consistência teórica qualquer proposta positivista que apresente planos mirabolantes para acabar com a violência num toque de mágica ou de autoritarismo. Ela precisa ser entendida e analisada como um fenômeno de expressão e parte constitutiva dos processos históricos complexos, nos quais é possível intervir [...] É muito mais profícuo, para efeitos de análise, trabalhar com a proposta de que existem violências em lugar de violência. Elas apresentam manifestações particulares e, geralmente, se encontram articuladas, umas potencializando as outras.

No que concerne à saúde das mulheres, a vulnerabilidade feminina frente a certos agravos está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que a fatores biológicos. A violência no âmbito da relação conjugal assim como a violência traduzida pela discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga pela soma de responsabilidade de trabalho nas esferas pública e doméstica e a falta de poder de decisão sobre o seu corpo, são apenas exemplos da realidade de muitas mulheres que influenciam sobremaneira sua saúde (Guedes, 2006)¹⁷.

Desse modo, a construção histórica e social das relações de gênero tem imputado às mulheres condições de vida precárias e subalternas, determinantes significativos de seu processo saúde-doença. A feminização da pobreza, a subvalorização do trabalho feminino com salários inferiores, mesmo ocupando os mesmos cargos, o aumento do número de mulheres chefes de família, constituindo o maior número de famílias pobres na sociedade; a violência de gênero; a sobrecarga da tripla jornada de trabalho, são detectados na realidade elencando processos destrutivos na vida das mulheres, que tem estreita relação com as suas necessidades em saúde (Fonseca, 2005)⁴.

Na compreensão da determinação social do processo saúde-doença deve-se considerar tanto as categorias que expressam as diferenciações existentes na sociedade a partir da posição de sujeito social na produção da vida material (classe social), como outras categorias importantes, como gênero, geração e etnia que buscam compreender a vivência social de alguns atributos naturais. Assim, a categoria gênero, apesar de suas especificidades biológicas, expressa uma desigualdade no espaço social e apresenta interfaces com o processo saúde-doença.

Dentro dos fenômenos da vida das mulheres determinados pelo gênero, a violência de gênero apresenta-se como um dos aspectos perversos dessas, ou seja, é determinada pela desigualdade expressa em relações de poder que são traduzidas em relações de dominação. A violência, quando praticada contra a mulher assume certas particularidades. Por resultar de uma questão de gênero, na grande maioria dos casos, o agressor é alguém do sexo masculino, com quem a mulher, contraditoriamente, compartilha sentimentos, sonhos e prole, é seu parceiro ou cônjuge atual ou anterior. Num plano de maior abstração, a violência contra as mulheres é resultado de relações de dominação construídas ao longo da história pela desigualdade de gênero e naturalizadas por uma ideologia de dominação masculina.

Estudo comparativo, de inquérito populacional, realizado em 15 regiões de dez países, incluindo o Brasil, reitera a variação, as elevadas taxas de violência e o parceiro como principal agressor (Garcia-Moreno et al, 2005)²². No Brasil, o referido estudo foi realizado em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, revelando que a violência física cometida alguma vez na vida pelo parceiro foi relatada por 29% das mulheres na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata, em Pernambuco (Schraiber, 2007a)²³ e 45,4 % para esse mesmo tipo de violência entre as usuárias de serviços públicos de saúde em São Paulo (Schraiber, 2007b)²⁴. Outro estudo populacional realizado no Brasil, mostrou 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência por homem alguma vez na vida, 33% alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica (Venturi et al, 2004)²⁵.

A violência de gênero, embora consista em um fenômeno relacional entre homens e mulheres, incide principalmente sobre as mulheres,

constituindo uma questão de saúde. Estima-se que esse problema seja maior causa de mortes em mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Ainda há uma estimativa brasileira de que pelo menos 35% das queixas que as mulheres levam aos serviços de saúde estejam relacionadas com algum tipo de violência vivenciada (Minayo, 2006)¹⁰.

Com base nesses dados, pode-se asseverar que a violência de gênero como fenômeno estrutural da sociedade tem influenciado sobremaneira os processos de vida das mulheres em todo o mundo.

Em investigação anterior (Guedes, 2006)¹⁷ a observação da realidade no âmbito das práticas profissionais, os estudos sobre a temática, assim como a análise de depoimentos de mulheres em situação de violência apontam que uma grande parte das mulheres está distante das condições mínimas aceitáveis de saúde, quando as consideramos em suas múltiplas dimensões, tendo em vista que a violência de gênero repercute significativamente como processo destrutivo da vida das mulheres.

Assim, as mulheres que vivenciam violência apresentam problemas e necessidades de saúde particulares, de modo que as práticas em saúde voltadas para este grupo devem tomar como objeto de trabalho as necessidades geradas por processos de vida comuns, ou seja, de indivíduos que vivenciam situações de subalternidade nos espaços sociais, naturalizada pela ideologia da dominação masculina.

