

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NADIR DOS SANTOS PAZINI

SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

MATINHOS

2017

NADIR DOS SANTOS PAZINI

SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como pré requisito para obtenção de título de
Graduação do curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral

Professora Orientadora: Silvana Escorsim

MATINHOS

2017

Ao meu irmão Rafael (in memoriam), que se faz presente em todos os dias da minha vida, sei que de seu lugar olha por mim, me dá forças nas minhas derrotas e rejubila comigo em minhas vitórias ...

Exemplo de vida que com muita fé, dedicação, e esforço venceu uma série de dificuldades, não são poucos os admiradores que você deixou, dentro os quais, sou um dos mais ardorosos.

AGRADECIMENTOS

Grata a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou, por não me deixar desistir, pela força e esperança que se renova a cada dia. Agradeço primeiramente a quem me proporcionou a vida, e principalmente em ter me possibilitado que eu superasse inúmeros obstáculos, tenho certeza que ele esteve em meu lado em TODOS os momentos de dificuldade, solidão, tristeza, enxugando minhas lágrimas durante as madrugadas, e me dando forças para eu continuar seguindo em frente.

E hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas que foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso conseguiria sozinha; minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Agradeço aos meus pais, João e Márcia, meus guerreiros, meus maiores exemplos; Mãe pela garra, pelo apoio e por ser essa pessoa que mesmo em meio as tempestades e perdas não nos desamparou, e continuou assim, essa mulher de fibra, tenho certeza que onde quer que esteja lá do céu nosso eterno 'Rafa' está muito orgulhoso desse seu exemplo de Força e Fé. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto

Aos meus irmãos (as), Rafael Pazini (in memorian), amor incondicional e eterno, que onde quer que esteja, nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim, que falta você me faz, obrigada por se fazer presente em minha vida, por ser meu guia, meu apoio, minha força e meu exemplo para superar todos os obstáculos que tive, sei que esteve caminhando comigo lado a lado, para que eu pudesse concretizar este sonho, e te dar esse orgulho, a vitória é nossa, te amarei para sempre meu irmão. E a vocês Marjô, Rodrigo, Leonardo, João, Leandro, e também meus sobrinhos (as) Geovana, Rafaela, Gabriele e João Neto, por todo amor e carinho. Aos meus tios, tias, avó, primos e primas que sempre estiveram presentes, ainda que à distância. Ao meu namorado, Igor

Monegaglia, por todo amor, carinho, paciência e compreensão que tem me dedicado. Obrigada!

Agradeço a Daiana Stelmacki, Assistente Social, o meu muito obrigada pelo exemplo de profissional competente que você foi para mim, aprendi muito sobre a prática profissional com você.

Agradeço também a minha orientadora Silvana Escorsim, que foi de suma importância no processo de desenvolvimento desse trabalho. Essa relação de orientadora/aluna foi muito harmoniosa e agradável. Muito obrigada por sua calma, sugestões, encorajamento, sempre me tranquilizando nos momentos de insegurança e temor. Não poderia ter tido orientadora melhor.

Aos meus colegas de classe, em especial Alessandra Lopes e Millena Bakalarczyk, a quem aprendi a amar e construir laços eternos. Obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosas, brincalhonas e cúmplices, porque em vocês encontrei verdadeiras irmãs. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava.

As minhas amigas Clara Maria e Daniele Lara, por todo apoio e cumplicidade, porque mesmo quando distantes, estavam presentes em minha vida, mesmo que em meio a correria compreenderam minha ausência, obrigada por cada palavra amiga, pelo incentivo, vocês são as melhores.

Obrigada a todos que mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para a Nadir Pazini que sou hoje.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso aborda as problemáticas da saúde das mulheres em situação de violência doméstica no município de Paranaguá, observando que existe uma enorme lacuna entre as mulheres e de seus direitos, por muitas vezes preferirem se calar e não procurar a proteção da polícia. Atualmente em Paranaguá-PR a referência em atendimentos de emergência é o Hospital Regional do Litoral, atendendo os municípios de Paranaguá, Morretes, Antonina, Pontal do Paraná, Matinhos, Guaratuba e Guaraqueçaba. O Hospital possui atendimento de Ambulatório, com Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais, e após a alta médica, as pacientes podem continuar o atendimento psicológico e social, pelo período necessário para sua readaptação. A presente pesquisa é de um grande interesse, despertando a atenção em todos os sentidos, sendo abordada freqüentemente em meios de comunicação, onde a problematização deste estudo parte para os principais debates destacados em artigos publicados nos últimos dois anos sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher em atendimento hospitalar, e, a partir das reflexões realizadas sobre a temática, apresentam-se as questões de quais os principais debates evidenciados em artigos publicados nas revistas científicas nacionais sobre as mulheres em situação de violência em atendimento hospitalar, bem como refletir sobre o atendimento hospitalar das mulheres em situação de violência doméstica e familiar. A metodologia que foi utilizada foi o método qualitativo e bibliográfico, por meio de artigos que tratam do atendimento hospitalar as mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, num período de dois anos em base de dados (SciELO), onde os artigos serão submetidos à análise de conteúdo, sendo dividido em três capítulos, onde o primeiro fala sobre a Política de Saúde no Brasil, do Sistema Único de Saúde e da Seguridade Social Brasileira; o segundo capítulo discursa sobre os Movimentos Feministas, o Movimento da mulher no Brasil, da Violência contra a mulher brasileira a Lei da Penha; o terceiro e último capítulo foca o assunto diretamente na pesquisa bibliográfica sobre o Atendimento em ambientes hospitalares às mulheres vítimas de violência familiar e/ou doméstica, da violência doméstica em si, bem como do profissional de saúde e o atendimento de tais mulheres vitimizadas; e, por fim, segue as considerações finais e referências.

Palavras-chave: Violência Familiar / Doméstica. Saúde. Atendimento de saúde da mulher.

ABSTRACT

This paper concludes the course on the health problems of women in situations of domestic violence in the municipality of Paranaguá, noting that there is a huge gap between women and their rights, because they often prefer to shut up and not seek the protection of women. police. Currently in Paranaguá-PR the reference in emergency care is the Regional Hospital of the Coast, serving the municipalities of Paranaguá, Morretes, Antonina, Pontal do Paraná, Matinhos, Guaratuba and Guaraqueçaba. The Hospital has Ambulatory services, with Physicians, Nurses, Psychologists and Social Assistants, and after discharge, patients can continue the psychological and social care for the period necessary for their rehabilitation. The present research is of great interest, arousing attention in all senses, being frequently addressed in the media, where the problematization of this study starts with the main debates highlighted in articles published in the last two years on domestic and family violence against the woman in hospital care, and, based on the reflections carried out on the subject, the questions are presented on the main debates evidenced in articles published in national scientific journals on women in situations of violence in hospital care, as well as reflect on the hospital attendance of women in situations of domestic and family violence. The methodology that was used was the qualitative and bibliographic method, through articles dealing with hospital care for women victims of domestic and family violence, in a two-year database (SciELO), where the articles will be submitted to analysis of content, being divided into three chapters, where the first talks about Health Policy in Brazil, the Brazilian Health and Social Security System; the second chapter addresses the Feminist Movements, Feminism, the Women's Movement in Brazil, Violence against Brazilian Women, the Penha Law; the third and final chapter focuses directly on the bibliographic research on care in hospital settings for women victims of family and / or domestic violence, domestic violence itself, as well as the health professional and the care of such victimized women; and, finally, the final considerations and references.

Keywords: Family / Domestic Violence. Health. Women's health care.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 09 |
| CAPÍTULO I | 14 |
| 1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL..... | 14 |
| 1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 24 |
| 1.2 O SUS E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS..... | 28 |
| 1.3 A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA NA ATUALIDADE..... | 31 |
| CAPÍTULO II | 37 |
| 2. OS MOVIMENTOS FEMINISTAS..... | 37 |
| 2.1 O MOVIMENTO DA MULHER NO BRASIL..... | 39 |
| 2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER..... | 42 |
| 2.3 A LEI MARIA DA PENHA..... | 45 |
| CAPÍTULO III | 51 |
| 3 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA..... | 51 |
| 3.1 O ATENDIMENTO NO AMBIENTE HOSPITALAR ÀS MULHERES VITIMAS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR E/OU DOMÉSTICA..... | 55 |
| 3.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA..... | 56 |
| 3.3 O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE MULHERES VITIMIZADAS..... | 58 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| REFERENCIAS | 66 |

INTRODUÇÃO

O presente estudo investiga a Saúde das mulheres em situação de violência doméstica atendidas no âmbito hospitalar

No Brasil, o conceito de violência doméstica contra a mulher vem sendo desenvolvido como violência de gênero, que é exatamente a violência que tem como alvo a pessoa do sexo feminino, social e culturalmente mais fragilizado.

Analisando as problemáticas da saúde das mulheres em situação de violência doméstica no município de Paranaguá, observa-se que há uma lacuna muito grande das mulheres e de seus direitos, porque muitas preferem permanecer caladas, e não procuraram a polícia para obter seus direitos e proteção, e o processo de denúncia acaba sendo mais violento para essas mulheres do que a própria violência, porque mesmo com a Lei Maria da Penha imposta, à um recuo no acesso dela, precisando melhorar para se obter resultados, com profissionais qualificados e junto a vítima não desanimar nos obstáculos, para que o processo seja menos traumático e resulte em punições concretas.

Mesmo com a Lei Maria da Penha em vigor não resulta na redução de casos em Paranaguá, em 2013 a média foi de 600 casos de violência doméstica ao ano, baixando para 250 casos para anos seguintes houve redução.

Hoje na cidade de Paranaguá-PR temos como principal referência em atendimentos de emergência o Hospital Regional do Litoral, envolvendo pacientes dos 7 municípios da região sendo eles: Paranaguá, Morretes, Antonina, Pontal do Paraná, Matinhos, Guaratuba e Guaraqueçaba. O Hospital foi inaugurado no dia 19 de fevereiro de 2009, ao lado da antiga Santa Casa, a construção desse novo hospital resultou na qualidade no atendimento e melhoria na saúde.

O acolhimento no HRL conta com atendimento no Ambulatório, onde serão atendidas por Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais, e após a alta médica, as pacientes poderão continuar o atendimento psicológico e social, pelo período necessário para sua readaptação. O atendimento de

peças em situação de violência exige o cumprimento dos princípios de sigilo e sigredo profissional, garantindo a privacidade durante todo o seu acompanhamento e tratamento.

A violência contra a mulher é combatida atualmente por meio de leis, no qual é parte fundamental de uma postura de proteção à natureza feminina, mas a realidade em Paranaguá é de que existem casos não notificados, embora os dados ajudem a entender essa realidade, acreditamos que estão longe de retratar todo o quadro da violência contra a mulher, seja em Paranaguá ou Litoral do Paraná num todo. A preocupação é pelas diversas formas de violência às quais as mulheres estão expostas a todo tempo, e se fazer um estudo para se criar estratégias de prevenção e combate à violência, na tentativa de esclarecer e propiciar mecanismos de defesa.

A presente pesquisa é de um grande interesse na área da violência contra a mulher, essa temática despertou a atenção por diversos fatores, onde que a violência contra a mulher ao mesmo tempo em que é um tema antigo, continua atual, pois a violência ainda é vista com naturalidade, mesmo com os vários avanços nas leis de proteção à mulher. O interesse dessa escolha foi mediante as palestras onde um dos temas abordados foi a violência contra a mulher e também a partir da experiência de estágio acadêmica junto ao Hospital Regional do Litoral no ano de 2016.

