

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

SABRINA MONTEIRO BASSI

**ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SOCIEDADE MODERNA:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PSF DO BAIRRO BOM JESUS**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GRAIS
2013**

SABRINA MONTEIRO BASSI

**ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SOCIEDADE MODERNA:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PSF DO BAIRRO BOM JESUS.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Kátia Ferreira Costa Campos

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2013

SABRINA MONTEIRO BASSI

**ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SOCIEDADE MODERNA:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PSF DO BAIRRO BOM JESUS.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kátia Ferreira Costa Campos

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Kátia Ferreira Costa Campos – orientadora

Prof^a. Dr^a. Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG/UNA)

Aprovado em Belo Horizonte: 24/07/2013

Dedico esse trabalho ao meu esposo Marcos, que não mediu esforços para que esse sonho se realizasse.

Às minhas queridas filhas Júlia e Luísa pela alegria que me proporcionam.

Aos meus pais Norberto e Selma e aos meus irmãos Saulo e Samuel pelo carinho e compreensão. À minha orientadora Kátia, pelo empenho e pelas orientações.

RESUMO

Um marco histórico para o enfrentamento à violência contra as mulheres se dá a partir da sanção da Lei Maria da Penha, quando essa violência passa a ser tipificada como crime. A importância social da violência de gênero exige atenção não somente judicial, mas de ações voltadas para o seu enfrentamento e o setor saúde está diretamente envolvido nessa problemática, já que recebe as suas consequências sob as mais variadas formas de adoecimento. Assim, este estudo objetivou identificar políticas e ações de enfrentamento à violência de gênero, a partir de pesquisa bibliográfica narrativa, com busca de artigos no SciELO e , principalmente, nos manuais do Ministério da Saúde. Os descritores usados para a busca foram: violência contra a mulher, violência de gênero e tecnologia. O recorte temporal compreendeu os anos 2000 a 2012. Foram apresentados os conceitos e tipos de violência de gênero, o panorama da violência de gênero no Brasil e as políticas e ações de enfrentamento à violência de gênero. Espera-se contribuir com os profissionais envolvidos na atenção à saúde, gestores, e comunidade organizada, para que possam refletir sobre esse problema que atormenta muitas usuárias desse território e desse município. Utilizou-se da revisão bibliográfica do tipo narrativa como método e os resultados mostraram que são inúmeras as ações voltadas para o enfrentamento da violência de gênero.

Palavras Chave: Violência de gênero. Violência contra a mulher. Tecnologia.

ABSTRACT

A landmark for combating violence against women starts from the sanctioning of Maria da Penha Law, when such violence is criminalized. The social importance of gender violence requires attention not only legal, but your actions for confronting the health sector is directly involved in this issue, as it receives its consequences under the most varied forms of illness. Thus, this study aimed to identify policies and actions to combat gender violence, from narrative literature with search for articles in SciELO, and especially in the manuals of the Ministry of Health. The keywords used for the search were: violence against women, gender violence and technology. The time frame encompassed the years 2000-2012. Presented the concepts and types of gender violence, the situation of gender violence in Brazil and the policies and actions to combat violence in gênero. Espera to contribute to the professionals involved in health care, managers, and organized community so that they can reflect on this problem that plagues many users of this territory and the municipality. We used the literature review of the narrative type as the method and the results showed that there are numerous actions to confront gender violence.

Keywords: Gender violence. Violence against women. Technology.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 1.1 Território, área de abrangência e a realidade local..... | 12 |
| 2 OBJETIVOS..... | 16 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 16 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 16 |
| 3 METODOLOGIA | 17 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 18 |
| 4.1 Tipos de violência de gênero..... | 17 |
| 4.2 Panorama da violência de gênero no Brasil | 22 |
| 4.3 Políticas e ações de enfrentamento à violência de gênero | 25 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 41 |
| REFERÊNCIAS | 43 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANURC – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONFAD – Conflitos Familiares Difíceis
CRAS – Centro de Referência de Assistência social
CREAS – Centro DE Referência Especializado de Assistência Social
DST – Doença sexualmente transmissível
ESCCA – Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes
FEAAC – Federação dos Empregados de Agentes Autônomos do Comércio do Estado de São Paulo
HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IML – Instituto Médico Legal
MG – Minas Gerais
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPN – Plano Nacional de Políticas para Mulheres
PSF – Programa Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SPM/PR – Secretaria de Políticas par as Mulheres da Presidência da República do Brasil
STF – Supremo tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade Saúde da Família
UFV – Universidade Federal de Viçosa
VIVA – Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e ou outras Violências

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica atinge muitas famílias, independente da classe social; porém, evidencia-se esta questão com maior frequência em domicílios localizados em áreas carentes, pois famílias de baixa renda buscam mais comumente o atendimento do serviço público (BRASIL, 2008a).

Nesse sentido, relatos e queixas são observados durante as consultas realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF), quase sempre presentes nessas comunidades. “As mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, porém os/as profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento” (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009, p.167).

Dentre as diversas publicações do Ministério da Saúde relacionadas a esse tema, destaca-se o volume nº 8, Violência Intrafamiliar - Orientações para a Prática em Serviço, da Série “Cadernos da Atenção Básica”, por contextualizar nossa realidade cotidiana na Atenção Primária à Saúde. Nessa publicação registra-se:

Manifestando-se de várias formas e com diferentes graus de severidade, a violência contra a mulher não se produz isoladamente, mas faz parte de uma sequência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema (BRASIL, 2002, p.16).

Diante dessa triste realidade, e, considerando o processo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional no Programa Saúde da Família (PSF), indica-se a utilização de um conjunto de práticas educativas e tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade, visando à promoção de saúde e a prevenção de violências e de outros agravos na Atenção Primária à Saúde (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009).

Busca-se, ainda, promover a cultura de paz, e, conseqüentemente, empenho da equipe de saúde na tentativa de minimizar todas as formas de violência, principalmente quando relacionadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, tema deste estudo (BRASIL, 2002). Dessa forma, garantir-se-á a melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da autoestima, do

autocuidado, e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida da comunidade assistida.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde: "Painel de Indicadores do SUS", registra-se: "a violência doméstica e sexual permanece camuflada no interior dos lares de milhões de brasileiros (as)" (BRASIL, 2008b, p.11). Essa informação corrobora com a necessidade de promoção da educação e da cultura de paz e não violência, na tentativa da equipe multiprofissional, destacando-se a Equipe de saúde local, tentar minimizar o sofrimento por parte das mulheres e suas famílias, muitas vezes vítimas de violências diversas.

Em conformidade com o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, expressa-se a necessidade da construção social de valores, por meio da "educação". Busca-se, portanto, uma nova proposta de "alteração" de práticas educativas, muitas vezes consideradas discriminatórias, e que estas práticas não se reproduzam nos respectivos estereótipos ligados às questões de violência citadas anteriormente (BRASIL, 2005a).

Ainda nesse mesmo Plano Nacional, é enfatizada a importância do trabalho realizado pelas mulheres, incluindo-se questões de gênero, raça, e etnia nos currículos escolares, incluindo-se os materiais didáticos e paradidáticos. Que a educação seja inclusiva e não sexista, com acesso facilitado às mulheres, promovendo-se a visibilidade de suas respectivas contribuições na construção da história da humanidade. Destaca-se a necessidade de dedicação à alfabetização e oferta de ensino fundamental às mulheres adultas e idosas, e em especial as mulheres negras e índias, garantindo-se uma maior equidade de gênero.

Ao se promover uma educação inclusiva, formar-se-á uma sociedade mais justa, com grande respeito aos direitos humanos. Torna-se necessário um grande investimento na sensibilização e formação de profissionais da educação básica, pois os mesmos são atores de transformação e mudanças de padrões de comportamento junto às crianças, jovens e adultos, principalmente nos espaços escolares (BRASIL, 2008a).

Esta iniciativa de promoção de educação inclusiva somente se consolidará com a associação de outros planos governamentais destacando-se: Plano de Desenvolvimento da Educação; Programa Brasil sem Homofobia; Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial; Plano Nacional de Educação em

Direitos Humanos. Tal efetivação certamente garantirá a melhoria da qualidade da educação, contribuindo no enfrentamento das desigualdades sociais (BRASIL, 2008a).