Para Fonseca (2007:4)²⁶, as práticas profissionais voltadas para a atenção às mulheres em situação de violência devem intervir no sentido de ajudá-las no enfrentamento desse grave problema, mas, por tratar-se de tema delicado e de difícil abordagem, requerem capacitação específica, dificilmente encontrada, especialmente porque as concepções que as embasam não consideram as relações de gênero, que correspondem a um “atributo social do sexo biológico e que determina a construção histórico-social das matrizes femininas e masculinas vigentes”.

Essa reflexão requer considerações sobre a processualidade das práticas profissionais em saúde, pois as práticas sociais no âmbito do

trabalho em saúde podem reproduzir as condições de dominação ou agir no sentido de transformá-las.

A violência de gênero no âmbito da atenção à saúde.

Sabemos que a violência em si consiste um problema social, não específico da área da saúde. Trata-se de um problema que afeta os envolvidos não só pelas mortes, lesões e traumas que causa, mas também pelo impacto que gera nas condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades. Isto requer a formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. A violência configura atualmente, ao lado dos agravos crônicos e degenerativos, um novo perfil epidemiológico no quadro de saúde do Brasil. O fenômeno passa a demandar uma abordagem com a qual o sistema de saúde, historicamente, não está habituado a lidar, uma vez que requer ênfase nos determinantes sociais e na produção e reprodução dos modos de viver e adoecer (Minayo, 2006¹⁰; D'Oliveira, 2009²⁷).

A partir da década de 1990, a violência contra a mulher passou a ser tema de estudos e intervenção na área da saúde. Nessa época também firmava-se Mundialmente como questão de direitos humanos. Em 2002, a OMS publicou o relatório mundial sobre violência e saúde, fortalecendo o entendimento da violência como um fenômeno de grande relevância e magnitude na saúde em todo o mundo (OMS, 2002)²⁸.

A alta prevalência da violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde foi constatada tanto em estudos internacionais (Mccauley et al, 1995²⁹; OMS, 2002²⁸; OPAS, 2002³⁰) quanto em estudos nacionais (Silva, 2003³¹; Schraiber et al., 2002³²; Schraiber et al, 2007b²⁴; Deslandes et al 2000³³). Estudiosos da temática têm demonstrado que as mulheres que relatam a busca de assistência em algum serviço de saúde não são atendidas em rotinas de atenção por profissionais sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual (Dantas-Berger; Giffin 2005³⁴; Oliveira, 2005³⁵). Heise (1994)¹⁵, em um estudo de base populacional realizada em diversos países, ressalta que cerca de 35% das queixas que levam as

mulheres a buscar algum serviço de saúde estão relacionadas com algum tipo de violência.

Estudo realizado no Município de São Paulo, em dezenove serviços de atenção primária, nos quais foram ouvidas 3.193 mulheres, mostrou a vivência de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo na vida foi de 45,3% das mulheres. A taxa da violência perpetrada por outros que não o parceiro foi de 25,7%. No entanto, apenas 39% dessas mulheres consideravam ter sofrido violência e 3,8% dos casos tinham algum tipo de registro em prontuário (Schraiber, 2007b)²⁴.

Outro estudo realizado em Unidade Básica de Saúde de São Paulo mediante entrevistas com 322 mulheres, mostra que cerca de 40% das usuárias relataram violência física, de modo que uma em cada três mulheres usuárias desse serviços já havia sofrido violência na vida. (Schraiber et al, 2002)³⁶. Pode-se perceber a relevância do reconhecimento da violência entre usuárias dos serviços básicos de saúde e sua invisibilização tanto pelas mulheres quanto pelos serviços.

No âmbito da atenção primária à saúde, os estudos revelam dificuldades dos profissionais em diagnosticar o problema e limitações das mulheres em falar espontaneamente sobre o assunto. Somam-se a isso os limites técnicos, éticos e as dificuldades dos profissionais em lidarem com as necessidades das mulheres quando o problema é expresso como demanda nos serviços de saúde. (Andrade, 2009³⁷; D'Oliveira, 2000³⁸, Schraiber et al, 2000³⁹).

Os estudos citados revelam a violência como um problema da realidade das mulheres usuárias dos serviços de saúde. No âmbito dos serviços de urgência e emergência as mulheres buscam atenção para problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, lesões físicas, tentativas de suicídio, abortamentos, profilaxia de DST, etc.). Na atenção primária, elas buscam assistência em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência entre mulheres que vivenciam violência.

No entanto, a violência ainda consiste em um fenômeno invisibilizado enquanto demanda nesses serviços. Andrade (2009)³⁷, em estudo que investigou as práticas profissionais da ESF voltadas para mulheres que vivenciam violência, detectou que os profissionais reconhecem a importância em acolher as mulheres que trazem essa demanda, porém se sentem impotentes e temerosos em se envolver com a situação. Essa impotência, também identificada no estudo de Oliveira (2005)³⁵ como “paralisante” é reiterada em diversos outros estudos com recorte semelhante quando se referem a atitudes e práticas profissionais relacionados à violência de gênero (Fonseca, 2009⁴⁰; Schraiber et al 2009⁴¹; De Ferrante, 2009⁴²; D’Oliveira et al, 2009⁴³).