A questão da violência contra a mulher, ultimamente, tem sido abordada com maior frequência nos meios de comunicação, depois de também assistir a várias reportagens com depoimentos chocantes e traumatizantes, palestras e experiência através dos atendimentos obtidos de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar no HRL, resolvi abordar e aprofundar nesse assunto, que pesar de tantos progressos, essa violência continua sendo uma questão que atinge um número crescente de mulheres, ou seja, a Lei apenas criou mecanismos, mas não coibiu essa violência.

Neste sentido, a problematização deste estudo parte para os principais debates destacados em artigos publicados nos últimos dois anos sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher em atendimento hospitalar?

E a partir das reflexões realizadas sobre a temática, apresentam-se as questões de pesquisa: Quais os principais debates evidenciados em artigos publicados nas revistas científicas nacionais sobre as mulheres em situação de violência em atendimento hospitalar?

Quanto ao objetivo geral, refletir sobre o atendimento hospitalar das mulheres em situação de violência doméstica e familiar. E, em relação aos objetivos específicos evidenciar os principais debates em artigos publicados nas revistas científicas sobre as mulheres em situação de violência em atendimento hospitalar, identificar debates convergentes e/ou divergentes apontados nos artigos, refletir sobre o atendimento hospitalar às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

A importância por se estudar esse tema, é devido à violação de direitos das mulheres e a taxa de violência doméstica ser altíssima em nossa sociedade, mesmo tendo em vigor no Brasil há dez anos a Lei Maria da Penha, criada para coibir a violência contra as mulheres e uma das mais atuais do mundo, o problema ainda persiste e não se resolve por completo.

Através do conhecimento e compreensão com as mulheres vítimas de violência doméstica, pode-se proporcionar aos profissionais, subsídios para a melhoria da acolhida da mesma nos serviços da Saúde, compreender a visão sobre a saúde das mulheres vítimas, com a necessidade da ampliação da atenção à saúde, e ao bem-estar da população feminina, sobre a maneira de como ela são atendidas pelos serviços da Rede Pública no sentido de compreender suas expectativas e necessidades quando procuram ajuda nos serviços de saúde, garantindo a acolhida humanizada e uma escuta qualificada.

Desta forma esse estudo pretende contribuir para as mulheres vítimas, um alerta sobre a importância de comunicar caso sofram este tipo de violência, a preocupação do que isso possa gerar no futuro; Para o hospital, a importância de ter preparo para lidar com esse assunto, tanto no âmbito psicológico quanto de equipe profissional num todo, como ter um Assistente Social juntamente com um psicólogo para atender essa demanda, e eu enquanto estudante, a abertura para mais um campo de estudo, ampliando meus conhecimentos e me preparando melhor para enquanto profissional.

A metodologia a ser utilizada define-se pelo método qualitativo e bibliográfico, através de artigos que tratam do atendimento hospitalar as mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, num período de dois anos em base de dados (SciELO), onde os artigos serão submetidos a análise de conteúdo.

A pesquisa qualitativa permite uma metodologia que abre espaço à interpretação, procedimentos metodológicos, pesquisas bibliográficas, pesquisa documental, analisar e interpretar os dados obtidos através da base de dados SciELO, e também como ferramenta a análise de conteúdo que constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum, para então a partir desses resultados conhecermos um pouco melhor a realidade.

Para análise tenho como objetivo preparar os dados das informações obtidas, para que a na interpretação possa buscar um maior conhecimento do tema escolhido, alcançando assim os objetivos propostos.

O Trabalho de Conclusão de Curso foi dividido em três capítulos, sendo que o primeiro fala sobre a Política de Saúde no Brasil, do Sistema Único de Saúde e da Seguridade Social Brasileira; o segundo capítulo discursa sobre os Movimentos Feministas, o Feminismo, o Movimento da mulher no Brasil, da Violência contra a mulher brasileira a Lei da Penha; o terceiro e último capítulo foca o assunto diretamente na pesquisa bibliográfica sobre o Atendimento em ambientes hospitalares às mulheres vítimas de violência familiar e/ou doméstica, da violência doméstica em si, bem como do profissional de saúde e o atendimento de tais mulheres vitimizadas; e, por fim, segue as considerações finais e referências.

Refletiu-se sobre a capacidade de instituições públicas de saúde, a fim de reforçar a parceria com a sociedade civil servindo como resposta à violência contra a mulher, estabelecendo maneiras de articular a intervenção da padronização de serviços hospitalares envolvidos nestes atendimentos,

garantindo a eficácia destes serviços, promovendo assim o fortalecimento e a promoção da dignidade da mulher.

Deve-se avaliar periodicamente a eficácia da implantação da Lei Maria da Penha, sendo esta realizada com muito cuidado, sendo que mesmo previsto em lei como prevenção e/ou punição, existindo inúmeros obstáculos que necessitam ser superados.

Quando se fala do atendimento da mulher vítima da violência familiar e/ou doméstica no ambiente hospitalar, é necessário se estabelecer um plano de atenção à mulher, através do preenchimento do prontuário único por inúmeros profissionais relacionados a este atendimento, bem como a total integração entre os serviços, analisando-se a existência de um fluxo de informações entre tais serviços, onde a rede de saúde tem a função essencial no primeiro atendimento imediato às mulheres vítimas de violência.

CAPÍTULO I

1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com BRAVO, em se tratando dos antecedentes da ação estatal, a assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi assumida pelo Estado juntamente à criação da medicina social na França, Alemanha e Inglaterra, onde a conquista de inúmeros direitos sociais para as classes trabalhadoras, mediante à interferência estatal, manteve a ordem social capitalista e as relações entre as classes sociais.

Lembrando que no século XVIII, a assistência médica era baseada na prática liberal e na filantropia, e, juntamente à elaboração de políticas para o setor e as inúmeras propostas, tal interferência é futuramente aprofundada no século XX, lembrando que no Brasil, a intervenção estatal ocorreu apenas no mesmo século, especificamente no ano de 1930.

Devido às transformações políticas e econômicas ocorridas no século XIX, surgiram inúmeras iniciativas dentro da saúde pública, como por exemplo a vigilância do exercício profissional em paralelo às campanhas limitadas, lembrando que sua função era de reivindicar direitos do movimento operário ao fim do mesmo século.

Diversas iniciativas de organização na saúde surgem no século XX, e, segundo BRAGA (1986), tendo a função social no país ao início do século XX, sendo resultado do avanço da divisão do trabalho, ou seja, do trabalho assalariado junto à saúde pública, na década de 1920, assume um novo sentido no poder social, estendendo os serviços por todo país.

Ainda de acordo com BRAGA (1986), no ano de 1923, a reforma Carlos Chagas amplia o poder nacional, criando uma disciplina social, especificamente, a capital da República (Rio de Janeiro), disciplina esta que representa uma consciência sanitária, diretamente ligada à idéia de descentralizar o poder, por meio da rede de micro poderes que era comandada por inspetores dos médicos, enfermeiros, diretores, etc., tudo isto dentro da crise política no começo de 1922, ampliando o atendimento à saúde, colocando questões de saúde do trabalhador e de higiene, bem como a essencial criação das Caixas de Aposentadoria e

Pensões (CAPs) no ano de 1923, chamada de Lei Elói Chaves, na qual a União financiava os CAPs, juntamente as empresas empregadoras e pelos empregados. Estas eram organizadas por empresas, pois somente as grandes instituições possuíam condições de manter as mesmas.

De acordo com PAIM (2009), o presidente das CAPs era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados possuíam participação na administração, sendo que os benefícios eram proporcionais às contribuições como o fornecimento de medicamentos e a assistência médica-curativa, bem como a aposentadoria por tempo de serviço, por velhice e/ou por invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral.

Ao se analisar Intervenção do Estado na saúde, nota-se uma mudança da função do Estado, o qual anteriormente possuía uma visão econômica, passa a surgir políticas sociais, representando uma resposta às reivindicações de trabalhadores, lembrando que as características políticas e econômicas eram o populismo, o autoritarismo, o estatismo, o corporativismo, surgindo também políticas sociais nacionais que foram respostas às questões sociais de maneira sistemática entre os anos de 1930 e 1964.

Em paralelo à tal intervenção estatal, surgem novos meios para que os operários fossem efetivamente sujeitos sociais dentro da política nacional, representando a consequência de uma nova dinâmica de acumulação.

Tal processo caracterizou-se pela aceleração da urbanização, bem como pela ampliação da classe trabalhadora que vivia em difíceis condições de saúde, higiene e moradia. A política de saúde neste período entre 1965 e 1966, possuía caráter nacional, sendo organizada pelos subsetores da saúde pública e da medicina previdenciária, centralizando-se na criação de condições mínimas sanitárias para populações urbanas, bem como para as do campo, e, o campo da medicina previdenciária só se juntará ao de saúde pública no ano de 1966.

Junto ao surgimento de institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), surgiu também a medicina previdenciária, no intuito de elevar a categoria de trabalhadores, aumentando assim seus respectivos benefícios de modo a antecipar todas suas reivindicações.

Segundo BRAGA e PAULA (1986), as alternativas adotadas para a saúde pública, entre 1930 e 1940 foram: campanhas sanitárias, a coordenação de serviços estaduais de saúde de todos estados de fraco poder econômico e político, e no ano de 1937, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, devido aos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades, a criação de serviços de combate às endemias, por exemplo, o Serviço Nacional de Febre Amarela em 1937, o Serviço de Malária do Nordeste em 1939, o Serviço de Malária da Baixada Fluminense em 1940, sendo que os dois primeiros foram financiados pela Fundação Rockefeller (de origem norte-americana). A reorganização do Departamento Nacional de Saúde no ano de 1941 incorporou diversos serviços de combate às endemias, assumindo o controle de formação de técnicos em saúde pública.

De acordo com OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986), o modelo de previdência utilizado como base de 1930 e 1945 no país era o de orientar a contenção de gastos, a qual se diferencia do modelo dominante do período anterior (de 1923 a 1930), o qual não controlava os gastos, lembrando que o rápido crescimento de trabalhadores foi fator determinante para a diminuição de gastos, pois aumentando a folha de pagamento, deveria ter mais capital em caixa para tais pagamentos.

De acordo com RONCALLI (2003), a previdência direcionou suas preocupações diretamente à acumulação de reservas financeiras, deixando em segundo plano a ampliação de prestação de serviços, lembra-se que a legislação deste período teve início no ano de 1930 demarcando a diferença entre assistência social e previdência, diferença esta que não existia anteriormente, então se estabeleceu limites orçamentários máximos voltados às despesas direcionados à assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

No período entre 1945 a 1950 foi criada a Política Nacional de Saúde, lembra-se que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) surgiu durante a 2ª Guerra Mundial, conveniado a órgãos do governo americano e patrocinado pela Fundação Rockefeller.

Já ao fim do ano de 1940, o Plano Salte (1948), envolveu áreas de Saúde, Transporte, Alimentação e Energia, quando a saúde representava a função

principal, e, tal plano previa investimentos do ano de 1949 a 1953, porém, não foi implementado.

RONCALLI (2003) ainda afirma que entre 1945 e 1964, o quadro da saúde da população apresentava doenças parasitárias e infecciosas, bem como elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil.