Como proposição determinante relacionada à possibilidade de redução e eliminação da violência de gênero, destaca-se a promulgação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha. Esta prevê a realização de “campanhas educativas” de prevenção da violência doméstica e familiar contra mulher. Tal legislação está voltada não só para o público escolar, mas para a sociedade em geral. Segundo a Desembargadora Shelma Lombardi de Kato, membro do Tribunal de Justiça do Mato Grosso / Presidente em exercício da Associação Nacional de Magistradas:

[...] a Lei Maria da Penha é o instrumento jurídico mais completo e eficaz de que dispomos no combate à violência intrafamiliar e doméstica contra a mulher, no sentido preventivo e protetivo. É também marco histórico de integração da ordem jurídica interna (constitucional e legal) com a ordem externa, no sentido da melhor proteção dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2006a, p.38).

Uma vez identificadas e confirmadas as mazelas sociais relacionadas à violência de gênero, torna-se imprescindível o envolvimento, a participação e colaboração de gestores nas três esferas governamentais: da União, Estados, e Municípios; para que sejam alcançados os objetivos e metas propostas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2008a).

Segundo informações obtidas junto às delegacias municipais, a realidade em Viçosa-MG não é diferente. Observa-se no dia a dia essa mesma situação na área de abrangência da Equipe do PSF Bom Jesus. E para melhor entender essa realidade, segue uma breve caracterização do território e da área de abrangência do PSF local, nesse município mineiro.

Várias ações e atividades de projetos sociais já vinham ocorrendo em parceria entre a Equipe de Saúde da Família do Bom Jesus e o Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero da UFV, despertando-se o interesse de toda a equipe local, referente aos estudos e práticas desenvolvidas naquela área. Em decorrência do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, o estado de Minas Gerais formalizou sua adesão em 26/11/2008, e, a partir dessa adesão foi iniciado pelos Municípios-polo mineiros a estruturação de sua rede de

acolhimento às mulheres vítimas de violência, bem como a implementação de delegacias especializadas, juizados especializados, centros de referência, casas de abrigo, entre outros serviços.

Por não ter sido destacado pelo Pacto Nacional, o município de Viçosa-MG, por meio de vários setores representados, tratou de articular uma rede para implementação das políticas voltadas para o enfrentamento a esse agravo. Buscou-se a experiência já desenvolvida pelo Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, para alavancar a iniciativa de integração.

Em um estudo realizado no município, constatou-se que a grande maioria das entrevistadas nos Bairros Bom Jesus e Nova Viçosa, localidades reconhecidas pela alta vulnerabilidade social, com altos índices de violência doméstica, já sofreram ou sofrem de violência em suas residências, e ainda conhecem em média outras três mulheres que passam por problemas afins.

I.1 Território, área de abrangência e a realidade local.

O município de Viçosa-MG está situado na Macro Região Leste do Sul, contando com uma população estimada de aproximadamente 72.000 habitantes (IBGE, 2010). O município é polo (sede) prestador de serviços em saúde para a microrregião. É considerado estratégico no quesito educação, não somente pela presença da Universidade Federal de Viçosa (UFV), mas também pela presença de outras três Instituições de Ensino Superior particulares, contando inclusive com uma expressiva rede de escolas públicas e privadas.

As atividades econômicas do município concentram-se na área de serviços. A atividade do comércio é constituída predominantemente por empresas de pequeno porte, mais concentradas na área de restaurantes, bares e similares. Na indústria, a construção civil é significativa. O Serviço Autônomo de Água e Esgoto é uma Autarquia Municipal.

No Bairro Bom Jesus, área onde está localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Equipe que faço parte, a diversidade socioeconômica encontra-se presente em todos os extratos de classe social: pessoas muito carentes, em contraste com a presença de professores, funcionários e estudantes universitários, empresários, políticos, outras autoridades municipais.

Destaca-se a atuação da Pastoral da Criança, dentre as entidades beneficentes e culturais. Possui uma escola municipal, creches, e a Unidade de Saúde. Apesar de a Administração Municipal cuidar do sistema de água, esgoto e lixo, ainda existem muitas áreas comprometidas. O recolhimento do lixo é dificultado, pois, o bairro possui um relevo bastante acidentado, principalmente na área alta. Coincidentemente é esta a área mais carente, incluindo a falta de pavimentação de várias ruas, travessas e becos.

A população jovem é muito ociosa pela falta de oportunidade de empregos, quando não viciados em drogas. Quanto ao lazer, somente a disponibilidade de um campo de futebol, com instalações precárias.

Há aproximadamente 12 anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família, com três equipes de PSF e uma de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). A partir de 2005 houve uma considerável ampliação da área de abrangência, aumentando-se para 15 o número de equipes do PSF. Por muitas vezes, essas equipes perdem o profissional médico, e isso tem prejudicado não somente o processo de trabalho, mas também as metas a serem alcançadas.

Quanto à Unidade de Saúde da Família e sua respectiva equipe profissional no PSF Bom Jesus, a mesma está alojada em uma residência alugada, com boa localização em relação à área de abrangência, situada à Rua Manoel Clemente, 220, B. Bom Jesus. Esta Unidade abriga uma equipe completa com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, e agentes administrativos. É área urbana, com quase 3.200 pessoas cadastradas, o que representa aproximadamente 50% da população total do bairro conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2012).

A Unidade não apresenta condições e infraestrutura adequadas para o desenvolvimento das atividades da equipe, registrando-se ainda um insatisfatório atendimento ao usuário. Não possui auxiliar de serviços gerais e limpeza, o que causa alguns transtornos internos. Esta Unidade foi recentemente incluída no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), facilitando-se sua inserção junto ao SIAB. Esta unidade ainda não foi inaugurada oficialmente, pela falta de alvará da vigilância sanitária. Coincidentemente, muitas das Unidades do município não possuem esse alvará.

A mesma está em funcionamento há pouco mais de dois anos e, praticamente, todo o processo de trabalho está voltado para atender a demanda espontânea. Nas salas apropriadas são realizados procedimentos tais como: medida da glicemia capilar, aferição da pressão arterial, troca de receitas, agendamento de consultas, entre outros. Em fase de implantação, encontram-se o planejamento familiar, pré-natal, puericultura, atendimento aos hipertensos e diabéticos, auxílio à Bolsa-Família, incluindo-se uma participação efetiva nas campanhas de multivacinação. A princípio, a população encontra-se satisfeita, pois, anteriormente as dificuldades de atendimento eram muito maiores, o que não elimina as falhas atuais. Apesar disso, toda a Equipe demonstra motivação e interesse.

A Unidade de Saúde da Família do Bairro Bom Jesus está localizada em uma comunidade amplamente conhecida por muitos munícipes, pela sua alta vulnerabilidade social. Região urbana, com intenso tráfico de drogas, e violências diversas, abrigando inclusive uma Unidade do Sistema Prisional. Nessa região também se encontra a Delegacia de Polícia Civil do município, e a sede da Polícia Militar de Minas Gerais.

As mazelas sociais e o desastroso contexto da violência, nessa respectiva área de abrangência em estudo, acabaram por estimular o desenvolvimento dessa revisão bibliográfica, de forma mais aprofundada, buscando-se identificar a presença e a qualidade das informações, avaliar a possibilidade de implantação dos serviços relacionados às notificações, busca ativa, e qualificação da escuta.

Esse agravamento é constatado com frequência na área de abrangência da comunidade do PSF Bom Jesus, sabidamente uma região carente do município de Viçosa, e que esteve sob responsabilidade da enfermeira Sabrina, autora desse trabalho, enquanto Referência Técnica do PSF local.

Nessa oportunidade, registra-se uma ineficiente rede municipal de atendimento às mulheres em situação de risco. Pretende-se com esse estudo conhecer melhor as faces da violência contra a mulher, identificando, apresentando e divulgando a rede disponível de atendimento às mulheres em situação de violência.

Diante do conteúdo exposto, faz-se a seguinte indagação: Quais as políticas e ações de enfrentamento à violência de gênero, na sociedade moderna?

Este trabalho pretende apresentar uma revisão de literatura sobre a violência contra a mulher, por meio das publicações sobre esse tema em bancos de teses, dissertações, livros, legislações, artigos e sites de Instituições reconhecidas na área.

Espera-se contribuir para que todos os envolvidos na atenção a saúde como profissionais, gestores e comunidade organizada, possam refletir sobre esse problema atual e presente em todos os territórios das equipes de saúde. E mais especificamente contribuir para a reflexão da equipe no território atendido pelo PSF Bom Jesus, no que diz respeito a repensar as ações e melhorar a qualidade de atenção nessa área assistencial.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar políticas e ações de enfrentamento à violência de gênero.

2.2 Objetivos específicos

Elaborar uma revisão sobre as formas de violência.

Conhecer as políticas voltadas para o enfrentamento da violência de gênero.

Identificar ações para o enfrentamento da violência de gênero.