O estudo de Andrade (2009)³⁷ revelou que além dos sentimentos que permeiam as práticas relacionadas a situações de violência, os profissionais da ESF compreendem o problema como inerente à atenção por profissionais especializados e não pela equipe de saúde que acompanha a usuária. A desinformação e a falta de capacitação profissional específica são evidenciadas pela autora como elementos que alimentam a invisibilidade da violência pelos serviços, constituindo aspectos limitadores para a sua abordagem pelo setor. Esse aspecto está relacionado com o fato de o setor saúde ainda não dispor de tecnologias específicas para lidar com a complexidade que envolve o fenômeno da violência, visto que, historicamente, a abordagem se dá sob o enfoque biomédico.

Além disso, as profissionais de saúde mulheres podem ter vivenciado ou estar vivenciando a violência, o que faz agir, muitas vezes, de maneira semelhante às usuárias, silenciando ou não reconhecendo a violência (Andrade, 2009)³⁷. Vários estudos mostram que as mulheres profissionais de saúde trazem para o cotidiano da atenção à saúde as marcas da construção de sua identidade de gênero (Coelho, 2001⁷, Guedes, 2007⁴⁴; Guedes, 2006¹⁷; Oliveira, 2005³⁷). Considerando que o modo como compreendemos e delimitamos um problema moldará a intervenção, pressupõe-se que a naturalização da desigualdade de gênero e da violência no âmbito do trabalho em saúde poderia gerar mais um tipo de violência, traduzida pela omissão de cuidados efetivos, solidariedade e proteção, dificultando o

exercício da prática profissional como instrumento para emancipação da opressão social de gênero e para transformação do *status quo* dessas mulheres.

Ao avaliar registros realizados por profissionais da atenção básica em 784 em prontuários de gestantes Bonfim et al (2010)⁴⁵ constataram apenas 20 registros relacionados à violência, nos quais o problema apareceu descontextualizado e cujo atendimento limitou-se a condutas clínicas voltadas para queixas físicas ou psicológicas. Esses dados demonstram necessidades que vão além da identificação da violência: o encaminhamento dado ao caso e o enfrentamento do problema quando identificado. Conforme colocam Schraiber et al (2002)³⁶, é importante não limitar a ênfase do problema apenas na identificação da violência pelos serviços de saúde, é preciso o cuidado para que, uma vez identificada a violência, a demanda não seja desqualificada como algo que não requer intervenção também do setor saúde .

Assim, a detecção da violência enquanto demanda deveria constituir apenas o início de um processo de enfrentamento do problema. Estudos internacionais têm dado significativa ênfase no rastreamento ou *screening* da violência de gênero em todas as usuárias dos serviços de saúde frente à grande magnitude do problema. No entanto, esse processo é permeado por limitações relativas à baixa adesão dos profissionais e pouca consolidação da proposta na prática. Esses limites, entre outros motivos, ocorrem pela inexistência de avaliações que comprovem a eficácia da estratégia, principalmente no que concerne a medidas tomadas após a identificação dos casos (Bacchus et al, 2007)⁴⁶

Em geral, os profissionais de saúde não têm dificuldades em identificar a violência, uma vez que, na Estratégia Saúde da Família, em geral, a convivência com a população é suficiente para que se suspeite do problema. A maior dificuldade dos profissionais está em não saber como encaminhar o problema, onde e quando atuar, a despeito da vantajosa posição da saúde para lidar com o problema da violência, não de modo exclusivo mas em integração intersetorial. Tal vantagem advém da excelente porta de entrada assistencial que a saúde já representa para as mulheres, mesmo sem

aperceber-se, tanto quanto dos objetivos que este setor social se propõe, sobretudo na assistência primária à saúde, ao pretender a promoção da saúde e a prevenção de agravos, buscando melhor qualidade de vida para indivíduos e populações (Schraiber; D'Oliveira, 1999)⁴⁷.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família tem constituído a pedra angular para a viabilização do SUS, facilitando a aproximação entre os profissionais de saúde e clientela de áreas de abrangência definidas descortinando, dessa forma, problemas que anteriormente permaneciam na desinformação dos serviços (Oliveira; Fonseca, 2007)⁴⁸. No coletivo, essa estratégia tem constituído o marco mais fértil de implementação das práticas em práticas em saúde coletiva no Brasil, configurando o *locus* privilegiado para o reconhecimento de necessidades em saúde, constituindo também espaços que, articulados às demais instâncias da rede de atenção a saúde, buscam atender a essas necessidades (Egry et al, 2009)⁴⁹.

Esse tipo de relacionamento tem permitido que problemas de saúde saiam de clausuras pré-determinadas para serem tratados ou prevenidos. Entre os diversos problemas encontrados chama atenção a violência contra a mulher, visualizada e, ao mesmo tempo, encoberta (Oliveira; Fonseca, 2007)⁴⁸. Esse enfoque oferece a possibilidade de um contato mais estreito com as mulheres, podendo reconhecer o problema e acolhe-las antes que incidentes mais graves aconteçam, mas a realidade revelada nos estudos mostra que não há, na prática, ferramentas específicas nem para o reconhecimento e nem para enfrentamento da violência nos serviços de saúde.