Quando se fala de saúde na época do Golpe Militar, lembra-se que no começo do regime militar foi uma fase de grande crescimento na economia que disfarçava a falta de liberdade de expressão, aumentando assim a desigualdade social.

Tal regime se caracterizou por reestruturar a ordem social e normalizar da economia, porém, sempre reprimindo qualquer contrariedade, tal regime não era transparente, sem propostas e nem discursos, assim nesta época, a previdência social criava campanhas para atrair beneficiários, a fim de esconder um processo totalmente rígido que na verdade degradava cada vez mais os sistemas sociais.

Segundo ESCOREL (2008), as principais medidas sociais tomadas foram o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), criados para aumentar a participação dos trabalhadores nos lucros das empresas e no crescimento da economia com a reformulação do sistema previdenciário a partir de 1970.

Ainda de acordo com ESCOREL (2008), o sistema era de atenção estatal, baseado na concentração de recursos na previdência social, enfraquecendo o Ministério da Saúde financeiramente, possuindo atuação coletiva, financiada pela União, sem que os governantes se preocupassem financeiramente.

Foram unificados assim, os IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), focando a administração, bem como os recursos com a uniformização dos serviços para todos os segurados com carteira assinada, sendo que a universalização da cobertura aconteceu lentamente junto à inclusão dos acidentes de trabalho, a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), incorporação das empregadas domésticas e dos trabalhadores autônomos.

ESCOLREL¹ (2008) afirma que as principais características do sistema previdenciário nesse período eram a extensão da cobertura previdenciária a todos os trabalhadores formais urbanos, a prática médica individual, assistencialista e especializada, as altas taxas de acúmulo de capital pelas empresas produtoras e equipamentos e medicamentos com organização médica voltada à lucratividade e o atendimento médico diferenciado por clientela, nos moldes capitalistas.

Lembrando que com a criação do INPS, o Estado alegou incapacidade de fornecer assistência a todos os segurados, possibilitando a contratação de serviços terceirizados, passando a comprar os serviços de saúde, através do credenciamento e da remuneração por Unidades de Serviços, o que corrompia todo o sistema, já que os serviços eram pagos por produtividade e em meio à ânsia de lucrar, os prestadores por vezes falsificavam procedimentos.

Outra modalidade propagada no período era a medicina de grupo, em que a empresa contratava os serviços de um grupo de prestadores por um custo fixo mensal por trabalhador e ficava livre de contribuir para o INPS, subsidiando a empresa com benefícios fiscais, onde tais empresas administravam a venda de diversos tipos de planos de saúde para indivíduos, famílias ou empresas, transformando-se em intermediária entre os usuários/beneficiários e o trabalho médico, modalidade destinada à elite trabalhadora, segmentando ainda mais os beneficiários.

De acordo com PAIM², infelizmente, junto a esta modelo o Ministério da Saúde se propôs um plano privatizante do sistema, chamado de Plano Nacional de Saúde (PNS) em 1968, que vendeu todos os hospitais federais para a

¹ ESCOREL, S., **História das políticas públicas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**, In: Giovanella et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, 2008.

² PAIM, J. S., **O que é o SUS?**, Coleção Temas em Saúde, Rio de Janeiro, 2009

iniciativa privada, permanecendo o Estado apenas com o financiamento dos serviços privados, em parte custeados pelos pacientes.

Segundo PEREIRA (1995), o Estado, no período de 1964 a 1974, fez uso para sua intervenção do binômio repressão-assistência, ampliando a política assistencial, modernizada e burocratizada pelo Estado a fim de aumentar o poder sobre a sociedade, diminuindo tensões sociais, e, conseguindo fazer com que o regime fosse legítimo, bem como servindo como mecanismo para acumular capital.

No ano de 1996, a unificação da Previdência Social, somada à junção dos IAPs, teve como principais características o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o descarte de trabalhadores da política, sendo excluídos da gestão da previdência, passando a ter somente a função de financiadores.

Era necessário que a saúde assumisse um papel capitalista, incorporando modificações tecnológicas que aconteceram no exterior, porém, ao contrário disto, a saúde pública declinou enquanto a medicina previdenciária teve um crescimento, logo depois à reestruturação (unificação) do setor no ano de 1966.

De acordo com OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986), foi criado no Brasil o modelo de privilegiamento do produtor privado, no qual o essencial não era sanear os espaços de circulação de mercadorias, mas sim atuar sobre o corpo do trabalhador, fazendo com que este mantivesse sua capacidade produtiva, estendendo a cobertura previdenciária para quase que a totalidade da população urbana, incluindo também, após o ano de 1973, trabalhadores rurais e autônomos e empregadas domésticas.

De acordo com OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986), o modelo enfatizou a prática médica curativa, especializada, individual e assistencialista, articulando assim o Estado juntamente aos interesses do capital internacional, por meio de indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, criando o complexo médico-industrial, acumulando enorme capital para as grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos, com a interferência estatal dentro da previdência, desenvolvendo uma organização da prática médica orientada para obtenção de

lucros no setor de saúde, capitalizando a medicina e privilegiando o produtor privado de tais serviços.

Para uma melhor organização da prática médica dentro dos moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no país, foi preciso diferenciar o atendimento em relação à clientela, como também das finalidades que tal prática possuiu em cada uma das maneiras de organização da atenção médica, sendo possível perceber que o bloco de poder instalado no Estado no ano de 1964, não obteve êxito na consolidação da hegemonia, criou a necessidade de modificação da sua relação com a sociedade civil, a fim de estabelecer novos meios de mediação, para manter a dominação burguesa e suas consequências econômicas, políticas e sociais.

PAIM³ afirma que entre 1974 e 1979, a política social tentava alcançar maior eficácia no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares, assim tal política nacional de saúde enfrentou a tensão entre a ampliação de serviços, da disponibilidade de recursos financeiros, de interesses derivados das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário, o qual desejava a produção de serviços pagos, satisfazendo a clientela e gerando lucros financeiros, e, possuindo um controle aleatório, bem como uma avaliação baseada na produção de atos remunerados, possuindo gastos dispersos.

Assim, neste mesmo período (1974 a 1979), as reformas realizadas na estrutura organizacional não reverteram a importância da política de saúde, caracterizada pelo domínio da participação da Previdência Social, por meio de ações curativas, sob o comando do setor privado, sendo que o Ministério da Saúde retomou medidas de saúde pública, de maneira limitada, aumentando as contradições, como por exemplo, a proposta de atuação predominante da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais baseados nos conceitos de hierarquização, regionalização e

³ PAIM, J. S., **O que é o SUS?**, Coleção Temas em Saúde, Rio de Janeiro, 2009

integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde, bem como a participação comunitária.

Já no ano de 1980, a Política de Saúde enfatizou a construção do Projeto de Reforma Sanitária, lembra-se que naquela época, a sociedade brasileira vivenciou um processo de redemocratização política superando o regime ditatorial instaurado no ano de 64 e experimentando uma longa crise econômica.

A saúde, neste período teve a participação de novos sujeitos sociais representados pela população em si, dentro da discussão de condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais do setor, sendo que a saúde assumiu uma dimensão política vinculada à democracia. Tais sujeitos eram os profissionais de saúde, representados pelas respectivas entidades, ultrapassando o corporativismo, defendendo questões gerais como, por exemplo, a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição.

De acordo com VASCONCELOS, quando se fala na Constituição Federal de 1988 é necessário lembrar que no Brasil o Movimento da Reforma Sanitária, que nasceu na segunda metade da década de 70, ampliou-se em todos os segmentos da sociedade, o das lutas por liberdades democráticas e, contra a ditadura. Entidades que representavam foram o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), respectivamente criados em 1976 e 1979.

Lembra-se que o movimento municipal de saúde nasce juntamente no mesmo período e em mesmas circunstâncias, onde a maior parte dos marcos históricos da Reforma Sanitária e do SUS coincidiram junto ao aprofundamento e ao aliançamento dos movimentos sociais e o Legislativo.

O Movimento da Reforma Sanitária, instaurado no final da década de 70, promoveu VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, e propôs que a saúde representasse um direito do cidadão, sendo dever do Estado, e o acesso universal a todos os bens e serviços, na promoção e recuperação da saúde.

Assim, de tal proposta resultaram em duas das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade do acesso e a

integralidade das ações, sendo que a Reforma Sanitária se direciona à consolidação da etapa democrática do capitalismo brasileiro, ampliando os direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, situação que se agravou com a supressão das liberdades de participação e com a organização e com a limitação dos direitos civis durante os anos de autoritarismo, assim a Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado é a defesa do Movimento Sanitário.

Segundo CAMPOS (1997), a Reforma Sanitária visa a unificação do Sistema de Saúde, bem como a sua hierarquização e a descentralização para estados e municípios, com unidade na Política de Saúde, a universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços, a participação da população por meio de entidades representativas na formulação, na gestão, na execução, na avaliação das políticas e nas ações de Saúde, a racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo Único de Saúde a nível federal.

O processo participativo, por sua vez, havia se institucionalizado com a Constituição Federal de 1988 quando reconheceu a total liberdade sindical e partidária e estabeleceu um marco legal para a participação da comunidade no sistema de saúde. Assim o movimento sanitário conseguiu introduzir na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, estabelecido na Constituição, pela lei nº 8.080, de 19 de setembro do ano de 1990, a Lei Orgânica da Saúde.

A lei implanta o Sistema Único de Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais, na perspectiva da municipalização e da descentralização. A discussão do projeto de lei sobre a saúde é bastante polêmica, enfrentando-se na Comissão de Seguridade Social as diferentes forças sociais que aglutinam propostas diferentes para o setor: de um lado, os privatistas e, do outro, os que defendem o setor público. Em torno dessas questões, articulam-se representantes de profissionais, hospitais, sindicatos, universidades, setores administrativos dos ministérios, secretários de saúde, lobistas do setor privado. (CAMPOS, 1997, p. 46)

De acordo com PAIM (2009), na Lei nº 8.080/90, ficou especificado que o SUS é composto por serviços e ações de órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações

mantidas pelo poder público (art. 4). E, no parágrafo 2º do artigo 4º firma exatamente que “a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar”, conforme disposto no artigo 199 da Constituição Federal, configurando-se a preeminência do setor público e a inclusão apenas complementar do setor privado.

PAIM (2009) ainda afirma que na atuação do SUS, incluem-se as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Lembra-se que o presidente Collor vetou o artigo 11 da lei, que previa, em cada esfera de governo, as conferências e conselhos de saúde e dava ao conselho um caráter deliberativo, alegando que cabe ao Presidente da República criar órgãos da Administração Pública.

Já na década de 90, a Consolidação do Projeto de Saúde que enfatizava o mercado, redirecionou o papel do Estado, sendo influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, assim, mesmo com o texto constitucional contendo avanços, havendo um forte ataque do grande capital político pelo fato de ser direcionado diretamente ao mercado por meio de políticas neoliberais, juntamente aos grupos dirigentes.

A Contra Reforma representou uma estratégia do Estado, o qual se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, afetando o modelo econômico vigente, compreendendo que o Plano Diretor descreveu a necessidade de se superar o estilo de administração pública burocrática, enfatizando o modelo gerencial que era considerado descentralizado, eficaz, controla resultados, reduz custos e a produtividade.