3 METODOLOGIA

Para o presente trabalho foi adotada como metodologia a revisão bibliográfica do tipo narrativa. Portanto, utilizar-se-á de uma abordagem qualitativa dos conteúdos ora encontrados acerca da temática proposta, proporcionando reflexões no cotidiano do processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família, como atividade de educação permanente, e a possibilidade de ampliarem-se os conhecimentos adquiridos em curto espaço de tempo, favorecendo-se uma crítica e posterior contribuição relativa ao tema abordado.

A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva e é constituída de: Introdução, Desenvolvimento (texto dividido em seções definidas pelo autor com títulos e subtítulos de acordo com as abordagens do assunto), Comentários e Referências (CORDEIRO, 2007). Esse autor afirma que a revisão narrativa ou tradicional apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão de pesquisa bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada, sendo frequentemente menos abrangente.

Foram selecionadas publicações na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores: Violência de gênero, violência contra a mulher, tecnologias, além dos manuais do Ministério da Saúde, dissertações e livros, no período de 2000 a 2012.

Após o levantamento de dados, foram selecionadas as publicações que discorrem sobre o tema e então feito fichamento e finalmente a redação da revisão narrativa da literatura selecionada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Tipos de violência de gênero.

Em Belém do Pará, no ano de 1994, durante a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher, definiu-se como violência “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada” (Art. 1º), e que foi adotado na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contras as Mulheres (BRASIL, 2006b, 2005c e 2011a). Já no Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), definiu-se, pela primeira vez, a violência como:

[...] o uso intencional 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (BRASIL, 2006c. p.9).

Pode-se acrescentar ainda que:

A violência contra a mulher é referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intra familiar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 80, é denominada como violência doméstica e, na década de 90, os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher, em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero (BRASIL, 2006c. p.9).

Segundo publicação da Federação dos Empregados de Agentes Autônomos do Comércio do Estado de São Paulo (FEAAC, 2007, p.7), no ano de 2007, a Lei Maria da Penha coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher: “toda mulher tem direito a uma vida livre de violência”. Cumpre destacar que uma grande conquista das mulheres foi a sanção da Lei Maria da Penha (11.340/06), pois a mesma tipifica a violência doméstica como crime, e caracteriza esse ato como uma violação dos direitos humanos, possibilitando inclusive a prisão do agressor. Segundo essa supracitada Lei, a violência contra a mulher pode ser física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (BRASIL, 2006d).

Outra forma de violência contra as mulheres é a violência ocorrida na comunidade, que, quando perpetrada por qualquer pessoa compreende, entre outras, violação, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar. Ou ainda, a violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional) (BRASIL, 2011a).

A compreensão dos eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, tais como a assistência ofertada pela rede de atendimento, a garantia de acesso e dos direitos, o combate e o enfrentamento propriamente ditos, devem ser transversais às ações educativas e culturais, que, principalmente, interfiram modificando os padrões sexistas, perpetuadores das desigualdades de poder entre homens e mulheres, disseminando atitudes éticas e igualitárias, e de irrestrito respeito às diversidades de gênero, etnia/raça, entre outros (BRASIL, 2011a).

De acordo com essa publicação foram promovidos vários debates, assistência e garantia de direitos, capacitações e qualificações de profissionais, acrescidas de inúmeras discussões relacionadas à violência de gênero. Realizaram-se ainda conferências, pactos e planos de ação nas três esferas de governo, criação de Conselhos de Direitos, constituição de redes de serviços e delegacias especializadas, entre outros. Constatou-se, portanto, que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres reconhece essa grande diversidade conceitual, ainda que suas ações estejam mais fortemente direcionadas para as seguintes expressões de violência:

O conceito de violência contra as mulheres é, tal como mencionado, bastante amplo e compreende diversos tipos de violência: a violência doméstica (que pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial), a violência sexual, o abuso e a exploração sexual de mulheres adolescentes/jovens, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional (BRASIL, 2011a, p.21).

Nesta última década, marcada pela criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003, políticas públicas relacionadas a essa temática foram fortalecidas por meio da elaboração de objetivos, diretrizes, normas, conceitos, bem como definição de ações estratégicas de gestão, prevenção e

monitoramento (BRASIL, 2011a). Acerca dos tipos de violência, foram encontradas as seguintes definições:

Violência Doméstica – entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (Lei nº 11.340/2006). A violência doméstica contra a mulher subdivide-se em: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral. O Parágrafo Único da Lei Maria da Penha dá visibilidade à violência doméstica e familiar contra as mulheres lésbicas, ao afirmar que “as relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual” (BRASIL 2011a, p. 22; PARADA, 2009, p.26).

Violência Sexual – É a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyerismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer (TAQUETTE, 2007 *apud* BRASIL 2011a, p.22).

Violência Física – “Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher “ (BRASIL, 2011a, p. 22; PARADA, 2009, p.26).

Violência Psicológica – Conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da 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 (BRASIL, 2011a, p. 22; PARADA, 2009, p.26).

Violência Patrimonial – 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 (BRASIL, 2011a, p22; PARADA, 2009, p.27).

Violência Moral – Entendida como “qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria” (BRASIL, 2011a, p23; PARADA, 2009, p.27).

Violência Institucional – É aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos³. Mulheres em situação de violência são, por vezes, ‘revitimizadas’ nos serviços quando: são julgadas; não têm sua autonomia respeitada; são forçadas a contar a

história de violência inúmeras vezes; são discriminadas em função de questões de raça/etnia, de classe e geracionais. Outra forma de violência institucional que merece destaque é a violência sofrida pelas mulheres em situação de prisão, que são privadas de seus direitos humanos, em especial de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL 2011a, p. 23).

Tráfico de Mulheres – O conceito de Tráfico de Mulheres adotado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República do Brasil (SPM/PR) baseia-se em uma abordagem focada na perspectiva dos direitos humanos das mulheres e no Protocolo de Palermo, em que há três elementos centrais: 1. **movimento de pessoas**, seja dentro do território nacional ou entre fronteiras; 2. **uso de engano ou coerção**, incluindo o uso ou ameaça da força ou abuso de autoridade ou situação de vulnerabilidade; e, 3. **a finalidade de exploração** (exploração sexual; trabalho ou serviços forçados, incluindo o doméstico; escravatura ou práticas similares à escravatura; servidão; remoção de órgãos; casamento servil). Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-la, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas. Importante ressaltar que, para fins de identificação do tráfico de pessoas, o uso de engano ou coerção inclui o abuso da ‘situação de vulnerabilidade’, mencionada na definição do Protocolo de Palermo. Isso significa dizer que não importa que a pessoa explorada tenha consentido em se transportar de um local a outro, desde que esteja em seu local de origem em situação de vulnerabilidade que a faça aceitar qualquer proposta na busca de encontrar uma oportunidade de superá-la (BRASIL 2011a, p.23).

Exploração Sexual de Mulheres – Segundo o Código Penal Brasileiro em seu Capítulo V – do Lenocínio e do Tráfico de Pessoa para fim de Prostituição ou outra forma de Exploração Sexual no Artigo 227 diz que exploração sexual “é induzir alguém a satisfazer a lascívia de outrem” e no Artigo 228 fala que é “induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone”. A Secretaria de Políticas para as Mulheres compreende a exploração sexual de mulheres como uma das formas de violência contra a mulher que se configura como um meio pelo qual um indivíduo tira proveito da sexualidade de outra pessoa (neste caso, das mulheres) com base numa relação desigual de poder, podendo fazer uso da coerção física, psicológica e do engano. Exploração sexual para fins comerciais trata-se de uma prática que envolve troca de dinheiro com/ou favores entre um usuário um intermediário/aliciador/agente e outros que obtêm lucro com a compra e venda do uso do corpo das crianças e dos adolescentes, como se fosse uma mercadoria” (BRASIL 2011a, p23).

Exploração sexual comercial de mulheres, adolescentes/jovens – A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, também conhecida pela sigla ESCCA, é considerada como uma questão social e uma prática criminosa. Representa uma violação de direito humano fundamental, especialmente do direito ao desenvolvimento de uma sexualidade saudável, bem como uma ameaça à integridade física e psicossocial. Existem três formas primárias de exploração sexual comercial⁶ e que possuem uma relação entre si: a prostituição, a pornografia e o tráfico com fins sexuais, incluindo-se aí o turismo sexual (BRASIL 2011a, p. 24).

Assédio Sexual – A abordagem, não desejada pelo outro, com intenção sexual ou insistência inoportuna de alguém em posição privilegiada que usa dessa vantagem para obter favores sexuais de subalternos ou

dependentes. Para sua perfeita caracterização, o constrangimento deve ser causado por quem se prevaleça de sua condição de superior hierárquico ou ascendência, inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Assédio Sexual⁷ é crime (art. 216-A, do Código Penal, com redação dada pela Lei nº 10.224, de 15 de maio de 1991) (BRASIL 2011a, p.24).