No âmbito da atenção à saúde das mulheres, a ESF constitui espaço de concretização da Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher (PNAISM). A assistência considerando as desigualdades de gênero, assim como a atenção às necessidades das mulheres que vão além da especificidade biológica e reprodutiva, considerando as especificidades sociais são princípios que norteiam a atual política. Entretanto, os processos de trabalho que concretizam essas políticas têm sido contraditórios, uma vez que as práticas em saúde acabam se traduzindo, muitas vezes, no

atendimento de aspectos biológicos do corpo feminino (D'Oliveira; Senna, 1996)⁵⁰.

Cabe aqui resgatarmos a historicidade das práticas de atenção à saúde da mulher no Brasil, que teve no Programa de Atenção Integral a saúde da mulher (PAISM) o seu marco fundamental. Em 1993, como resultado das reivindicações do movimento sanitário articulado ao movimento de mulheres, o PAISM foi elaborado como modelo assistencial capaz de atender as necessidades de saúde femininas. Em sua formulação, o PAISM incluía dimensões correlacionadas à proposta original do SUS (que viria a ser viabilizado mais tarde), pressupondo a atenção integral, universal e equânime, hierarquização, regionalização e controle social. Segundo D'Oliveira e Senna:

Nos serviços de saúde as ações dirigidas à dimensão reduzida aos aspectos biológicos do corpo feminino são preponderantes. Se continuam sendo cruciais para evitar mortes e adoecimento para uma grande parte da população [...] possuem também um conteúdo violento importante. "Violento" porque essas ações não questionam a reprodução das desigualdades nas relações de gênero, traduzidos no desrespeito à integridade corporal e autonomia das mulheres; ao contrario, reafirmam que o núcleo do sofrimento feminino está sediado em sua anatomia, que determina o seu "destino natural" de ser humano incompleto. (D'Oliveira; Senna, 1996:88)⁵⁰

No que concerne à assistência específica à mulher, nos serviços de saúde há três aspectos que se cruzam, cujas intersecções potencializam os efeitos da violência e ampliam seu campo de atuação: o primeiro diz respeito ao fato da mulher não verbalizar a agressão sofrida, seja ela física ou psicológica, apresentando queixas vagas e recorrentes. Depois, há o fato da predominância de uma qualidade tradicional da assistência do profissional de saúde pautada numa visão biologicista e medicalizada. Há, ainda, a influência do modo como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, obediência e submissão. Esses três aspectos interrelacionados na dinâmica da realidade social produzem a invisibilidade do impacto da violência na saúde da mulher.

Outras vezes, mesmo quando a situação de violência é reconhecida, ela não é devidamente valorizada, pois, o saber instrumental que orienta as práticas profissionais está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos centralizando-se nas queixas. Todavia, questões subjetivas como a

vulnerabilidade emocional e a desproteção são sentimentos que afetam a saúde e fragilizam a capacidade das vítimas de violência para o enfrentamento do problema, que é extensivo do espaço doméstico ao público. Essa realidade remete à afirmativa de Silva (2003)³¹, para quem a inadequação do saber instrumental é um dos empecilhos para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde transformador da realidade.

Segundo Stotz (2004)⁵¹, a medicalização das necessidades de saúde constitui um problema bastante comum, especialmente quando se considera que, em decorrência do aumento das desigualdades sociais que determinam condições de vida cada vez mais destrutivas, os profissionais de saúde devem atender uma demanda muito grande expressa sob a forma de um sofrimento difuso que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça. Porém é importante que o processo de trabalho em saúde reconheça que necessidades estão por trás disso, ou seja, que produzem e determinam essas demandas verbalizadas na busca de cuidados em saúde.

Isso fica mais claro quando se remete ao fato que as mulheres têm algo mais a dizer além das queixas que trazem aos serviços de saúde. Nas relações de gênero, a dominação masculina tenta impor silêncio às mulheres vitimizadas pela violência, de modo que, quando buscam os serviços de saúde, trazem um discurso indireto e quase sempre falam de outras queixas. (D'Oliveira, 2000³⁸; Oliveira, 2005³⁵)

A compreensão do trabalho como práxis, momento de síntese da teoria e da prática, o reconhecimento do caráter de direito civil que a política de saúde sintetiza no SUS e o entendimento de política como um conjunto de teorias e práticas que se materializam nos processos de trabalho encontram nas categorias gênero e necessidades os conceitos e as explicações para o entendimento de que a violência de gênero, assim como as necessidades por ela determinadas, são produzidas socialmente e têm relação direta com o processo histórico e econômico de formação da sociedade e do Estado, bem como com o processo saúde-doença.

Essa problemática permite argumentar que gênero é uma categoria sociológica capaz de abranger a análise da investigação entre o que se anuncia no plano da política e o que se realiza no plano das práticas profissionais de saúde no sentido de atender as necessidades de saúde das mulheres em situação de violência, nos serviços públicos de saúde, especificamente na ESF.

A violência contra a mulher no discurso oficial e nas políticas de saúde no Brasil.