Segundo PEREIRA (1995), o Estado não é mais o responsável direto pelo desenvolvimento social e econômico, e torna-se regulador e promotor, passando as suas respectivas atividades para o setor privado, propondo a criação de uma esfera pública não estatal que, mesmo exercendo funções públicas, obedecem às leis do mercado.

Segundo CAMPOS (1997), quando se trata do Sistema Único de Saúde (SUS), existe o descumprimento de dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de

saúde em geral, sendo que inúmeras questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, desrespeitando o princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, afastando-se do princípio da integralidade.

De acordo com BRAVO (1991), tal proposta de Reforma do Estado para o setor saúde dividia o SUS em o básico e o hospitalar, sem mencionar a remuneração por produção, que, há duas décadas era fator incontrolável de corrupção, além de não gastar bem, também o investimento era mínimo em saúde, se comparado aos parâmetros internacionais.

Segundo BRAVO (1991), o projeto de reforma sanitária de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e o projeto de saúde privatista, que possuía hegemonia na segunda metade da década de 1990 entram em conflito, sendo que o Projeto de Reforma Sanitária possui como estratégia o Sistema Único de Saúde, resultado da mobilização de profissionais da saúde, ligados diretamente ao movimento popular, a fim de assegurar a atuação do Estado em função da sociedade, enfatizando a concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais, bem como pela saúde e, o projeto saúde privatista, baseia-se na Política de Ajuste que enfatiza a contenção de gastos com racionalização da oferta, com a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

Assim, a universalidade do direito, provoca a resistência de formuladores do projeto de saúde voltado para o mercado, enfatizando concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico.

1.1 Sistema Único de Saúde

Antes da criação do SUS, o Estado Brasileiro não agia com responsabilidade com relação à saúde da população, sendo imensamente negligente. Para o Estado o próprio cidadão tinha o dever dos cuidados à sua saúde, lembrando que somente havia a intervenção estatal em casos muito

graves, os quais não pudessem ser resolvidos pelo próprio cidadão e/ou que representasse risco de epidemia à população ou risco à economia do país.

Com o passar do tempo, e o aumento significativo do desenvolvimento brasileiro, da concentração populacional em grandes cidades, a saúde passou a representar uma importante questão social.

A organização dos serviços de saúde no Brasil anterior à criação do SUS era dividida por um aspecto, em ações preventivas, ambientais e coletivas, simbolizando a saúde pública, e, por outro aspecto na saúde do trabalhador, dentro do Ministério do Trabalho, bem como ações individuais e curativas, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e empresarial (PAIM, 2009, p.32).

Para que haja a compreensão do que o SUS representa, é necessário conhecer a história da organização sanitária no Brasil, assim, lembra-se que a primeira proposta do SUS foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, e, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, nomeada de constituição cidadã, contemplando princípios e diretrizes elaboradas pelo CEBES.

Assim, a partir da constituição do ano de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, enfatizando que o SUS não possui caráter institucional, sendo um sistema complexo formado por centros de saúde, laboratórios, ambulatórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, possuindo como gestão central do Ministério da Saúde, participando também da sua gestão, os estados, municípios e a sociedade.

O SUS é um conjunto de serviços públicos de saúde e ações, bem como uma rede hierarquizada e regionalizada, sendo organizada a partir das diretrizes da integralidade, da descentralização, e da participação da sociedade, representando uma maneira de organizar os serviços de saúde e as ações de saúde no Brasil, de acordo com diretrizes, princípios, e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes, ou seja, o SUS representa a formalização do direito de todos à saúde. PAIM (2009, p. 35).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde⁴ (Lei 8.080/90) as atribuições do Sistema Único de Saúde são: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica, onde se compreende por assistência às pessoas, a atenção à saúde em tudo que envolve o ser humano, bem como as ações de prevenção, promoção, reabilitação e tratamento.

De acordo com CAMPOS (1997), a vigilância epidemiológica representa um conjunto de ações que trazem o conhecimento, a prevenção de qualquer mudança nos fatores condicionantes e determinantes de saúde coletiva e/ou individual, a fim de adotar medidas de controle e prevenção de doenças.

Ainda segundo CAMPOS (1997), a Vigilância Sanitária representa as ações controle sanitário de alimentos, de medicamentos, cigarros, bebidas, vacinas, serviços de saúde, aeroportos, portos e fronteiras, etc., com o objetivo de prevenir os riscos à saúde, já a saúde do trabalhador são as ações que tem por objetivo à vigilância sanitária e epidemiológica protegendo e promovendo a saúde dos trabalhadores, e, por fim, a Assistência Farmacêutica tem por objetivo a segurança, o controle, a conservação, o acompanhamento, a eficácia, a obtenção dos medicamentos e a avaliação, evidenciando diretrizes e princípios a serem seguidos por todos os sujeitos participantes do sistema.

O SUS possui como princípios a universalidade, a qual simboliza o rompimento com o modelo excludente anterior; com o SUS, todos os brasileiros possuem o direito à saúde em todos os níveis, a igualdade de assistência à saúde, sem privilégios e preconceitos de qualquer espécie, não podendo haver distinção de raça, cor, religião, sexo, poder econômico e/ou qualquer outro. A integralidade, na qual o cidadão que precisar da atenção a saúde, seja para proteção, promoção e/ou recuperação, deve recebê-la plenamente, principalmente em casos da necessidade de um conjunto contínuo de ações em vários níveis de complexidade. A participação Popular, por meio de Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, de acordo com a Lei 8.142/90, tratando do

⁴ _____. **A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa.** In: **Superando Desafios** – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE. Serviço Social, 1999.

controle social do SUS, cada esfera de governo disponibilizar-se-á com tais instâncias sem prejuízo para as funções do poder legislativo, a descentralização e/ou o Comando único, como forma de redistribuição de responsabilidades quanto aos serviços de saúde e às ações, entre os vários níveis do governo. Esta descentralização surge do princípio de que a realidade local é o fator principal para o estabelecimento de políticas de saúde, onde a estratégia essencial de tal processo de municipalização e descentralização da assistência à saúde, e, a regionalização e a Hierarquização representam os serviços de saúde e as ações, os quais compõem o SUS, realizados por estabelecimentos públicos e/ou privados, formando uma rede hierarquizada e regionalizada, fornecendo tais serviços e ações de maneira descentralizada e coordenada dentro do território brasileiro.

Com a promulgação da Constituição de 1988, mesmo que as expectativas fossem que a política de saúde pública possuísse caráter universal no Brasil, o Estado realizou um corte no orçamento, assim causando a falta de recursos de investimentos, de ciências e tecnologia, pessoal, custeio e manutenção.

Assim, tais recursos para a integralização e universalização dos serviços de saúde e das ações foram insuficientes, o que resultou no crescimento do Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS), os quais comercializam os planos de saúde.

PAIM (2009), afirma que a implantação do Sistema Único de Saúde se deparou com inúmeras dificuldades na prática, devido principalmente porque a proposta era de descentralizar suas ações, onde tal descentralização não pode ser realizada na sua totalidade, devido os Estados e municípios não possuíam recursos para realizá-la, sendo que os repasses do governo federal não eram suficientes para tal ação, assim, a solução encontrada foi a adoção de portarias, chamadas de normas operacionais básicas, estabelecendo responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos.

Nos dias atuais, o SUS, representa um dos maiores programas mundiais de saúde pública, possuindo um dos maiores sistemas de atenção primária à saúde, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF), formado por uma equipe multidisciplinar: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e

agentes comunitários de saúde, reorganizando e propondo uma prática assistencial a partir de ações curativas e preventivas, substituindo o modelo tradicional de assistência, orientando a cura de doenças.

Lembra-se também, que o Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde, representa atualmente o maior conjunto de procedimentos realizados em hospital pagos por um único financiador.

1.2 O SUS e os desafios contemporâneos

Segundo VASCONCELOS & PASCHE (2006), devido ao aumento da expectativa de vida e às doenças crônicas de pessoas idosas, cresceu a demanda da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aumentando também a mensalidade de operadoras e planos de saúde. Por ser um país desigual, um sistema de saúde suplementar é importante, sendo que o autor considera necessário um sistema privado, não pelo fato de se defender tal sistema, mas sim reconhecer que tal sistema tem estabelecido grandes parcerias com o SUS, devido à insuficiência na disponibilidade e na oferta de inúmeros serviços públicos, sendo que tal participação do setor privado no SUS é mais utilizada na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de alto custo e tecnológica, nos quais o sistema público não oferece serviços próprios, pois segue a lógica de financiamento do setor privado, porém, isto não significa que seja o modelo correto de se fazer, pois já que o correto é desenvolver um método eficaz e justo de se ofertar tudo que o sistema privado oferece, por meio do uso correto de verbas destinadas à saúde pública, para que tal seja justa e igualitária a todos os cidadãos.

Ainda de acordo com VASCONCELOS & PASCHE (2006), as dificuldades regionais, a qualificação da gestão e do controle social, os programas de saúde, a organização de uma rede hierarquizada de ações têm sido os desafios da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sabendo-se também que a dificuldade em promover a integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional resultam em

problemas no acesso aos serviços e no comprometimento da universalidade e integralidade.

A Estratégia Saúde da Família serve como reestruturação da Atenção Básica sendo responsável pelo encaminhamento dos atendimentos que exijam média e alta complexidade para os níveis de atenção Secundária e Terciária. Infelizmente, em inúmeros municípios no país, a ESF não é integral e muito menos equitativa, por muitos motivos, por exemplo, a contratação de profissionais sem perfil para esse nível de atenção, a precarização do trabalho ou, ainda, a ineficiente administração de gestores que induzem os profissionais a realizarem ações meramente curativas.

De acordo com AMANCIO FILHO (1997), é preciso construir um processo educacional que integre a formação profissional junto às necessidades e as demandas sociais, usada como estratégia para o desenvolver econômica, social e culturalmente, devendo ocorrer desde o momento da graduação e/ou da formação técnica, até após à inclusão de profissionais no serviço.

Segundo GAMARRA (2006), os desafios a serem superados sobre o controle social, os problemas de formação dos conselheiros, a dificuldade dos cidadãos para conseguir acesso às informações do sistema, a falta de cumprimento das deliberações dos conselhos por parte dos gestores, o desconhecimento por parte da grande massa da população dos seus direitos como controladores do SUS, entre outros, demonstram os inúmeros desafios. Assim, a qualificação dos conselhos de saúde é essencial a fim de ampliá-los em locais onde já existam e implantando-os em locais onde ainda não ocorrem.

De acordo com CAMPOS (1997), as limitações que o SUS apresenta precisam ser enfrentadas por meio de um movimento em defesa de políticas sociais e de distribuição de renda, da apresentação do SUS para a sociedade como uma reforma social significativa com impactos sobre o bem-estar e a proteção social e do seu desempenho concreto, capaz de melhorar as condições sanitárias e de saúde das pessoas, sendo o maior desafio com relação ao SUS.