Assédio Moral – É toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, escritos, comportamento, atitude, etc.) que, intencional e frequentemente, fira a dignidade e a integridade física ou psíquica de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho (BRASIL 2011a, p. 24).

Cárcere Privado – Segundo o Art. 148 do Código Penal Brasileiro, configura-se quando uma pessoa é impedida de andar com liberdade e é mantida presa contra a vontade. E se a vítima é a mãe, pai, filho, filha ou esposa do agressor, a pena é aumentada (BRASIL 2011a, p.24).

Além dos conceitos supracitados, consta em uma publicação da Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2008, por meio de página eletrônica, a divulgação de Campanha promovida pelo Secretário Geral Ban Ki-Moon intitulada: América Latina - UNA-SE pelo Fim da Violência contra as Mulheres e algumas derivações dos termos utilizados anteriormente tendo como exemplo: violência praticada por parceiro íntimo; violência sexual em conflitos, utilizado em práticas de guerra; violência relacionada ao HIV/AIDS (sexo forçado sem proteção); excisão/mutilação genital feminina; assassinato por dote; homicídios em defesa da honra; e a violência durante a gravidez (ONU, 2018).

A partir da elaboração dos conceitos, diretrizes, normas e ações estratégicas de gestão quanto ao fortalecimento das políticas públicas para enfrentamento à violência contra as mulheres, será apresentado a seguir um panorama da violência de gênero no Brasil.

4.2 Panorama da violência de gênero no Brasil.

Consta no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que a concepção de direitos e deveres do cidadão apresentada na Constituição Federal de 1998, propicia, em particular, uma situação favorável ao direito da mulher, respaldado no artigo 226, § 8º, que prevê o compromisso do Estado para assegurar a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (BRASIL, 2011c). Saffiotti, (2004) corrobora ao dizer que é necessário uma

especial releitura dos direitos humanos, de forma a contemplar as diferenças de gênero sem perder de vista a aspiração à igualdade social.

Na conjuntura atual, destacam-se vários problemas sociais, apresentando-se diversas formas de violência. A violência contra a mulher é um fenômeno universal e atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2007b).

Afirma-se, ainda, que muitos destes problemas sejam comuns, principalmente nas regiões economicamente desfavoráveis e que essa constatação diz respeito à etiologia dos problemas, incluindo-se nesse contexto o objeto de estudo, a violência contra a mulher, que muitas vezes está ligada às precárias condições de vida. Portanto, evitar as verdadeiras causas torna-se um grande desafio.

Em relação às possíveis fontes de dados e informações de estudos realizados para o dimensionamento da silenciosa e alarmante violência de gênero, cumpre destacar que: “as pesquisas sobre violência de gênero no Brasil iniciam-se expressivamente nos anos 90, apesar dessa violência ser estudada desde os anos setenta nos Estados Unidos e na Europa. Constatou-se que 75% dos estudos nacionais culpam as relações de gênero como causadoras dos maus tratos às mulheres. Para a OMS a violência decorre da ação sistêmica de vários fatores sociais (GOMES; KRUG *et al.*, 2003 *apud* CARVALHO-BARRETO, 2009, p.86 e 87).

Consta na Cartilha “DIREITOS DA MULHER”, produzida pela ONU, ANURC/ OPAS e demais parceiros, que a cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil, sendo que 70% das vítimas de assassinatos do sexo feminino foram mortas por seus maridos ou companheiros. Cabe aqui o entendimento de que os valores patriarcais atravessaram os tempos e ainda deixam suas marcas na constituição das famílias na sociedade moderna (ONU).

Apesar da violência de gênero ocorrer com grande frequência, esta é marcada pela invisibilidade, não sendo revelada facilmente. Várias são as questões sociais, afetivas e íntimas que acompanham essas situações de violência contra a mulher, mas, a invisibilidade tem sido caracterizada como um

dos maiores problemas de saúde pública, atingindo um quarto da população (JACOBUCCI e CABRAL, 2004 *apud* CARVALHO-BARRETO *et al*, 2009).

Ainda em relação a essa elevada frequência de violência de gênero, acentua-se a falta de fidedignidade dessas informações, e o fato de que a violência psicológica contra a mulher se tornou tão corriqueira que deixou de ser percebida como agressão (SAFFIOTI, 2004). Prosseguindo, Carvalho e Barreto (2009) dizem que algumas agressões psicológicas como insultos, isolamento, manipulações verbal e comportamental, chantagem, entre outros, são raramente percebidos como violência e maus tratos.

Dentre as diversas explicações para uma mulher não contar os episódios de violência destacam-se: sente-se envergonhada e humilhada; teme pela perda e segurança dos filhos; dependência financeira ou afetiva; acredita na mudança de comportamento do companheiro, dentre outras (BRASIL, 2005b).

Em se tratando desse agravo, vale ressaltar as seguintes informações quanto à violência sexual:

[...] a mulher que sofre violência sexual não precisa provar que foi vítima de estupro para que seja assistida em seu direito ao aborto legal. O profissional deve partir do princípio da presunção de veracidade de suas informações; diante de um caso de abortamento, o médico não deve fazer juízo de valor e nem julgar; também não é necessário que a mulher mostre o Boletim de Ocorrência para que ela se submeta ao aborto (BRASIL, 2011d. p.15).

Dados da Organização Mundial de Saúde, publicados em 2005, revelaram que uma em cada seis mulheres no mundo sofre violência doméstica. Ainda, segundo a pesquisa, até 60% dos casos envolvendo violência física foram cometidos por maridos ou companheiros (BRASIL, 2007c). No cenário do Bairro Bom Jesus, essa triste constatação de violência física se faz presente, sendo essa considerada a região com maior número de registros do município. Constata-se, também, uma relevante subnotificação de casos de violência contra a mulher, conforme informações do Departamento de Saúde Coletiva da Prefeitura Municipal.

Em um estudo sobre o impacto da violência contra as mulheres, promovido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, constataram-se vultosos gastos com a assistência à saúde, resultantes da violência, evidenciando-se ainda perda

de dias trabalhados (25%) e conseqüentemente renda, aumentando-se ainda o risco de adoecimento. Tal impacto ainda interfere causando prejuízos nas atividades escolares dos filhos. Resulta ainda em perda de um ano de vida saudável, nas mulheres na faixa de 15 a 44 anos (BRASIL, 2007b).

Como “fatores de risco” das ocorrências de violências diversas, evidenciando-se a violência contra a mulher, registram-se o alto comércio e consumo de drogas, as violências urbanas e rurais, vários conflitos intra e inter familiares, que por consequência, além do uso de drogas, detecta-se um exagerado consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007b).

Dados do Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (VIVA) de 2006 e 2007, apontam para 6.722 (74,4%), entre mulheres naqueles anos. Entre as mulheres, a maior proporção de ocorrência de violência foi observada entre as de 10 a 19 anos (27,7%), seguidas das de 20 a 29 anos (21%) e de 0 a 9 anos. Quanto à situação conjugal, 41% das vítimas afirmaram ser solteiras e 23,4% eram casadas ou viviam em união estável (BRASIL, 2009).

Pautada, ainda, nos dados do Sistema VIVA, encontramos a ocorrência da violência de repetição foi de 45,7% entre as mulheres. Os casos de violência contra a mulher são obrigatoriamente notificados pelos profissionais que atendem as mulheres. Por sua vez essas mulheres, vítimas de violência sexual, precisam buscar uma unidade de saúde para fazerem os exames necessários. Em relação aos tipos de violência contra as mulheres, 52,2% dos casos são de violência física, 38,8% são de violência sexual, e 58,1% violência moral. Diante desse alarmante quadro, o Ministério da Saúde financia e apoia capacitações relacionadas à prevenção da Violência contra a mulher em vários estados e municípios (BRASIL, 2009).

Consta na publicação intitulada “América Latina e Caribe, Ponto Final na Violência contra as Mulheres e Meninas”, que entre os anos de 1997 e 2007 morreram 41.532 mulheres vítimas de homicídio no Brasil, com o índice de 4,2 assassinatos por 100.000 habitantes, colocando o Brasil em 12º lugar no ranking mundial de assassinatos de mulheres (OMS, 2002).