Tendo em vista o caráter histórico dos fenômenos sociais no qual a violência está inserida, podemos afirmar que os conceitos da violência contra a mulher adquirem significado ao longo da história. Essa transformação vem ocorrendo no Brasil, assim como no cenário internacional, nos últimos anos, nos quais a violência vem ganhando maior visibilidade social, sendo também inserida nas políticas de saúde.

A proposta de construir políticas públicas dirigidas especificamente às mulheres como forma de possibilitar o processo de equidade nas relações de gênero é recente no Brasil. O movimento feminista é protagonista da expansão da visibilidade da violência de gênero. Na década de 1970, época conhecida como a segunda onda feminista, os primeiros grupos do movimento deram maior visibilidade social e política à violência contra a mulher através da reivindicação de direitos. Isso ocorreu simultaneamente à ascensão da luta pela democratização, constituindo uma das reivindicações dos movimentos sociais organizados, inclusive aquelas ligadas ao acesso a serviços públicos de saúde e melhoria da qualidade de vida, especialmente nos centros urbanos (Farah, 2004)⁵².

Após a ditadura militar, as mulheres mobilizadas conseguiram a implantação das primeiras políticas públicas na perspectiva de gênero. Na década de 80, foram criados o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina (em 1983) e a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (em 1985). Em 1985, ainda foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, do Ministério da Justiça, hoje transformado em Secretaria Especial

de Políticas para as Mulheres, órgão ligado diretamente à Presidência da República.

Na década de 1980, esse pensamento foi permeado por uma reflexão mais crítica e analítica, uma vez que gênero tomava corpo como categoria de análise de fenômenos sociais que envolvem a dinâmica das relações entre homens e mulheres. A segunda metade do século XX foi marcada por grandes conquistas na trajetória de luta do movimento de mulheres. Além das conquistas acima citadas, as primeiras mudanças no arcabouço jurídico também foram são marcos importantes nesse processo.

A questão da desigualdade e discriminação entre os sexos esteve presente na trajetória da construção da atual concepção dos direitos humanos, que foi introduzida em 1948. Adotada pela ONU, essa concepção é fundamentada na dignidade de todos os seres humanos e marcada pelos princípios da universalidade e indivisibilidade de direitos, conjugando o valor da liberdade ao da igualdade. (AGENDE; CLADEM, 2003)⁹.

A década de 1975 a 1985 é reconhecida pela ONU como a década da mulher, tendo como marco inicial a Conferência Mundial de Mulheres, no México, seguida por Copenhague, em 1980 e culminando com a terceira, em Nairóbe. Nesse contexto foi elaborada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) em 1979, um dos mais importantes documentos contra a discriminação das mulheres.

A Conferência de Direitos Humanos realizada em Viena, em 1993, apresenta, em seu parágrafo 18, que os direitos das mulheres são parte inalienável dos direitos humanos universais. Essa mesma conferência reconheceu a violência contra a mulher como uma forma de violação dos direitos humanos. No fim desse mesmo ano, a ONU adotou a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher e, em 1994, foi aprovada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), tendo sido assinada pelo Brasil, por toda a América Latina e Caribe, comprometendo-se com os princípios e medidas de enfrentamento de todas as formas de discriminação e violência contra a mulher. (AGENDE; CLADEM, 2003)⁹.

Especificamente no âmbito da saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi concebido na década de 1980, para responder às reivindicações do movimento de mulheres, na área da saúde, com o objetivo de assistir à saúde das mulheres em todas as etapas da vida e em sua integralidade. Na sua formulação, o PAISM não contemplava diretamente a violência de gênero como um aspecto importante que interfere na saúde das mulheres, mas, na década de 1990, essa lacuna foi preenchida e, atualmente, a violência doméstica e sexual está presente nos princípios e diretrizes, sendo parte integrante do plano de ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. (Brasil, 2004)⁵³

A partir de 1994, as ações do PAISM foram integradas às ações do Programa Saúde da Família, estratégia de reorientação da Atenção Básica no Brasil. A ESF tem sido reconhecida como campo de ações potente para a prevenção e enfrentamento do problema devido à proximidade dos profissionais da saúde com a clientela das áreas de abrangência. Essa inserção na comunidade, além do referencial de promoção da saúde no qual a Estratégia se fundamenta, pressupõe a possibilidade de atuação sobre os grupos sociais, procurando potencializar seus recursos para a prevenção e enfrentamento de problemas sociais complexos como a violência. Entretanto, esse aspecto consiste mais em uma possibilidade que uma realidade vigente no cotidiano da maioria desses serviços de saúde. (Camargo, 2003)⁵⁴

Na última década, a temática da prevenção da violência tem sido inserida na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS), tecendo uma articulação intra-setorial, por meio da mobilização das suas diferentes áreas, Ministérios, Estados e Municípios, instituições acadêmicas e organizações não governamentais (ONGs). A formulação de uma política específica e a estruturação das ações voltadas para vigilância, pesquisa e avaliação, assistência às vítimas e populações vulneráveis; a formação dos profissionais de saúde e prevenção de violência são ações que vêm sendo implantadas e desenvolvidas em todo o país, dando visibilidade ao problema, assim como buscando a prevenção e o seu enfrentamento. (Almeida, 2007)⁵⁵

Desde 2001, o MS desenvolve ações de enfrentamento às Violências e Acidentes, de maneira a integrar informação e assistência. O Sistema de

Informação e de Vigilância da Violência e Acidentes (SIVVA) foi implantado e envolve os profissionais dos diversos níveis da atenção à saúde de forma descentralizada, apoiado por capacitações e discussões locais que estimulam a participação, o compromisso com o cuidado, a construção de redes locais e o trabalho intersetorial.