Assim, o estabelecimento do Pacto pela Saúde, a Regionalização solidária e cooperativa, a Política Nacional de Humanização são ações que têm por objetivo a superação dos principais problemas do sistema, sendo que no ano de 2006, foi

estabelecido o Pacto pela Saúde, introduzindo um sentido de gestão pública por resultados e responsabilidade sanitária, aumentando a descentralização para estados e municípios, por meio do acordo inter federativo articulado em três dimensões, ou seja, no Pacto em Defesa do SUS, que representa um movimento social em defesa do SUS, no Pacto pela Vida, que reforça o movimento da gestão pública por resultados, com prioridades para a saúde do idoso, a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes ou endemias, a redução das vítimas por câncer de colo de útero e de mama, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Primária, e, no Pacto de Gestão que estabelece responsabilidades mais claras para cada ente federado, com regionalização integrada das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Saúde representa um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão: a União, os Estados e Municípios, visando promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, a fim de alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.

Assim, as propostas de descentralização e regionalização vêm sendo experimentadas no Brasil desde a Constituição Federal de 1988, atribuindo a autonomia dos três entes federados, porém problemas na prática de tais diretrizes influenciam diretamente a necessidade do estabelecimento de mecanismos, e instrumentos de coordenação e cooperação que melhorem as ações intergovernamentais no setor saúde.

A descentralização da gestão da saúde possui o desafio de criar mecanismos que permaneçam acima de estruturas municipais organizadas superando às iniquidades na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, comprometendo a legitimidade do sistema.

Em resumo, a prática de tais diretrizes veio de encontro à atualidade, caminhando para a concretização do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tem o dever de estipular a essência do processo de pactuação entre os gestores, reconhecendo e identificando as regiões de Saúde, formando ações de construção e de reconstrução, potencializando ações de saúde em âmbito regional, sendo uma ação que é trabalhada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e, enfrentam alguns obstáculos na implementação devido à magnitude do processo de regionalização, como a articulação intermunicipal, as pactuações

entre municípios e Estados, o repasse financeiro, as formas de acesso aos serviços pelos usuários e os processos de gestão regionais.

BEHRING afirma que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde é compreendida como uma forma de superar desafios na saúde, por meio da ampliação do acesso com qualidade aos serviços e bens de saúde, da integralização entre colaboradores, gestores e usuários nos processos de gestão e atenção, do apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e com comprometimento com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.

Desta forma, o SUS é política em pleno cenário de construção, a fim de efetivar a saúde da população através de princípios da universalidade, integridade e equidade, enfrentando os desafios vividos.

1.3 A Seguridade Social Brasileira na atualidade

De acordo com BEHRING (2003), as políticas de proteção social que incluem a previdência, a saúde e a assistência social, representam o produto histórico de lutas do trabalho, respectivamente à resposta pelo atendimento das necessidades baseadas em princípios socializados por trabalhadores, sendo reconhecidos pelo Estado.

Assim, a autora afirma que a seguridade se baseia tanto no nível de socialização da política das classes trabalhadoras quanto das estratégias do capital na incorporação de necessidades de trabalho, lembrando-se que se trata de uma contradição da sociedade capitalista, pois suas mediações políticas e econômicas representam o movimento dialético e dinâmico, sendo que se do ponto de vista lógico, atender às necessidades de trabalho é negligenciar as necessidades de capital, e, do ponto de vista histórico, a seguridade social representa negociações e disputas na ordem burguesa.

BEHRING (2003) afirma que as políticas de seguridade se expandem logo após à Segunda Guerra, bem como se originam do reconhecimento público de riscos sociais do trabalho assalariado, sendo esta expansão um modo de

proteger socialmente todos os trabalhadores, introduzindo-os dentro de direitos sociais, lembrando que tais sistemas de proteção social são implementados por meio de ações assistenciais para os impossibilitados de se sustentar trabalhando, bem como para cobrir riscos de trabalho, em casos de doenças, invalidez, desemprego temporário, mantendo a renda de trabalho.

As condições do trabalho sob o capital, e relações entre assalariado e trabalhador não assalariado, se centralizam na constituição de sistemas de seguridade social, o que justifica porque políticas de proteção social se referem a valores da sociedade salarial, especificamente à do capitalismo desenvolvido pelo trabalho organizado por sindicatos e/ou partidos, de 1940 a 1970, onde o capitalismo impõe a acumulação dominante, enfrentando a crise global, onde esta representa a recomposição do processo de acumulação, sendo na economia, e na política, reestruturando capitais, organizando processos trabalhistas, bem como os trabalhadores, redirecionando a intervenção do Estado, sob a economia, e das idéias neoliberais, construindo novas estratégias de se relacionar com a sociedade, com o Estado e com o mercado.

Assim, é de extrema necessidade redefinir a seguridade social para que se adapte às novas necessidades do capital, definir um conjunto de prescrições de reformas e ajustes, especificamente em países periféricos.

De acordo com BEHRING (2003), o capital representa dentro do campo previdenciário a questão do projeto social, transformando trabalhadores em colaboradores provedores do capitalismo financeiro, bem como proprietários de grandes negócios, sendo que tal junção de elementos é formadora de movimentos recentes da política e da economia, restaurando o projeto capitalista no campo da seguridade social, seguindo as seguintes tendências da conjuntura atual: regresso às políticas públicas redistributivas que constitui direitos, a favor das políticas compensatórias para combater a pobreza, sendo temporariamente o selecionador; privatização e mercantilização de serviços sociais, consolidando a figura do cidadão, o consumidor, ampliando programas sociais voltados para o cidadão que necessita, que possui renda abaixo da linha da pobreza; emergência de novos sujeitos como por exemplo empresas socialmente responsáveis, voluntárias que praticam desenvolvimento sustentável; promover

a despolitização, através da identificação da exclusão social, de desigualdades sociais de classes, criando estratégias e inclusão e projetos sociais.

A sociedade pretendia consolidar o conceito social identificando junto ao território, à comunidade, à vizinhança e família, sendo que tal representa uma reunião de famílias e comunidades baseadas em situações singulares e particulares.

Lembrando que se deve destacar também o valor de certas políticas de seguridade social dentro do mercado de trabalho, diminuindo o enfrentamento, a fragilização e a precariedade do trabalho, favorecendo ações pontuais, e, de improvável eficácia contra o desemprego, geração de renda e formação de mão de obra, estas formadas por um grupo de ações voltadas para a qualificação profissional, para a geração de renda, transitando entre o neo solidarismo, o financiamento de pequenos negócios, a qualificação profissional, bem como o agenciamento de empregos.

Para BEHRING (2003), do ponto de vista político, tais políticas chamadas de renda e trabalho, que ultrapassam a seguridade social, podem representar um novo modelo de incorporação de necessidades de trabalho em uma nova ordem do capital, sendo que para que se impeça que as situações representem algo como conjunturais, é preciso levar em conta diversas questões históricas, para que se entenda o processo político subjacente em mudanças atuais dentro da seguridade social, referindo-se a limites de intervenção política de trabalhadores que vivem em processo crítico, por meio de algumas lideranças, transformando-se em um dos principais suportes políticos da reforma realizada no governo Lula, porém, por outro lado, é necessário lembrar que o caminho da Seguridade Social brasileira durante a ditadura militar que, ao ter criado as condições para a inclusão de trabalhadores excluídos da previdência, promoveu a abertura do mercado privado de serviços sociais considerados complementares, exemplo disto são os planos de saúde.

Tal ação fragmentou a proteção coletiva de trabalhadores, estabelecendo os meios para implementação do modelo de proteção social formados pelos serviços próprios de empresas, pelos seguros sociais privados e, oferecidos pelos bancos, serviços públicos.

Quando se fala sobre as políticas nacionais integral à saúde da mulher, cita-se que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizou em agosto de 2017 a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu), com o tema “Saúde das Mulheres: desafios para a integralidade com equidade”. Retomando diversas discussões debatendo desafios atuais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, destacando o papel para a ampliação, mobilização e engajamento das mulheres, dentro dos movimentos sociais de mulheres e de parceiras (os) na resistência e lutas contra qualquer retrocesso, na cultura e na política, pela igualdade de gênero.

Lembra-se também do processo histórico de construção da força das mulheres, que foi debatido junto às lutas cotidianas locais, regionais, nacional e em escala mundial, e, diante da realidade, as mulheres foram à luta e ousaram reivindicar, ocupar espaços e conquistar direitos civis, econômicos, políticos e sociais em um mundo culturalmente pertencente aos homens, que sempre tiveram, naturalmente, a garantia desses direitos, assim, as mulheres conquistaram o direito ao voto, no mundo do trabalho lutam por igualdade de oportunidades, e na saúde lutam pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Segundo RAGO (2001), nesta caminhada de lutas contra todas as formas de opressão, por organização e por avanços na sua inserção social e política na sociedade, o século XX é um marco, que teve no movimento feminista um elemento propulsor do reconhecimento dos direitos da mulher e da possibilidade da erradicação da opressão, ao visualizar que homens e mulheres devem compartilhar, por igual, as responsabilidades atualmente realizadas pelas mulheres, tanto no espaço público - mercado de trabalho, economia e política - como no espaço privado - cuidados dos filhos e dos afazeres domésticos.

O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres, discorre sobre o papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus impactos na vida e na saúde das mulheres na atualidade é um exercício de análise das complexas relações de disputa de poder entre as forças econômicas, sociais e políticas do âmbito do Estado, do Mercado e da Sociedade Civil, lembrando que o Estado da República Federativa do Brasil é atravessado por disputas de interesses

travadas entre setores do mercado e da sociedade civil, com impactos na construção em cada momento, principalmente, por se tratar de uma economia periférica aos países do centro do capitalismo no mundo.

Assim, o poder se estrutura de acordo com o cenário do momento: se é de crescimento econômico, configura-se “situação de bonança” ou, se é de queda, a situação é de turbulência, onde tais crises são cíclicas no capitalismo e, em caso de ameaça a sobrevivência do sistema, não existe possibilidade de pacto nacional entre as forças sociais e as do mercado sobre agenda única para enfrentá-las, principalmente porque são antagônicas e envolvem poderosos interesses internacionais, sendo uma disputa de projetos: os movimentos sociais defendem manter investimentos como forma de superar a crise, respeitando-se a prioridade da agenda das políticas de inclusão social, enquanto setores alinhados ao mercado radicalizam na proposta de corte em todo e qualquer investimento, principalmente em áreas sociais, e mais, congelam gastos de despesas constitucionais no âmbito da seguridade social (saúde, assistência e previdência social), com foco em rigoroso processo de ajuste fiscal, com o objetivo de pagar os juros da dívida pública, favorecendo o sistema financeiro, recaindo sobre as (os) trabalhadoras (es) o ônus do referido ajuste. Isto expressa, sem dúvida, uma clara opção pelo Estado Mínimo, em detrimento de um Estado que contemple as políticas sociais.

Por fim, destaca-se que a a 2ª CNSMu representa uma oportunidade para a construção de políticas que expressem as necessidades das mulheres, além de reafirmar os princípios orientadores do SUS e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, enfatizando 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 na vida social, econômica e política do país, e, a transversalidade e abordagem de gênero em todas as políticas públicas.

Sendo assim, o enfrentamento das desigualdades de gênero em todos os aspectos e ciclos de vida é a busca permanente pela igualdade no cotidiano

cidadão, então o debate sobre as políticas públicas e, em especial, as de saúde, deve considerar a questão de gênero, a intersetorialidade e a equidade no SUS como conquistas e direitos das mulheres, e servirão de guias, dentro do presente eixo, que se enriquecerá com as contribuições das conferências no âmbito municipal, estadual e nacional.