4.3 Políticas e ações de enfrentamento à violência de gênero.

Para que o enfrentamento à violência seja exitoso, além do entendimento dos conceitos apresentados, é imprescindível uma ação conjunta dos diversos setores envolvidos nessa questão: justiça, educação, saúde, assistência social, segurança pública, entre outros. Busca-se através dessa ação intersetorial e multiprofissional a garantia de um atendimento integral, humanizado, qualificado e acolhedor; o cumprimento de normas e garantia dos direitos humanos das mulheres, punições aos agressores, bem atividades educativas e culturais, principalmente quanto a desconstrução da cultura do silêncio e da banalização desse problema pela sociedade (BRASIL, 2006b).

Os procedimentos de saúde não devem ser confundidos com procedimentos policiais ou judiciais; no caso de adolescentes que sofrem violência, os pais devem ser informados. Esses casos devem ser notificados ao Conselho Tutelar; diante de abortamento espontâneo ou provocado, o médico ou qualquer profissional não pode comunicar o fato à autoridade policial ou judicial; a vítima deve passar por atendimento psicológico; a notificação dos casos de violência é compulsória (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, todos os casos de violência contra a mulher devem ser obrigatoriamente notificados pelos profissionais que atendem as mulheres. Por sua vez essas mulheres, vítimas de violência sexual, precisam buscar uma unidade de saúde para fazerem os exames necessários. Em relação aos tipos de violência contra as mulheres, 52,2% dos casos são de violência física, 38,8% são de violência sexual, e 58,1% violência moral. Diante desse alarmante quadro, o Ministério da Saúde financia e apoia capacitações relacionadas à prevenção da Violência contra a mulher em vários estados e municípios (BRASIL, 2009).

Com a intenção de elaboração de um Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, foi criada em 1º de janeiro de 2003 a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, com *status* de Ministério. Tal iniciativa demarca um momento importante da história nacional quanto à promoção da igualdade entre homens e mulheres. O Plano, implementado no Governo Lula, teve como objetivo principal combater todas as formas de discriminação contra a mulher. Tornou-se evidente a intenção de

afirmar as diferenças de gênero existentes, almejando-se promover a igualdade (BRASIL, 2005a).

Dentre os pontos fundamentais do Plano Nacional destacam-se: igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos, participação e controle social (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e sua respectiva Área Técnica de Saúde da Mulher, desenvolveram ações com o objetivo de aumentar o número de serviços de atenção à violência em Estados e Municípios, apoiando-se na organização de redes integradas. Tal demanda, pleiteada por estados e municípios, reforça a necessidade de construção de estratégias de organização da gestão de redes e serviços, no sentido de ofertar ações eficientes de acordo com as necessidades apresentadas (BRASIL, 2011a).

Com o intuito de se organizar estratégias para o enfrentamento da violência contra mulheres, foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres em situação de violência, cujo objetivo é a articulação das ações organizadas entre as três esferas de Governo, Organizações da Sociedade Civil, Entidades de Classes, Instituições de Ensino Superior e Comunidades para o desenvolvimento de estratégias integradas no enfrentamento da violência contra mulheres. Nesse contexto definem-se redes como: "Redes são conjuntos articulados dentro da sociedade. Servem como portas de entrada, acompanhamento psicossocial e auxiliam na reinserção vítimas de violência no cotidiano. Trabalham na prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação de vulnerabilidade, que estão sofrendo ou que já passaram por situações de violência" (BRASIL, 2013, n.p).

As redes estadual e municipal desenvolverão, dentro de sua respectiva esfera, as ações integradas previamente definidas e acordadas:

A Rede Estadual de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é um redesenho da rede nacional. É composta de forma a garantir ações estratégicas no âmbito do Estado. A Rede Estadual tem como fundamento a organização das referências e contra-referências no atendimento, acompanhamento, notificação, defesa de direitos e responsabilização de agressores. A Rede Municipal de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência é a organização das estratégias locais (rede de serviços e sociedade civil disponíveis) e que desenvolvem de forma intra e intersetorial as ações de acolhimento, atendimento, notificação, defesa de direitos, responsabilização de agressores e atenção psicossocial para o enfrentamento da violência contra mulheres (BRASIL, 2013, n.p).

Consta nas diretrizes gerais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada no período de 15 a 17 de julho de 2004, que, uma vez identificada a necessidade da criação e ou fortalecimentos de mecanismos institucionais para que todas as mulheres estejam representadas, sejam elas índias, negras, lésbicas, mulheres jovens, idosas, com deficiência, profissionais do sexo, ciganas, rurais, urbanas, etc., garantir-se-á acesso e representação em todos os espaços democráticos, pois, a participação das mulheres nos espaços de poder tornaram-se através de suas lutas e conquistas, instrumentos essenciais para o fortalecimento do Estado e da sociedade (BRASIL, 2004).

Dessa forma, permitir-se-á uma maior autonomia e igualdade no mundo do trabalho e da cidadania; dando acesso a uma educação inclusiva e não sexista; evidenciando-se a saúde das mulheres, os seus direitos sexuais e reprodutivos; fortalecendo-se a luta e o enfrentamento da violência contra a mulher; de forma que conceitos e práticas atendam às necessidades específicas das mulheres, garantindo-se que estes sejam incorporados nas políticas governamentais de todas as áreas e nas diversas instâncias e fóruns governamentais e não governamentais (BRASIL, 2005b).

De acordo com Pougy (2010), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Lei Maria da Penha publicada em 2006, se apresenta como importante marco na efetivação da política para as mulheres. Transcorridos três anos de sua criação, pretende-se inventariar alguns dos seus impactos no cotidiano dos entes constituintes do Pacto Nacional, em especial dos Centros de Referência, envolvidos com ações de prevenção, proteção, assistência e garantia de direitos, no quadro atual de adensamento da mediação judicial da violência doméstica, por meio da instalação dos Juizados da Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres. Reforça-se que os desafios políticos perpassam, após o cenário da existência dessa Lei, da análise das tendências presentes quais sejam, a "judicialização", a "psicologização", e a "assistencialização" das mulheres, dos homens e das famílias.

Por ser um problema de grande magnitude, a violência contra as mulheres no Brasil apresenta-se como um drama complexo, muito mais frequente que se imagina. Mediante a necessidade da afirmação do direito da mulher a uma vida

livre de violência, foi firmado o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (PARADA, 2009).

Dentre as propostas do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, através da canalização de recursos financeiros, podem ser elencados a construção e serviços para a Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência; capacitar Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros Especializados de Assistência Social (CREAS); ampliação de investimentos na Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180); capacitação de profissionais de diversas áreas; inclusão das mulheres nos projetos de geração de renda; trabalhar espaços alternativos como os Pontos de Cultura para promoção da Cultura de Paz; dentre outros. (BRASIL, 2007b).

Esse Pacto Nacional está dividido em quatro áreas de atuação: Consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e Implantação da Lei Maria da Penha; combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento à feminização da Aids e outras DST's; além da promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão. (PARADA, 2009).

Em uma menção da Excelentíssima Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Políticas para Mulheres, Iriny Lopes, em 2011, relativa à campanha “Homens unidos pelo fim da violência, ocorrida no ano de 2008, tem-se que:

[..] o exemplo de pessoas públicas, como governantes, jogadores de futebol, artistas, ou de tantos homens anônimos que subscreveram o documento pelo fim da violência, é simbólico. Significa que a luta das mulheres atingiu um patamar de convencimento, de que os homens têm sua parcela de responsabilidade, são cúmplices nessa construção de igualdade de gênero e de uma cultura de direitos, incluindo o direito a uma vida sem violência (BRASIL, 2011b. p.1).

As primeiras assinaturas enviadas ao “site” foram a do Presidente da República à época, Luiz Inácio Lula da Silva, do Presidente do STF, Ministro Gilmar Mendes, do Presidente do Congresso Nacional, Senador Garibaldi Alves, do Governador de Pernambuco, Eduardo Campos, do Presidente da OAB, Cezar Brito, do Presidente da Petrobrás, José Sérgio Gabrielli e do grande desportista Raí. (BRASIL, 2011b).

Essa Campanha teve a participação de vários setores entre as quais: emissoras de TVs, instituições, empresas, corporações, governadores,

prefeituras, assembleias legislativas, organismos governamentais de políticas para mulheres, senado, câmara, universidades, associações, sindicatos, etc., quando os homens se comprometeram publicamente a contribuir pela implementação integral da Lei Maria da Penha e efetivação de políticas públicas que visam o fim da violência contra as mulheres (BRASIL, 2011b).

Embora ocorra uma grande cobertura pela mídia, a mesma está focada em casos individuais, em detrimento de discussão mais ampla sobre o fenômeno, ganhando-se destaque os casos de agressão, mas ficando esquecidos, por exemplo, debates sobre a Lei Maria da Penha, quando conflitos e contradições dessa citada Lei, não são foco de atenção por parte da imprensa. Evidencia-se que esse tema representa quase a metade do noticiário local/policial, sendo que aproximadamente 20% das notícias de violência contra a mulher são destacadas em chamadas de capa (ANDI, 2011).