Em 16 de maio de 2001 foi aprovada a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esse documento contém a definição dos conceitos, o diagnóstico da situação, as diretrizes e as estratégias de ação intersetorial, ressaltando a responsabilidade do setor saúde em tratar desse fenômeno social. (Brasil, 2002)⁵⁶

O Ministério da Saúde caracteriza a violência como um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, assumindo que ela é representada por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos saúde em todas as suas dimensões.

No que concerne à violência sexual, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a atual Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes que orienta o atendimento a ser prestado pelos profissionais do SUS; o Protocolo de Atenção à Violência Intrafamiliar direcionado às equipes de saúde da Família; o Plano de ação da Política Nacional de Atenção à saúde da Mulher, que inclui a violência doméstica e sexual em suas estratégias prioritárias. (Brasil, 2002⁵⁶; Brasil, 2002b⁵⁷; Brasil, 2004⁵³).

Em 2004, foram aprovadas a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e promoção da saúde e a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência e promoção da Saúde nos estados e municípios. Os Núcleos têm como linhas a construção de informação para a intervenção e a formação de redes de atenção às situações de violência (Almeida, 2007)⁵⁵.

As conquistas nacionais ou locais passam pelo apoio do legislativo brasileiro no que se refere à aprovação de leis que reconhecem as situações de violência contra a mulher. A Lei nº 10.778/03 (Brasil, 2003)⁵⁸ estabelece a

notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Ainda se destaca a Lei Federal 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que determina ao poder público o desenvolvimento de ações que visam a 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. Em relação à assistência à mulher em situação de violência, estabelece que deve ser prestada de forma articulada entre diferentes setores como saúde, segurança pública e assistência social.

A Lei Maria da Penha amplia o conceito de violência, ao apresentar e definir, em seu artigo 7º, além da violência física, outras formas de que ela se reveste: psicológica, sexual, patrimonial e moral, definidas como: **Violência física**: qualquer conduta que ofenda integridade ou saúde corporal da mulher; **Violência psicológica**: qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima à mulher 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; **Violência sexual**: qualquer conduta que constranja a mulher 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; **Violência patrimonial**: qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos pertencentes à mulher, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a

satisfazer suas necessidades; Violência moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (Brasil, 2006)⁵⁹

Em 2008, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República deu um importante passo com a elaboração e desenvolvimento do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. A iniciativa implica no desenvolvimento de um conjunto de ações a serem executadas no período entre 2008 e 2011 a respeito de políticas públicas amplas e articuladas, direcionadas prioritariamente às mulheres em situação de maior vulnerabilidade social. (Brasil, 2008)⁶⁰

As propostas de enfrentamento da violência contra a mulher estão presentes em todos os documentos internacionais, citados anteriormente, dos quais o Brasil é signatário. Essas conquistas geraram avanços na política nacional que são fundamentais para o enfrentamento da violência e da discriminação contra as mulheres e a eliminação das desigualdades relacionadas ao gênero. No entanto, essas medidas dependem do envolvimento diferentes atores nos âmbitos do governo e da sociedade, bem como da introdução de conhecimentos específicos sobre a temática e tecnologias diferenciadas para profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde. Essas transformações devem ser integradas a outras iniciativas, possibilitando, assim, a formação de redes de atenção para mulheres em situação de violência, uma vez que problemas complexos exigem soluções multifacetadas.

Já existe, em cada Estado brasileiro, pelo menos um programa de atenção às vítimas de violência sexual e alguns possuem redes estaduais de atenção, que são instâncias articuladoras das diversas instituições que tratam do problema. As diversas Organizações Não Governamentais (ONGs) que abordam as questões femininas, como a violência, também têm desenvolvido seus programas de intervenção e dado visibilidade ao problema. Porém, a realidade mostra que apesar desses esforços, ainda há lacunas na implementação de estratégias eficazes de prevenção e enfrentamento da violência de gênero, principalmente no que diz respeito à sua prevenção pelo setor saúde.

Considerações finais

Há mais de duas décadas, a categoria gênero foi apropriada pelo campo da saúde e vem sendo utilizada como importante ferramenta de análise da determinação de gênero no processo saúde-doença das mulheres. Enquanto categoria elaborada pelo feminismo, depois agregada à academia, a perspectiva de gênero, intrinsecamente, carrega em si a politicidade e o compromisso com as transformações sociais relacionadas às mulheres, assim como um novo olhar sobre as relações de poder estabelecidas entre mulheres e homens, homens e homens e mulheres e mulheres.