CAPÍTULO II

2. OS MOVIMENTOS FEMINISTAS

De acordo com ALVES (1985), na antiguidade clássica as mulheres, assim como os escravos, eram excluídas das esferas públicas, sendo proibidas de participar nas decisões políticas, confinadas à vida privada e seus afazeres domésticos, porém, tal modelo não se repetia em todas as civilizações naquela época, havendo vários registros de outras culturas onde a divisão sexual do trabalho ou outra forma de hierarquização de um sexo sobre o outro eram inexistentes. Na Idade Média, o pensamento teológico dominante ligava a figura e o corpo da mulher ao pecado, como exemplo a Inquisição e a caça às bruxas foi o responsável pela morte de milhares de mulheres.

Segundo SARDENBERG (1991), o feminismo é um movimento moderno, que surge baseado nas idéias iluministas (de 1680 a 1780), com a Revolução Francesa (de 1789 de 1799) e Americana (de 1775 de 1781), almejando direitos sociais e políticos, por meio da mobilização de mulheres de vários países, lembrando que inúmeros foram os objetivos do feminismo durante o século XIX.

A consciência de gênero bem como as primeiras ideias feministas identificaram-se na história dentro das transformações políticas e econômicas da Europa setecentista, lembrando que Feminismo se organiza como movimento estruturado, a partir do fenômeno da modernidade, acompanhando o percurso de sua evolução desde o século XVIII, tomando corpo no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, transformando-se, também, em instrumento de críticas da sociedade moderna. (COSTA, 2005)

Para SILVA (2008), mesmo com a diversidade de sua atuação, tanto nos aspectos teóricos, quanto nos aspectos práticos, o Feminismo vem conservando uma de suas principais características que é a reflexão crítica sobre as contradições da modernidade, principalmente, no que tange a libertação das mulheres, sendo que os primeiros indícios do movimento feminista ocorreram durante a Revolução Francesa, por meio da publicação do livro *A Vindication of the RightsofWoman* (Em defesa dos direitos das mulheres), da autora Mary Wollstonecraft, tal livro objetiva a legitimação dos direitos políticos para as mulheres, colocando em prática a teoria liberal dos direitos inalienáveis do

homem, para lutar pelo direito feminino, dando maior atenção ao direito à educação.

Assim também reivindicavam direitos trabalhistas para as mulheres, direito à maternidade, e outros relacionados às expressões da questão social, deste modo, as primeiras ideias feministas surgiram no lastro histórico das transformações políticas e econômicas, ou seja, no período denominado como modernidade, avolumando-se no século XIX e expressando-se como instrumento crítico e reivindicatório.

O movimento feminista é criado na intenção de romper com a ordem patriarcal⁵, denunciando a desigualdade entre homens e mulheres e buscando direitos igualitários e mais humanos para as mulheres, onde as feministas consideravam o patriarcalismo moderno como uma situação na qual, dentro de uma associação, na maioria das vezes fundamentalmente econômica e familiar, a dominação é exercida (normalmente) por uma só pessoa, de acordo com determinadas regras hereditárias fixas. (SILVA, 2008)

WEBER (1964) afirma que após um período sem grandes mobilizações, o movimento ressurgiu por volta dos anos de 1960, unindo-se ao movimento hippie internacional e levantando como bandeira o lema “o pessoal é político”, com o objetivo de indagar parâmetros políticos impostos na sociedade, assim nesta perspectiva, o feminismo procura romper com o que era aparentemente privado ou discutido pelo e para o social, aliando-se ao pensamento liberal.

Ainda segundo WEBER (1964), durante o século XX, o chamado Feminismo Liberal, passou por inúmeras fases, entre se fortalecer e perder prestígio na sociedade, mas uma nova consciência o impulsionou para outras conquistas, tanto na produção teórica quanto na prática, assim, era notória uma nova direção empreendida pelo movimento, sendo conhecido naquele momento como Feminismo Radical, sendo este constituído através de pesquisas acadêmicas, reflexões, lutas radicais e tendo como base temas sobre violência sexual, sexualidade e direitos sobre o próprio corpo.

⁵ Trata-se de uma organização social primitiva onde a autoridade é exercida por um homem. Esse poder estende-se aos parentes de uma mesma linhagem, ou seja, um patriarcado é um sistema em que os homens dominam as mulheres. Os homens exercem uma opressão sobre as pessoas do sexo feminino, apropriando-se por meios pacíficos ou violentos da sua força produtiva e de reprodução.

Segundo ALVES (1985), pode-se afirmar que as mulheres sempre possuíram uma participação limitada, o valor da mulher e a ideia de que a mesma não era merecedora dos mesmos direitos, nasceu com a evolução do capitalismo, porém, em raras sociedades na idade média, já tiveram direitos semelhantes aos dos homens.

Foi durante a revolução industrial que o movimento se fortaleceu unindo-se às causas trabalhistas, no qual as mulheres passavam horas dentro das fábricas, trabalhando em condições precárias. Lembrando que o auge do movimento feminista ocorreu nas grandes greves do ano de 1857 e 1911 em Nova York, onde as operárias de uma fábrica têxtil paralisaram suas atividades para conquistar melhores condições de trabalho, sendo reprimidas pela polícia. Assim, na data de 25 de março do ano de 1911, um incêndio em uma das fábricas acabou com a morte de mais de 100 mulheres, evento que acabou por dar origem ao Dia Internacional da Mulher, comemorado no dia 8 de março. (ALVES,1985)

Outro fato importante foi a luta pelo direito ao voto, que aconteceu pelas sufragistas no ano de 1897, sendo que o movimento iniciou juntamente à Revolução Industrial, onde a Nova Zelândia foi o primeiro país a reconhecer o direito de voto das mulheres no ano de 1893, no Reino Unido, o voto feminino foi aprovado no ano de 1918, e, entre 1914 e 1939, vinte e oito países aprovaram o voto feminino.

Já no Brasil, as mulheres ganharam direito a voto ano de 1932 e concretizado apenas em 1933, na eleição para a Assembléia Constituinte, porém, devido à ditadura de Getúlio Vargas, as mulheres só puderam votar nas eleições de 1946.

2.1 O Movimento da mulher no Brasil

De acordo com TOURAINE⁶ (1984), na América Latina, o movimento feminista se baseou em influências de mulheres que atuaram em movimentos guerrilheiros, participantes do movimento estudantil, partidos políticos progressistas, organizações acadêmicas, políticas e por mulheres que foram obrigadas a exilar-se de seu país.

⁶ TOURAINE, Alain, **O Retorno do Ator**, Portugal/Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

Os movimentos sociais são como atores fundados na mesma cultura e que se unem para lutar pelos mesmos objetivos, ou objetivos parecidos, no qual a equidade de gênero é parte de um ideal do movimento feminista e sua conquista implica em um processo árduo e longo, propiciando às mulheres repensarem sobre sua opressão acerca, principalmente das questões políticas, trazendo à tona a questão de que tudo aquilo que é público atinge a vida pessoal e as decisões, seus desejos e vontades não aconteciam somente pelo próprio mérito, condição ou até mesmo sorte, mas sim, que a vida pessoal era até então atingida por fatores públicos. (TOURAINÉ, 1984)

Segundo OTTO (2012), no século XIX os direitos das mulheres surgiram de maneira mais clara, sendo que muitas já faziam parte da força de trabalho empregada, ocupando o cenário industrial, inclusive na indústria têxtil, assim, inúmeras já incorporadas nas lutas trabalhistas, reivindicavam seus direitos como trabalhadoras, inclusive em questões de opressão por gênero.

Já no século XX, de acordo com OTTO (2012), o feminismo surge com outro perfil no Brasil, sendo mais crítico, junto a novas propostas, com a união de mulheres de diversas classes sociais, onde o caráter militante se destaca em tal momento, questionando a educação, a política e a dominação masculina da sociedade, bem como a sexualidade e divórcio.

Tal movimento teve seu auge durante o movimento anarquista e pelo Partido Comunista, onde de 1940 a 1970 do século XX, o movimento se modificou, as mulheres não deixaram de atuar na sociedade, enfrentando preconceitos de inúmeras conjunturas, e, lutando por melhores direitos, como a luta durante 1950 contra a elevação do custo de vida, sendo este movimento reconhecido apenas como uma fase e/ou tendência.

Segundo MIRANDA⁷ (2012), com a implantação da ditadura e com o golpe militar de 1964, a manifestação do movimento feminista foi proibida, pois militares usavam do seu poder coercitivo para destruir qualquer ameaça da oposição.

MIRANDA (2012), afirma que mesmo assim na sua segunda fase, marcada pelos anos 70, houve a continuidade velada do movimento, havendo

⁷ MIRANDA, Cynthia Mara. **Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil**, 2012.

grande resistência ao regime vigente daquela época, e, no ano de 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU), declara tal ano como o Ano Internacional das Mulheres, fortalecendo os movimentos feministas.

Assim, comemorando a data, organizaram-se dois eventos, um por grupos informais e privados de mulheres e com o apoio da ONU e, outro, pelo Movimento Feminino pela Anistia, com a participação de mulheres que vivenciaram o exílio, inovando a forma de pensar das brasileiras.

Novos grupos de mulheres se formaram em todo o país, poucos somente voltados para estudos e debates, porém, outros voltados para a própria ação feita baseados em estudos, buscando direito de autonomia social, do contrário à política da época, e, tal nova fase aconteceu por meio da modernização, de influências de novos comportamentos afetivos e sexuais, de maior aprofundamento de recursos terapêuticos, psicológicos e psicanalistas, resultando na maior participação das mulheres no mercado de trabalho. (COSTA, 2005)

Segundo OLIVEIRA (2014), no período pós ditadura militar, o período de redemocratização enfatizou as lutas sociais, existindo assim um despertar democrático, que possibilitava à sociedade a exigência de direitos, sendo que os movimentos sociais e o feminismo passam a possuir caráter reivindicatório fortalecido, sendo apoiado internacionalmente de maneira a pressionar o Estado, viabilizando políticas públicas, criando vínculo com as organizações não governamentais feministas.

Na década de 1980, o período de redemocratização impulsionou o surgimento de novos grupos de feministas, como o das acadêmicas, e, em 1985 surgiram as primeiras delegacias para as mulheres, sinalizando que a violência contra a mulher existia e não era algo natural e, portanto, era necessário denunciá-la, criado também o Programa de Atenção à Saúde da Mulher, baseando-se no planejamento familiar, sexualidade e aborto, assim, o movimento feminista se fortificou, tendo apoio de outros movimentos sociais, envolvendo vários grupos de mulheres e pessoas, onde diversos outros temas fazem parte da pauta feminista, como a sexualidade, direitos reprodutivos, bem como a violência contra a mulher, sendo modificados também programas de televisão. (OTTO, 2012)

OTTO (2012), afirma também que na década de 80, partidos eleitorais começaram a possuir interesses feministas em seus programas de campanha, com a criação de departamentos femininos nas estruturas partidárias, possibilitando a inclusão de mulheres nas legendas partidárias, a exemplo disto, foram a implantação do Conselho Estadual de Condição Feminina pelo PMDB,

marcando o terceiro momento do movimento feminista brasileiro e, em 1985, a instituição do Congresso Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) transformando-se em um organismo estatal.

De acordo com SILVA (2008), por meio da Carta das Mulheres à Assembleia Constituinte, as demandas feministas chegaram à sociedade civil, introduzindo as mulheres dentro do Congresso Nacional, reivindicando direitos mais igualitários, sendo reconhecido o movimento feminista como o movimento da sociedade civil que mais conquistou vitórias.