Mesmo com iniciativas integradas de políticas públicas envolvendo governantes e a sociedade civil organizada, muito ainda há para se fazer com o intuito de minimizar ocorrências e agravos relacionados à violência contra a mulher. Exemplo disso é a afirmação de Presser *et al.*, (2008) *apud* Pougy (2010, p.132):

Mesmo com a criação do Centro de Referência para Mulheres, em São Leopoldo-RS, considera-se ainda alta a frequência da violência de gênero e a baixa resolubilidade desse agravo nessa localidade. Existe uma rota longa, dolorosa, e nem sempre eficiente, a ser percorrida, sendo que muitas das mulheres não recebem o acolhimento nos serviços.

Embora haja um múltiplo esforço com o intuito de se melhorar a resposta dos serviços de saúde nos casos de violência contra a mulher, e, mesmo estando em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação sobre esse problema, muitos profissionais se sentem incapacitados para atuar com efetividade nessa questão.

Vieira *et al.* (2009, p.1) , demonstraram que “...pouco mais da metade (58,7%) detém conhecimento adequado (bom e alto) sobre violência de gênero...”, o que indica a necessidade de capacitar os respectivos profissionais para esse atendimento. Apesar disso, a maioria dos entrevistados demonstrou potencial para o manejo das atividades propostas com qualidade para o acolhimento.

Segundo Lettiere, Nakano, Rodrigues (2008, p.1), o setor saúde ainda não apresenta resposta satisfatória à demanda existente quanto à violência de gênero. Esse autor cita ainda:

[...] na prática profissional há uma abordagem reducionista e biologicista com fragmentação da atenção à saúde da mulher, justificado pela falta de formação profissional, suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar.

Portanto, para se consolidar um processo de trabalho, com a conscientização de que os atores envolvidos devam interagir para a concretização de um processo dialógico e democrático, torna-se necessária a ampliação de ofertas de informações e serviços à população, esclarecendo-se quais são os determinantes sociais, da saúde e da doença, suas causas e consequências, salientando-se o que é certo ou errado, não apenas na ótica dos profissionais da equipe (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009).

Aprender a ensinar, aprender a aprender e ensinar a aprender, escutar e acolher de forma humanizada, qualificada e participativa, tornar-se-ão importantes ferramentas para os profissionais envolvidos. Paulo Freire, citado por Vasconcelos, Grillo, Soares (2009, p.27), sugere o exercício de práticas pedagógicas que valorizem e respeitem a cultura, a individualidade e os conhecimentos empíricos dos educandos.

Logo o profissional de saúde deve deixar de lado o caráter autoritário em suas orientações, e reconhecer o direito do indivíduo de conduzir seu próprio destino no que se refere à sua saúde. Desta forma, as práticas democráticas na assistência à saúde, a efetiva participação do usuário, uma educação baseada na “problematização”, com a busca conjunta de soluções dos respectivos problemas identificados, juntamente com a transformação das práticas de saúde, serão características imprescindíveis na Educação Permanente em Saúde proposta (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009).

No entanto, as Equipes de Saúde parecem ainda estar centradas na “tradicional” metodologia da transmissão. Sugere-se então que o profissional detém o conhecimento, enquanto o usuário deve agir, apenas, como receptáculo e seguidor das informações. Relata-se a caracterização e identificação dos papéis

informais, destacados por Pichon-Rivière, durante a observação de grupos em estudo (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009).

Fortalecer a confiança por parte das usuárias, utilizando-se das ferramentas disponíveis para a realização de abordagens, aconselhamentos, diálogos, para fidedignas notificações certamente proporcionará uma alternativa para auxiliar as mulheres e suas respectivas famílias, quanto ao enfrentamento da, muitas vezes, silenciosa violência contra a mulher, que com certeza vem ocorrendo no interior dos lares desta comunidade (BRASIL, 2012b).

No que diz respeito às ações de enfrentamento à violência contra a mulher, a educação permanente é uma das ações prioritárias, por se tratar de uma ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, como proposta de mudança do modelo assistencial, onde se privilegia ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças. Tal transformação torna-se efetiva quando as ações propostas têm como eixo norteador as necessidades e as demandas apresentadas pelos usuários assistidos, bem como a participação efetiva dos mesmos (BRASIL, 2012b).

Destaca-se a importância da notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência pelos profissionais de saúde que integram a rede de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência. A notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências. Ela é um dos mecanismos definidos pelas políticas públicas específicas e está garantida na legislação brasileira, sendo um instrumento de garantia de direitos e de proteção social. A notificação deve ser um dos passos da atenção integral a ser destinada às mulheres e aos adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2012b, p.17).

Adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, e utilizado no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), nestes últimos dez anos, o conceito de “enfrentamento” relaciona-se diretamente à necessidade de uma ação conjunta de todos os setores da sociedade, desconstruindo as desigualdades e combatendo as discriminações (BRASIL, 2013). Este enfrentamento permanente continua sendo um marco no processo de consolidação dessa política pública.

A transversalidade é compreendida como o princípio orientador de todas as políticas públicas, incluindo-se as relacionadas a violência de gênero, facilitando a

consolidação da mobilização para o combate às violências diversas, de forma ampla e participativa. O PNPM apresenta ainda como princípios norteadores as características elencadas a seguir:

[...] a autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; a busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; o respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; o caráter laico do estado; a universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo estado; a participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas (BRASIL, 2013, p.9)

A articulação dos movimentos sociais e conselhos de direitos, juntamente com a direção da Secretaria de Políticas para as Mulheres, tendo como base a transversalidade entre os ministérios e os demais níveis de governo, certamente resultará no alcance dos objetivos, diretrizes e metas propostas no Plano Nacional, principalmente pelo irrestrito apoio do governo da primeira mulher Presidenta do Brasil, Senhora Dilma Rousseff, que reafirma a prioridade na equidade de gênero em seu governo; e pela consolidação dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2013).

Segundo essa mesma referência, a complexidade das pactuações e compromissos assumidos para a efetivação das políticas públicas para as mulheres exige uma grande sistematização das ações estratégicas propostas, delimitando-se com clareza as diretrizes e os objetivos gerais e específicos, as linhas de ação, e o plano de ação contendo as metas a serem alcançadas, sejam quantificáveis ou não, de forma que cada órgão governamental execute o que lhe for determinado.

O detalhamento e as peculiaridades das ações propostas, devido à natureza dessa política transversal, estão contidos no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015, tendo as seguintes questões e temas:

Igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica, com ênfase nas políticas de erradicação da pobreza e na garantia da participação das mulheres no desenvolvimento do país; ações para construção de educação para igualdade e cidadania, contribuindo para promover o acesso, a permanência e o sucesso de meninas, jovens e mulheres à educação de qualidade, com ênfase em grupos com baixa escolaridade; a saúde integral das mulheres, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, visando promover a melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital; fomento e fortalecimento da participação igualitária, plural e multirracial das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável

com igualdade econômica e social, para democratizar o acesso aos bens da natureza e aos equipamentos sociais e serviços públicos; promoção do fortalecimento econômico e o direito à vida de qualidade das mulheres no meio rural, respeitando as especificidades das mulheres do campo e da floresta e comunidades tradicionais, com garantia do acesso à terra, bens, equipamentos e serviços públicos; ações nas áreas de cultura, esporte, comunicação e mídia, para a construção de uma cultura igualitária, democrática e não reprodutora de estereótipos de gênero; questões relacionadas ao racismo, sexismo e lesbofobia, para combater o preconceito e a discriminação baseadas na orientação sexual e identidade de gênero; promoção da igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres com deficiência, para a garantia do protagonismo dessas mulheres nas políticas públicas, bem como em seu acesso a equipamentos e serviços públicos (BRASIL, 2013, p.11).

As ações relacionadas a todas as formas de violência contra as mulheres serão evidenciadas e detalhadas posteriormente. Citam-se ainda preocupações com a gestão e o monitoramento, e a integração das ações e suas articulações, dialogando com os diferentes órgãos dos governos federal, distrital, estaduais e municipais, requerendo a participação e o controle social, na construção de um país mais desenvolvido, justo e igualitário.

Segundo Oliveira *et al.* (2009), espera-se que a violência contra as mulheres, e não somente suas repercussões, seja considerada no trabalho em saúde, debatendo-se a possibilidade de assistência integral na atenção primária à saúde das usuárias em situação de violência. Constata-se que as mulheres que sofrem violência apresentam mais sofrimentos e demandas aos serviços de saúde.