Grande parte das reivindicações feministas dos anos setenta e oitenta do século passado foi absorvida pela sociedade e incluída nas formulações governamentais. Ao mesmo tempo, o panorama de oferta de atenção com ênfase crescente na Atenção Básica, nas ações de promoção da saúde e em um novo quadro conceitual baseado na humanização e integralidade apontam para a necessidade de utilização dos conhecimentos produzidos no campo da Saúde Coletiva que promovam a equidade em saúde, para a qual a equidade de gênero é condição.

Segundo Fonseca (2005)⁴

Os documentos oficiais contêm as diretrizes para a incorporação da categoria gênero nas políticas voltadas para a saúde das mulheres valorizando:

- 1) criação e uso de indicadores de gênero para a construção dos perfis de saúde-doença de grupos populacionais e monitoramento das condições de saúde;
- 2) estabelecimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde evitáveis, em especial s que influenciam na capacidade reprodutiva das mulheres;
- 3) criação e uso de indicadores para embasar a destinação de recursos para enfrentar os problemas de saúde das mulheres, baseados em medidas protecionistas ou discriminatórias positivas;
- 4) uso de metodologias específicas para embasar a investigação em saúde sob o recorte de gênero[...] (Fonseca, 2005: 458)⁴

Entretanto, a autora aponta alguns riscos inerentes à adoção de visões inovadoras e revolucionárias, a exemplo do risco de converter gênero em mais um modismo que implicaria mais em mudanças de forma (terminologias,

conceitos e suportes teóricos) que das práticas de saúde, restritas às instâncias superiores, sem alcançar os diretamente responsáveis pelas ações em saúde. Assim, é importante a não transformação da incorporação da perspectiva de gênero no âmbito da saúde em mais uma versão banalizada de assistência à saúde das mulheres que as torne cada vez mais dependentes da ciência e da medicalização do corpo. Assim, consideramos a equidade de gênero como um conceito ético, cuja concretização nas práticas é premente. Essa perspectiva ainda deve ser associada aos princípios de justiça social e de direitos humanos que não implica em desmerecer ou desvestir de direitos os homens para privilegiar as mulheres. (Fonseca, 2005)⁴

As mudanças na legislação e a implementação das políticas públicas relativas à violência são necessárias e fundamentais, porém, isoladamente, não significam a garantia de efetividade para o enfrentamento do problema, uma vez que a violência contra a mulher é permeada por uma complexa trama de fatores sociais, culturais e ideológicos que dificultam e até mesmo impedem a efetiva vigência dos direitos humanos.

De acordo com a OPAS (2002)³⁰, ainda são poucas as estratégias cuja eficácia têm-se mostrado com rigor. Não há programas suficientes orientados para a prevenção primária da violência, principalmente nos países em desenvolvimento Além disso, a atenção à mulher que sofre em decorrência desse fenômeno deve ser intersetorial e interdisciplinar. Os serviços de saúde não conseguem enfrentar, sozinhos, isoladamente, problemas com a complexidade que envolve a violência, porém, devem estar preparados para reconhecer, acolher e apoiar as mulheres de forma integral, integrada e articulada com os demais setores sociais

É fundamental que, no atendimento que a mulher agredida busca evite-se que ela passe por um processo de revitimização pela instituição. Valorizar as demandas trazidas pelas mulheres, enfatizando o atendimento nas necessidades que porta é papel do setor saúde. O encaminhamento desarticulado e de uma maneira imposta verticalmente a outros serviços de apoio social sem a consideração da autonomia das mulheres no processo decisório pode fazer com que elas percorram, sem apoio nenhum, diferentes

instituições, estando sujeitas a passar por novas situações de violência em uma rota que deve pressupor o acolhimento e apoio para o enfrentamento do problema.

Referências Bibliográficas

- ¹ Santos BS. A construção multicultural da igualdade e da diferença. N.135, 1999.Coimbra: Oficina do CES .Centro de Estudos Sociais, 1999
- ² Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática, 1995.
- ³ Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS corpo, 1991
- ⁴ Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev. esc enferm USP 2005 39(supl 4):450-459.
- ⁵ Souza Lobo E. Os usos do gênero. In: A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Brasiliense, 1991
- ⁶ Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJ; Meyer DE; Waldow VR. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-54
- ⁷ Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. São Paulo, 2001. Tese (Doutoramento). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ⁸ Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Publicado en español por la OPAS para la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. 2002
- ⁹ AGENDE; CLADEM. O Brasil e a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.Documento do movimento de mulheres para o cumprimento da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher – CEDAW, pelo Estado Brasileiro: propostas e recomendações. Brasília, DF, 2003.
- ¹⁰ Minayo MCS. Violência e saúde. *Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p*
- ¹¹ Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R. (Org.) Perspectivas antropológicas da mulher n. 4, , Rio de Janeiro: Zahac,1985. p. 23-62
- ¹² Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 2006.
- ¹³ Bourdieu P. A dominação masculina 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003
- ¹⁴ Foucault M. Microfísica do poder. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra,1997