A década de 90 possuiu grande importância para as Conferências Mundiais, especificamente para a Conferência de Direitos Humanos, no ano de 1993, e, para a Conferência de População e Desenvolvimento no ano de 1994, sendo a partir da IV Conferência Mundial da Mulher que os projetos feministas adentraram em caráter baseado totalmente nos direitos humanos, especificamente para a violência contra a mulher, com ações por meio de passeatas e manifestações, requisitando também a alteração no Código Penal. (SILVA, 2005)

2.2 A Violência contra a Mulher

DUARTE (2009), afirma que gênero representa um elemento que não faz parte do capital genético da pessoa e sim, da sua bagagem sócio-cultural, política e histórica (pessoal e coletiva), sendo um modo de referir-se à organização social das relações entre os sexos.

De acordo com DUARTE (2009), o reconhecimento dos direitos da mulher é fruto da história de inúmeras lutas, perdas e conquistas ao longo dos séculos, lembrando que o Código Civil do ano de 1916, que teve vigor até o ano de 2002, impunha à mulher a condição de subordinação, iniciando-se com o pai, e, junto ao casamento, era passada ao marido, onde sequer tinha direito ao voto, e à mulher não eram destinados os mínimos direitos de inserção no mercado de trabalho, e/ou de estudar.

Assim, a legislação, baseada em valores do início do século XX, impunha severamente a punição à mulher vista como desonesta, como por exemplo, dando direito ao homem a anular o casamento caso não se constatasse sua virgindade, e, além disto, ainda que a figura do adultério estivesse tipificada no

Código Penal, atingindo tanto o homem quanto a mulher, comprovou-se que as maiores conseqüências atingiam principalmente estas, como, por exemplo, os tribunais brasileiros que absolveram ao longo de décadas, só para citar o século XX, homens que mataram suas mulheres em “legítima defesa da honra”.

As formas mais comuns de violência contra a mulher é a violência física, o uso da força física que pode causar lesões externas ou internas, a violência psicológica, a agressão emocional por atitudes ou palavras que causem a diminuição da mulher, perante as demais pessoas da família, amigos e outros, na qual sua estrutura é atacada diretamente o que lhe ocasiona sentimento de inferioridade, sendo que no âmbito familiar manifesta-se através de ciúmes, e injúrias, objetivando diminuir socialmente a mulher, e a violência sexual, na qual todo ato em que uma pessoa por meio de poder ou força física, coerção intimidação psicológica obriga outra a manter relação sexual contra a sua vontade. (VENOZA, 2004)

O amadurecimento da mulher e a constante luta de reivindicação de seus direitos são finalmente reconhecidos pelo Código Civil Brasileiro, o qual entrou em vigor em 2002 vindo substituir leis antigas e obsoletas, datadas de 1916, não vindo antecipar nenhum comportamento social, porém, regulamentar o que já estava consumado, visto que desde aquela época a mulher podia estudar, ter profissão, ser independente, embora isso não estivesse reconhecido em Lei, podendo ser entendida assim, que a sociedade muda mais rápido que a lei, não existindo mais instituição de direito baseado no sexo das pessoas. (NICKHORN, 2003)

Assim, segundo NICKHORN (2003), com tal lei, foi substituída a palavra “homem” por “pessoa”, atualmente, amparada legalmente por medidas protetivas do Estado em obediência aos Tratados e Convenções dos quais o Brasil é signatário. A mulher busca alinhar-se aos homens no mesmo patamar, o que significa igualdade no compromisso pela manutenção da família no que se refere a sustento e educação dos filhos assim como no espaço profissional e social.

No começo do século XXI, os números de acidentes, crimes e de violência em todos os sentidos aumentaram muito, principalmente nas grandes cidades, tornando os impactos da violência contra a mulher em evidência nos Estados e cidades, os quais não conseguem acompanhar tais números a fim de obter respostas eficazes, nem a respeito de prevenção, nem na coerção de tal crime e violência, assim, permaneceu tal situação pela primeira década, o que

comprovou a negligência tradicional do sistema de segurança pública brasileiro diante das práticas criminais.

Ainda segundo ESCORSIM⁸, a partir das notificações, a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) da Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde do Ministério da Saúde, produziu uma pesquisa durante os anos de 2008 e 2009 nas capitais e Distrito Federal⁹ e realizou várias análises dentre todas as informações coletadas.

Quanto à violência contra a mulher obteve os seguintes resultados:

1) Distribuição por faixa etária nas ocorrências de violência contra mulheres:

| Faixa etária | N | % |
|-------------------|-------|-------|
| 0 a 9 anos | 1.309 | 21,0 |
| 10 a 19 anos | 1.796 | 28,8 |
| 20 a 29 anos | 1.241 | 19,9 |
| Acima dos 30 anos | 1.890 | 30,3 |
| Total | 6.236 | 100,0 |

Fonte: Min. da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2008-2009, apud ESCORSIM, 2017

Referindo-se às agressões, o documento aponta que o total de atendimentos nos serviços de urgência e emergência foi de 4.472, sendo que 3.244 (72,5%) ocorreram entre homens (Idem, p. 59). Para o sexo feminino, a pesquisa demonstrou os seguintes resultados:

⁸ ESCORSIM, Silvana Maria, **A mulher em situação de violência doméstica e familiar**, 13^o. MM Congresso Mundos de Mulheres & Fazendo Gênero 11 – Transformações, Conexões, deslocamentos

⁹ VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 119-122.

2) Atendimentos por agressão em serviços sentinela de urgência e emergência em 24 capitais e no DF. Dados coletados de setembro a novembro de 2014:

| Faixa etária | N | % |
|----------------|-------|------|
| 0 – 9 anos | 149 | 15,3 |
| 10 – 19 anos | 240 | 17,7 |
| 20 – 39 anos | 607 | 46,9 |
| 40 – 59 anos | 186 | 17,0 |
| 60 e + | 41 | 3,0 |
| Sem informação | 5 | 0,3 |
| Total | 1.228 | 100 |

Fonte: Ministério da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) 2013-2014. 2017. p. 61, apud ESCORSIM, 2017

2.3 A Lei Maria da Penha

Quando se fala sobre a produção e a reprodução do ciclo da violência contra a mulher, não se pode esquecer que esta representa um fenômeno antigo e, também por isso, muito banalizado, justificado por pressupostos biológicos bem comuns, apontando a mulher como ser mais frágil, de menor força física e capacidade racional, que por sua própria natureza domesticável tem tendência a ser dominada, pois necessita de alguém para protegê-la e orientá-la, pensando assim, a mulher encontra-se passiva de violência e, em alguns momentos, inclusive precisa de uma correção, lembrando que tal pensamento biologicista defende que as mulheres, por uma suposta “natureza feminina”, apresentam comportamentos ilógicos e irracionais, além de emotividade excessiva, o que muitas vezes as fariam perder o controle, provocando a violência.

É necessário desconstruir tal naturalização, para compreender inicialmente o conceito de violência contra a mulher, ou seja, tal termo pode ser compreendido como forma de restringir a liberdade de uma pessoa ou de um

grupo de pessoas, reprimindo e ofendendo física ou moralmente, Não somente especificando que se trata de uma restrição de liberdade à mulher como oposição àquela sofrida pelo homem.

Segundo DIAS¹⁰ (2007), a Lei nº. 11.340/2006 ficou conhecida como Lei Maria da Penha, em razão da luta de uma mulher, que exigiu justiça, inspirando uma legislação mais rigorosa, após ter sido vítima de seu próprio marido que tentou matá-la em duas oportunidades consecutivas e mesmo assim permaneceu ileso em sua liberdade, sendo que na primeira tentativa, houve a simulação de um assalto, lhe dando um tiro enquanto dormia e ela ficou paraplégica, e, na segunda ele tentou eletrocutá-la.

Assim, nas duas vezes, a mulher não teve chance de reação em defesa própria, somente de contar com a ação estatal para tentar coibir uma nova tentativa. Maria da Penha, vítima de um marido insano e cruel, denunciou-o junto ao Ministério Público Estadual, e, após longos oito anos o criminoso foi condenado à prisão, porém, por meio de medidas protelatórias não chegou a cumprir a pena, permanecendo em liberdade.

Entre a prática dessa dupla tentativa de homicídio e a prisão do criminoso, transcorreram dezenove anos e seis meses, e, diante de seu sentimento de injustiça e impunidade, à vítima Maria da Penha juntamente com o CEJIL - Centro para a justiça e o direito internacional e CLADEM - comitê latino americano e do caribe para a defesa dos direitos da mulher formularam uma denúncia à comissão interamericana dos direitos humanos da Organização dos Estados Americanos - OEA do qual o Brasil é signatário, e, a comissão, após apreciar o caso concluiu pela necessidade de uma reforma no processo penal nacional com a finalidade de tornar mais efetivos os procedimentos judiciais penais, dando mais eficácia aos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal, na medida em que promovem a efetiva condenação e cumprimento da pena. (DIAS, 2007)

Porém, a mudança legislativa Anterior à Lei nº. 11.340, não existia lei específica para este tipo de problema, sendo que sequer havia determinação de

¹⁰ DIAS, Maria Berenice. **A lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher**, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

quais eram as formas de violência, assim, modificações aconteceram no Código Penal e no Código de Processo Penal que até então apontavam apenas alguns aspectos relacionados à violência doméstica, não sendo suficientemente eficazes no combate e/ou desestímulo a este tipo de violência.

Segundo BRASIL (2012), a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) possui o reconhecimento pela ONU como representação de uma das três melhores legislações mundiais quando se trata do combate à violência contra as mulheres, resultado da luta histórica de movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contrária à impunidade nacional da violência familiar e doméstica contra as mesmas.

Mesmo que a sociedade tenha apoiado significativamente o movimento, existiram inúmeras resistências, as quais aceitavam a violência doméstica como representação de um crime menos ofensivo, reforçando assim, a dominação do sistema de poder absoluto patriarcal.

Assim, tal lei teve grande evolução na história da impunidade, e, através da mesma, houve a preservação de vidas, garantindo a proteção e o direito, bem como fortalecendo a autonomia das mulheres, e, criando canais de atendimento humanizado destinados às mulheres, somando valores de direitos humanos juntamente à política pública, educando assim toda a sociedade.

Alguns órgãos governamentais, junto à sociedade civil e à Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, ampliaram a divulgação de tal instrumento facilitador pelo fim da violência contra as mulheres, sendo que tal lei é reconhecida por ampla maioria da população.

Numa manifestação histórica a favor da constitucionalidade de tal lei, o Tribunal Federal (STF) reconheceu a desigualdade que ainda existe entre homens e mulheres, onde mulheres ganharam direito à proteção, a Lei Maria da Penha determinou que a prática de violência doméstica contra as mulheres incrimine o agressor, sem depender da autorização prévia da vítima, porém, para que haja a efetivação da mesma e da aplicação só se dá através da articulação entre as inúmeras áreas do executivo, legislativo e judiciário, bem como em suas respectivas esferas de atuação.

A lei completa seis anos de vigência em 2012. Comemoramos os avanços em sua aplicação rumo a transformações de valores e comportamentos, que permitam a equidade entre homens e mulheres.