Ainda, conforme estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, em 19 serviços de saúde de Atenção Primária, registrou-se 45,3% de violência praticada por parceiro íntimo, e 25,7% por não parceiro, embora apenas 3,8% dos episódios foram anotados em prontuários, o que revela um baixo reconhecimento da violência nesse processo de trabalho. Considera também a Atenção Primária como uma potencialidade para o desenvolvimento de uma assistência integral, pois, ao se promover o acolhimento de usuárias acometidas pela violência, e, apesar de toda sua complexidade, esse serviço enfatiza ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, com sua equipe multiprofissional. Para que essa ação seja efetiva propõe-se a sensibilização e capacitação dos profissionais para a compreensão dos conceitos e da dimensão da violência, bem como o

entendimento dos direitos humanos das mulheres e as relações de gênero (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Esses autores relatam que nos serviços de saúde estudados foi adotado um modelo de atendimento aos Conflitos Familiares Díficeis (CONFAD), evitando-se usar, nessas ocasiões, o termo violência em situações domésticas relacionadas à demanda espontânea. Definiu-se a necessidade do compromisso e envolvimento de todos os profissionais da Instituição, com o apoio da gerência, quanto à identificação de intercorrências relacionadas à possíveis episódios de violência, pois, normalmente, usuárias escondem, não gostam de falar e ou ficam constrangidas com a abordagem do assunto.

É necessário que os profissionais trabalhem em equipe, e que a complementação dessa estratégia de acolhimento, e os devidos encaminhamentos, encontrem uma rede existente e integrada para o desenvolvimento de ações intersetoriais, que fortaleçam os vínculos e a confiança, o sigilo e a privacidade, e que amenizem os sofrimentos das mulheres em situação de violência:

Recupera-se a proposta de atenção dirigida à violência sexual no Brasil e debate-se uma possibilidade de atuação na atenção primária tal como implantada no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. As ações propostas e integradas ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) da Unidade constituem uma atividade de atendimentos a conflitos familiares difíceis (CONFAD), conceituada como uma técnica específica de detecção, escuta e orientação qualificadas, que caracterizam uma “técnica de conversa” como agir profissional. Por fim, discutem-se aspectos relativos à conexão do setor saúde com a rede intersetorial de atenção e suas principais dificuldades (D’OLIVEIRA *et al.*, 2009, p.1037).

Em um estudo realizado por Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009), foram realizadas comparações em duas unidades da Atenção Primária à Saúde, no Rio de Janeiro, relativas às práticas e limites dos profissionais e as respectivas ações para o enfrentamento da violência contra as mulheres; a estruturação dos serviços ofertados; e a percepção dos profissionais acerca desses episódios. Uma destas instituições de saúde estudadas é referência para este tipo de violência.

Embora a violência de gênero seja compreendida como uma violação aos direitos humanos, nem sempre os serviços de saúde e os respectivos

profissionais estão capacitados e qualificados para identificar tal condição, e esta acaba sendo diluída em outros agravos. Dessa maneira são cuidados apenas os sintomas dessa violência. Registra-se ainda a ausência de instrumentos facilitadores da identificação das causas que levaram ao problema, pois, devido à “invisibilidade” da violência, associada à falta de treinamento dos profissionais, dificulta-se o apoio e devido encaminhamento das vítimas (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009).

No entanto, Cavalcanti, (2002), e Tuesta (1997), citados por Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009), afirmam que a maior dificuldade encontrada pelos profissionais, quanto às ações de enfrentamento à violência consistem em não saber como encaminhar a questão e como apoiar usuárias na superação do problema, e, não necessariamente em identificar o problema, uma vez que suspeitam frequentemente destes episódios durante o acolhimento.

Constatou-se, ainda, a inexistência e ou ineficácia da rede de atendimento intersetorial. Que o treinamento dos profissionais da unidade referência facilitou a compreensão da necessidade de incorporação das práticas de saúde, nos casos de violência, com um atendimento continuado na própria unidade (BORSOI, BRANDÃO, CAVALCANTI, 2009).

Diante de todas essas questões apresentadas, considerar-se-á como conquistas históricas, no sentido de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, não somente a Lei Maria da Penha, como também julgamento realizado pelo Supremo Tribunal Federal, e ajuizado pela Procuradoria-Geral da República: “que defende ser a violência contra as mulheres não uma questão privada, mas sim merecedora de ação penal pública” (BRASIL, 2013, p.42). O Plano, a Política e o Pacto Nacional configuram-se como marcos cruciais para a concretização do enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres.

Muitas ações do Plano Nacional estão em plena execução. Dados do Conselho Nacional de Justiça revelam que foram realizados inúmeros procedimentos, audiências, prisões em flagrante, prisões preventivas, medidas protetivas de urgência, além de milhões de ligações através do Ligue 180 - da Central de Atendimento à Mulher. Todas essas ações ocorreram graças “(...) à ampliação e fortalecimento da rede de serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência; à promoção da implementação da Lei nº

11.340, de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha; ao fortalecimento da segurança cidadã e acesso à justiça às mulheres em situação de violência; ao enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; e à promoção da autonomia das mulheres em situação de violência e a ampliação de seus direitos” (BRASIL, 2013a). Destacam-se ainda a criação e fortalecimento de delegacias e centros especializados; criação de serviços de abrigo, postos de atendimento, IML's, Defensorias, Juizados e Promotorias Públicas Especializadas, unidades móveis de atendimento, Sistema Nacional de Dados sobre a Violência contra as Mulheres, entre outros. Acrescentam-se campanhas, mobilizações e ações educativas, atividades relacionadas às mulheres egressas do sistema prisional, incentivo ao acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, assistência jurídica, incentivo à participação popular e ao controle social, evidenciando-se a promoção da formação continuada dos(as) profissionais da Rede Especializada de Atendimento às Mulheres em Situação de violência por meio da criação de uma matriz pedagógica unificada (BRASIL, 2013a).

Diante desses objetivos, metas, linhas e planos de ação apresentados, e, considerando a relevância do fortalecimento de integração e parcerias junto aos serviços na Atenção Primária à Saúde e no Programa Saúde da Família. Andrade e Fonseca (2008) destacam importantes considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família, refletindo como se dariam essas contribuições para o enfrentamento à violência contra as mulheres nesse nível de atenção à saúde.

Primeiramente, evidenciam a promoção de saúde e a integralidade da assistência como eixos norteadores dessa discussão. Sugerem a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, destacando a importância dos serviços na atenção básica com a assistência pré-natal. Posteriormente, recomendam que as abordagens e o desenvolvimento dos programas voltados para as mulheres devam ser estabelecidos através de diálogos e relações mais simétricas entre profissionais e usuárias, possibilitando-se um acolhimento mais humanizado, com uma “escuta atenta”. Apresentam a violência contra as mulheres como “um problema complexo e invisível, no entanto, presente e recorrente nos serviços de saúde com difícil abordagem”, e da dificuldade da

mulher em falar da sua própria vivência de violência. (ANDRADE e FONSECA, 2008).

Segundo D'Oliveira *et al.* (2009), os agentes comunitários de saúde devem ser preservados quanto às atribuições relacionadas à detecção, orientação e assistência, devido a sua proximidade com a comunidade, colocando os mesmos em posição de maior risco de quebra de sigilo e vulnerabilidade à própria violência. Essas autoras destacam a potencialidade da atenção primária no atendimento à violência praticada por parceiro íntimo.

Andrade e Fonseca (2008) reforçam ainda a necessidade de capacitação dos profissionais da atenção primária, devido ao despreparo e insuficiente qualificação dos mesmos. Cita a importância do estabelecimento de parcerias com outros serviços, facilitando a abordagem desse tema, bem como a necessidade de reorganização das práticas assistenciais, a ser realizada de forma multiprofissional.

Com o estabelecimento da confiança mútua, do sigilo profissional, e do fortalecimento do vínculo comunitário, acredita-se que as próprias mulheres possam, com o apoio desses profissionais treinados e sensibilizados, construir alternativas para o enfrentamento das formas de violência, sejam em seus lares, ou nas comunidades em que vivem.

É nesse contexto, fortalecendo-se a necessidade de uma ação intersetorial, que o Projeto Casa das Mulheres do município de Viçosa propõe a consolidação de trabalhos conjuntos, por meio de uma REDE de atendimento integral, envolvendo pessoas, profissionais, grupos e ou Instituições, para se efetivar um acolhimento humanizado, ao mesmo tempo resolutivo, e que permita de fato uma proteção às mulheres vítimas dessa situação.