-
- ¹⁵ Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos saúde públ.* Rio de Janeiro, 1994. 10(supl):135-145.
- ¹⁶ Foucault M. *História da sexualidade 1. A vontade de saber.* Rio de Janeiro: Graal. 1988
- ¹⁷ Guedes, RN. *Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero.* João Pessoa, 2006. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.
- ¹⁸ Saffioti HIB. *Violência de gênero no Brasil atual.* *Revista estudos feministas*, Número especial, 1994. pp. 443-461
- ¹⁹ Pitanguy J. *Gênero, violência e Direitos Humanos.* In: Brasil, Ministério da Saúde. *Rev. Promoção da Saúde.* 2002 3(6):67-70
- ²⁰ Azevedo MA. *Mulheres espancadas: a violência denunciada,* São Paulo: Cortez, 1985.
- ²¹ Bourdieu P. *Novas reflexões sobre a dominação masculina.* In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. *Gênero e saúde.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1996: 28-40.
- ²² Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.* Geneva: World Health Organization; 2005
- ²³ Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Jr. I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. *Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.* *Rev Saúde Pública* 2007a; 41:797-807.
- ²⁴ Schraiber et al. *Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo.* *Rev Saúde Pública.* 41(3):359-67, 2007 b.
- ²⁵ Venturi G, Recamán M, Oliveira S, organizadores. *A mulher brasileira nos espaços público e privado.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
- ²⁶ Fonseca, RMGS. *Práticas profissionais e violência contra as mulheres: um recorte de gênero e classe social.* Relatório de Pesquisa. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007.
- ²⁷ D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. *Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde.* *Ciênc. saúde coletiva* . 2009; 14(4): 1037-1050.
- ²⁸ Organização Mundial da Saúde (OMS) *Relatório mundial sobre violência e saúde.* Brasília: OMS/OPAS, 2002
- ²⁹ Mccauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. *The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices.* *Ann Intern Med* 1995;123:737-46.

-
- ³⁰ Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Publicado en español por la OPAS para la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. 2002.
- ³¹ Silva ATMC. A reforma psiquiátrica em João Pessoa-PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental. São Paulo, 2003. Tese (Doutoramento). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ³² Schraiber LB. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Saude Publica, v.36, n.4, p.470-7, 2002
- ³³ Deslandes SF, Gomes R, ; Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad. Saude Publica, v.16, n.1, p.129-37, 2000.
- ³⁴ Dantas-Berger SM; Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cadernos saúde públ. 2005 21(2): 417-425
- ³⁵ Oliveira CC. Práticas dos profissionais das equipes de Saúde da Família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero. São Paulo, 2005. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ³⁶ Schraiber LB. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Saude Publica, v.36, n.4, p.470-7, 2002
- ³⁷ Andrade CJM. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero. [Tese] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2009. 141p.
- ³⁸ D'Oliveira AFPL. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ³⁹ Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Junior IF, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saúde e sociedade 9 (1/2):3-15; 2000.
- ⁴⁰ Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(6): 974-980.
- ⁴¹ Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Ciênc. saúde coletiva . 2009; 14(4): 1019-1027.
- ⁴² De Ferrante FG.; Santos MA.; Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.287-99, out./dez. 2009.
- ⁴³ D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. saúde coletiva . 2009; 14(4): 1037-1050.

-
- ⁴⁴ Guedes, RN; Coelho EAC; Silva, ATMC. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. In: Rev eletrôn enferm [serial on line] 2007, vol 2. Avaliable in: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/sumario.htm>.
- ⁴⁵ Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Esc. Anna Nery . 2010 ; 14(1): 97-104
- ⁴⁶ Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, Jordan P, Murray S. (2007) A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service based in maternity and genitourinary services at Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust. London: King's College London. <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/violence> .
- ⁴⁷ Schraiber LB., D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. Interface (Botucatu) . 1999; 3(5): 13-26.
- ⁴⁸ Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev. Esc. Enferm. USP 2007; 41 (4): 605-612.
- ⁴⁹ Egrý EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrientos DMS, Fonseca RMGS et al . Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP . 2009 43(supl. 2): 1181-1186
- ⁵⁰ D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da Mulher. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC;1996. p.87-108.
- ⁵¹ Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilibio LFS, Ceccim RB, Feuerwerker HAP, organizadores. Ver-SUS Brasil: cadernos de Textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v.1, p. 28499
- ⁵² Farah M F S. Gênero e políticas Públicas. Rev. Estud. Fem 2004 12(1):71-4
- ⁵³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS, 2004.
- ⁵⁴ Camargo M. Saúde e violência: políticas públicas de assistência. In: XII Encontro Nacional Feminista, 2003, João Pessoa. Anais João Pessoa: Texto e arte , 2003.
- ⁵⁵ Almeida SS, 2001. Violência de gênero e políticas públicas. UFRJ, Rio de Janeiro; 2007
- ⁵⁶ Brasil Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Cadernos de atenção básica. N° 08. Serie A; n° 131. Brasília, DF, 2002.

⁵⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Política Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente. Brasília; 2002 b.

⁵⁸ Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm>.

⁵⁹ Brasil, Lei n. 11.340 de 22 de setembro de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 de set 2006.

⁶⁰ Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília; 2008.