De forma clara e elucidativa, esse Projeto utilizar-se-á de Instrumentos bem elaborados para a coleta de dados e posteriores encaminhamentos. Segundo as diretrizes do Projeto, o acolhimento proposto será distribuído em uma REDE estratificada da seguinte forma: rede social primária, secundária e secundária intermediária. Especial atenção será dada à rede secundária intermediária, em que o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher atua como articulador dos diversos órgãos e instituições que a compõem.

Por reconhecer que a rede social primária, constituída por todas as relações significativas que uma pessoa estabelece em seu cotidiano durante a vida, composta por familiares, vizinhos, pessoas amigas, conhecidas, colegas de trabalho, organizações das quais participa: políticas, religiosas, socioculturais, etc., torna-se imprescindível a participação de todos para o enfrentamento à violência de gênero. A socialização iniciando desde a infância e, é já nesse momento a construção de rede de relacionamentos que a criança, a adolescente, a jovem, vai compreendendo o que se torna importante para o desenvolvimento de sua identidade individual e coletiva.

Das redes sociais secundárias, formadas por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas, organizações sociais, organizações não governamentais, grupos organizados de mulheres, associações comunitárias, em âmbito municipal, estadual e federal, espera-se a garantia de oferta de atenção humanizada, individual e comunitária, especializada, e com aporte de orientação e informação.

Considerando as redes sociais intermediárias, constituídas por pessoas que receberam capacitação especializada, ora denominadas promotoras, que podem vir do setor saúde, da educação, igreja, ou da própria comunidade, pretende-se que sejam garantidas a execução de suas funções sociais, priorizando-se, dentre outras, a prevenção da violência de gênero e o apoio na defesa de interesses comuns.

Como metas a curtos e médios prazos, propõe-se o aperfeiçoamento do atendimento dessa Rede, que na atualidade se encontra fragmentada e incipiente em suas ações. Portanto, as políticas públicas enfrentam esse desafio: construir a intersetorialidade, nas quais não exista hierarquia entre setores e jurisdições, mas sim, a concentração de forças na universalização do acesso aos direitos humanos, como forma de contribuir na ampliação dos espaços de direito a ter direitos. Essa Rede, bem construída e organizada, que conta ainda com um contingente de profissionais previamente capacitados e qualificados para atenção as mulheres em risco, muito contribuirá no desenvolvimento das ações propostas. Vale ressaltar que raramente esse tema fez e faz parte dos currículos acadêmicos, com aquisição de conhecimentos desse instigante tema. Assim, nos

âmbitos da saúde, jurídico, social, psicológico e policial, a Rede se tornará fortalecida para o enfrentamento às violências diversas.

Buscar-se-á a qualificação dos Serviços de atenção às mulheres no município, com novas perspectivas às políticas públicas propostas. Nesse sentido, a unificação de protocolos de informação constará da busca ativa e permanente de dados, com identificação da entrevista; informações sobre a mulher; informações sobre seu companheiro; informações sobre filhos e filhas; aspectos toxicológicos; mediante uma eficiente anamnese com dados da dinâmica familiar, queixa principal, existência de casos anteriores sobre violência, expectativas e encaminhamentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez identificados os planos, as políticas e os pactos interfederativos firmados para o desenvolvimento de ações conjuntas para o enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres, foi compreendida a potencialidade dos serviços oferecidos na Atenção Primária, principalmente pelo Programa Saúde da Família, com a sua equipe multiprofissional.

Sabe-se que a situação socioeconômica que leva a vulnerabilidade social contribui para as interfaces da violência no território deste estudo. Porém, observa-se que famílias nestas mesmas condições também conseguem manter um ambiente familiar saudável sem violência. Diante desse paradoxo, apresenta-se a percepção da Organização Mundial de Saúde (2000) ao afirmar que a violência contra a mulher é uma questão de saúde, pois, é nesse ambiente que as vítimas recorrem aos agravos resultantes desse cotidiano perverso.

Acredito, diante desse fenômeno complexo, que as novas tecnologias e abordagem aos indivíduos, famílias e comunidades, muito contribuirão para o desenvolvimento da cultura de paz e não violência, desde que se exijam o cumprimento e, não somente a existência de leis protetivas. Exige-se que essas mesmas leis possam garantir um futuro de paz para mulheres, trabalhadoras, mães de famílias, autoridades entre outras, e nos tornemos definitivamente protagonistas de nossas vivências e relações interpessoais.

Espera-se, portanto, que ocorra uma grande sensibilização, capacitação e qualificação das equipes diante da complexidade que envolve essa temática, com o compromisso de todos para a realização de um acolhimento humanizado e protetor. É nesse ambiente acolhedor que, durante o processo de trabalho, podem ser fortalecidos os vínculos com as usuárias e as comunidades, através do estabelecimento de laços de confiança, sigilo e ética profissional.

As discussões e reflexões acerca da magnitude deste problema tornam-se então, imprescindíveis no ambiente de trabalho, uma vez que, tanto o apoio às usuárias, quanto os encaminhamentos necessários, ocorram de forma a dar resolutividade ao sofrimento que acomete várias vítimas de violência doméstica. Nesse sentido, a implementação e ou eficiência da rede de atenção às mulheres

deve envolver os setores da justiça, saúde, educação, assistência social, entre outros, de forma eficiente e complementar.

Que a equipe de saúde do PSF Bom Jesus possa contribuir nesse enfrentamento, aprimorando a identificação dos possíveis casos, realizando as notificações devidas, cuidando e zelando pela população assistida.

REFERÊNCIAS

ANDI – COMUNICAÇÃO E DIREITOS; INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Violência contra a mulher**. Brasília, DF, 2011. 10p.

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. G. M. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 42(3): 591-5. 2008.

BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades da atenção primária no município do Rio de Janeiro. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. v.13, n.28, p. 165-174. jan./mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed – Brasília: Editora Ministério da Saúde. 2011d. 48p. – (Série F. Comunicação e Educação) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Caderno n. 7).

BRASIL. Presidência Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006d.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Memória 2003 - 2006**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006a. 120 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Homens Unidos pelo Fim da Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011b. 168 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha** – Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 – Conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar.. Brasília. 2012a. 37 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 164 p. (Série Documentos) 1.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília. 2006b. 24 p.

BRASIL. **Lei n. 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34238. acesso em 20 de fevereiro de 2013.

BRASIL. 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. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2005c. 68 p.

BRASIL. 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. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2007a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2012b. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço /** Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz. V. III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b. 60 p: II.(Painel de Indicadores do SUS, 5).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2013a. 114p.

BRASIL. 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, 2005a. 26 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005b. 64 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentamento à Violência Contra a Mulher**. Brasília: 2007c. 61p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008a. 205 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília. 2011a. 46p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: 2011c. 68p.

BRASIL.. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher**. Brasília: 2007b. 17 p.

CARVALHO-BARRETO, André de *et al* . Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. **Psicologia e Reflexões Críticas**. Porto Alegre, v. 22, n. 1. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100012>>. Acesso em 05 mar. 2012.

CORDEIRO, Alexander Magno *et al*. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 428 - 431, nov./dez., 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>>. Acesso em: 12 junho 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al*. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. 14(4): p.1037-1050.

DIREITOS DA MULHER: **Cartilha Prevenção à violência e ao HIV/AIDS – ALTO COMISSÁRIO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS**. Brasília, DF. 32 p.

FEDERAÇÃO DOS EMPREGADOS DE AGENTES AUTÔNOMOS DO COMÉRCIO DE SÃO PAULO – Secretaria de Assuntos da Mulher Criança e Adolescente. **Lei Maria da Penha nº 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. 2007. 34 p.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v. 42, n. 3, Sept. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. América Latina pelo fim da violência contra as mulheres (2008). Disponível em <http://www.onu.org.br/unase/sobre/>. Acessado em 15 de março de 2013.

PARADA, M. **Cartilha sobre a violência contra a mulher**. ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL- Seção de São Paulo. São Paulo. 2009. 49 p.

PORTO, Madge. **Violência contra a mulher e atendimento psicológico**: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. Revista Psicologia: ciência e profissão, Brasília, vol. 26, n. 3, PP. 426-439, set. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v26n3/v26n3a07.pdf>>.

POUGY, Lilia Guimarães. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/>

PRESSER, A. D.; MENEGUEL, S. N.; HENNINGTON, E. A. **Mulheres enfrentando as violências**: a voz dos operadores sociais. Saude e Sociologia. São Paulo, v. 17, n.3, 2008.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo, SP: Fundação Perseu Abramo. 2004. scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 mar. 2012.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte. Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009.70p.

VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al.* **Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero**. Revista. Brasileira de epidemiologia, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009