Os principais aspectos da Lei Nº 11.340/2006 são: proporcionar instrumentos que “coibir, prevenir e erradicar” a violência doméstica e familiar contra a mulher, garantindo sua integridade física, psíquica, sexual, moral e patrimonial, a conhecida violência de gênero. (BRASIL, 2012)

Assim, os objetivos da lei são referentes à retirada da apreciação pelos Juizados Especiais (Lei nº 9099/95) dos crimes de violência praticadas contra as mulheres, bem como a não aplicação prática das penas de fornecimentos de cestas básicas e/ou multas, consideradas penas leves quando aplicadas em casos graves, e, na implantação de procedimentos e regras específicos na investigação e julgamento dos crimes de violência contra a mulher no convívio familiar, sem esquecer que devido às penas leves aplicadas, tais agressores se sentem livres para repetirem os crimes, juntamente à inexistência de denúncias por parte das vítimas, estas que possuem medo de uma futura violência maior ainda.

A Lei Maria da Penha incorporou o avanço legislativo internacional e se transformou no principal instrumento legal de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher no Brasil, tornando efetivo o dispositivo constitucional que impõe ao Estado 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" (art. 226, § 8º, da Constituição Federal).

A Lei Maria da Penha criou um mecanismo judicial direcionado diretamente aos Juizados de Violência Familiar e Doméstica contra as Mulheres possuindo competência cível e criminal, inovando juntamente a muitas medidas protetivas de urgência a favor das vítimas de violência, reforçando assim a atuação das Delegacias de Atendimento à Mulher, da Defensoria Pública e do Ministério Público e da rede de serviços de atenção à mulher em situação de violência familiar e doméstica, prevendo medidas de caráter protetivo, social e repressivo, definindo diretrizes de políticas e ações públicas integradas para a erradicação e prevenção da violência contra as mulheres, a exemplo disto cita-se serviços interinstitucionais, estudos e estatísticas, avaliação de resultados,

centros de atendimento multidisciplinar, delegacias específicas, casas de apoio e abrigo, campanhas educativas, parcerias, etc.

A Lei Maria da Penha especifica que é obrigação do Estado a garantia da segurança de mulheres em espaços públicos e privados na definição da política preventiva e no combate da violência contra a mulher, delimitando o atendimento às vítimas de violência, mudando a hierarquia de poder social para que se privilegie mulheres, dando às mesmas mais cidadania, e, conscientizando, agindo e se posicionando tal dentro do ambiente social e familiar na garantia da emancipação e autonomia femininas.

De acordo com a lei, no artigo 7º da Lei nº 11.340/2006 são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima 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; a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (BRASIL, 2012)

E, quando se fala em tipos de violência contra a mulher, lembrando que representa qualquer conduta, ação ou omissão, discriminação, agressão e/ou coerção, pelo fato da vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial, sendo que tal violência pode ocorrer tanto em espaços públicos como privados.

E, por fim, sem esquecer que o Código Penal Brasileiro ainda inclui que a violência sexual pode ser caracterizada de forma física, psicológica ou por meio de ameaça, que vai do estupro, tentativa do mesmo, atentado violento ao pudor, até o ato obsceno.

CAPÍTULO III

3 PESQUISA BIBLIOGRAFICA

A Pesquisa foi realizada com bases bibliográficas, utilizando a consulta em três artigos que discutem e discursam sobre o tema, que baseia-se nos principais debates destacados nas obras e artigos científicos publicados em revistas nos últimos dois anos, sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher em atendimento hospitalar, a fim de refletir sobre o atendimento hospitalar as mulheres em situação de violência doméstica e familiar, identificando debates convergentes e/ou divergentes apontados nos artigos.

Os artigos escolhidos para estudo foram selecionados de fonte da base Scielo (Scientific Electronic Library Online), citados abaixo:

| TÍTULO | AUTOR(ES) | ASPECTOS |
|--|--|--|
| O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde | Maria Aparecida Penso, Tânia Mara Campos de Almeida, Kátia Cristiana Tarouquella Brasil, Celso Aleixo de Barros e Patrícia Lara Brandão, Revista Temas psicol. vol.18, Ribeirão Preto 2010 | O artigo traz a discussão os resultados no ambiente conjugal-familiar, do trabalho de profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência, apresentando estratégias no seu combate, para a garantia do trabalho junto às vítimas, lembrando que tais serviços de saúde pública representam uma dos principais atendimentos em situações de violência, que envolve lesões visíveis no corpo, que |

| | | |
|---|--|--|
| | | oferecem risco à vida, necessitando do atendimento imediato, em prontos-socorros dos hospitais. |
| Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura | Iara Muller Bernz, Elza Berger Salema Coelho, Sheila Rubia Lindner, Revista Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.3, 2012. | Uma revisão de literatura que estudo as características de profissionais da saúde, bem como suas condutas, e o atendimento à mulher vítima de violência doméstica. |
| Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema | Daniele Ferreira Acosta, Vera Lúcia de Oliveira Gomes, Adriana Dora da Fonseca e Giovana Calcagno Gomes, Revista Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2015 - Jan-Mar. | Estuda a identificação dos motivos que levam à violência contra mulher, descrevendo atos do parceiro íntimo, discute a supremacia masculina como causadora do sofrimento e da submissão, as conseqüências à vítima e toda família. Apresenta a necessidade da integração da equipe de enfermagem na rede de apoio, compreendendo tal fenômeno como |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>problema de saúde, a importância de romper obstáculos que impedem o efetivo e eficaz atendimento, fortalecendo o fortalecimento da autonomia feminina e incluindo os homens nas ações de combate e prevenção à violência contra a mulher.</p> |
|--|--|--|

No presente estudo foram utilizados basicamente três artigos, publicados por três autores ou mais na base da Scielo, onde as áreas que se destacam são respectivamente enfermagem, psicologia e medicina.

A escolha de tais arquivos foi feita devido aos mesmos tratarem especificamente sobre o tema que optei, bem como ao analisar todos os outros artigos sobre o tema, os três artigos por mim escolhidos foram os mais interessantes, detalhados e embasados.

O tema violência contra a mulher é tratado e estudado por diversas áreas de conhecimentos, sendo necessária a comunicação e ligação direta entre inúmeros setores que constituem redes para o enfrentamento do problema, contribuindo para a resolução do mesmo.

Os principais debates destacados em artigos publicados entre os anos de 2010 e 2015 sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher em atendimento hospitalar são respectivamente: Artigo 1: O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde, autores: Maria Aparecida Penso, Tânia Mara Campos de Almeida, Kátia Cristiana Tarouquella Brasil, Celso Aleixo de Barros e Patrícia Lara Brandão, 2010; Artigo 2: Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura, autores: Iara Muller Bernz, Elza Berger Salema Coelho e Sheila Rubia Lindner, 2012 e Artigo 3: Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do

problema , Autores: Daniele Ferreira Acosta , Vera Lúcia de Oliveira Gomes, Adriana Dora da Fonseca e Giovana Calcagno Gomes, 2015.

Refletindo sobre a temática apresentada pelos três artigos, nota-se que o artigo buscou identificar as causas levam à violência contra mulher, descrevendo atos perpetrados pelo parceiro íntimo, tratando-se de uma pesquisa documental, qualitativa, onde foram analisadas 902 ocorrências registradas entre agosto de 2009 e dezembro de 2011, onde as vítimas já eram maiores. O segundo artigo tinha como objetivo principal compreender os impactos nas vidas pessoais de funcionárias públicas que dispensam atenção biopsicossocial a crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência, esta reflexão adentra o seu universo conjugal-familiar. Já o terceiro artigo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre as características dos profissionais da saúde e suas condutas, no que diz respeito ao atendimento à mulher vítimas de violência doméstica. Para tanto, realizou-se uma investigação nas bases de dados eletrônicos Lilacs, Scielo e Medline publicados entre o ano de 1997 a 2009.

Sobre as mulheres em situação de violência em atendimento hospitalar, o primeiro artigo afirma que a equipe de enfermagem, é parte integrante da rede de apoio, necessita compreender esse fenômeno como problema de saúde, empenhando-se cada vez mais na ruptura dos obstáculos que impedem o efetivo e eficaz atendimento, auxiliando o fortalecimento da autonomia feminina, bem como a inclusão dos homens nas ações de combate e prevenção à violência contra a mulher. No artigo 2, destaca que tal fator reflete no tipo de acolhimento de usuárias, sendo que uma vez que as profissionais, mesmo sabendo que necessitam de um olhar diferenciado para exercer suas atividades de modo eficiente, bem como criarem estratégias para enfrentar o problema, sentem-se mobilizadas pelos relatos e pelos corpos agredidos, como também pelo adoecimento oriundo de tal ofício, lembra também que serviços de saúde pública representam uma das principais bases para o atendimento de situações de violência, especialmente as que ocorrem no ambiente doméstico, envolvendo lesões visíveis no corpo, oferecendo muitos riscos de morte, necessitando do imediato atendimento em prontos-socorros dos hospitais. Já o terceiro artigo cita o fato de que os profissionais enxergam a violência somente de maneira explícita, que em sua maioria não realiza nenhum tipo de encaminhamento, lembrando a falta de redes de apoio e a falta de capacitação como os principais

obstáculos no combate à violência doméstica contra a mulher, destacando que há a extrema necessidade do suporte teórico-prático para que tais profissionais possam detectar situações de violência, encontrando maneiras de abordagem junto à família.

3.1 O atendimento no ambiente hospitalar às mulheres vítimas de Violência Familiar e/ou Doméstica

Quando se fala no atendimento da mulher vítima de violência doméstica no ambiente hospitalar, a questão que surge a partir das reflexões realizadas sobre tal é: quais os principais debates evidenciados em artigos publicados nas revistas científicas nacionais sobre as mulheres em situação de violência em atendimento hospitalar?

O presente estudo objetiva refletir sobre o atendimento hospitalar as mulheres em situação de violência doméstica e familiar, evidenciando os principais debates em artigos publicados nas revistas científicas sobre as mulheres em situação de violência em atendimento hospitalar, bem como identificando debates convergentes e/ou divergentes apontados nos artigos, e, refletindo sobre o atendimento hospitalar às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

A pesquisa foi realizada através de consulta bibliográfica em artigos da base de dados na SCIELO sobre o atendimento no ambiente hospitalar às mulheres vítimas de violência doméstica e/ou familiar, lembrando que a importância de tal tema, foca a violação de direitos das mulheres e a taxa de violência doméstica ser altíssima em nossa sociedade, mesmo tendo em vigor no Brasil há dez anos a Lei Maria da Penha, criada para coibir a violência contra as mulheres e uma das mais atuais do mundo.

É de extrema importância que a instituição de saúde tenha uma real preparação ao lidar com tal situação de violência, em todos os sentidos, pois tanto no âmbito psicológico quanto de toda a equipe profissional é preciso que se trabalhe como um todo, por meio de uma equipe que englobe inúmeros

profissionais de diversas especialidades, como por exemplo, Assistente Social, Psicólogo, etc.

3.2 Violência Doméstica

Segundo BERNZ (2012), a violência contra a mulher, foi considerada pela Organização Mundial da Saúde como um problema prioritário de Saúde Pública em 1996, quando é reconhecida oficialmente e mundialmente a partir da Declaração Sobre a Violência Contra a Mulher, aprovada pela Conferência dos Direitos Humanos em Viena, em 1993, criando uma definição oficial das Nações Unidas, como todo ato de violência de gênero que resulte em 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.

Tal violência resulta no aumento na taxa de casos de abuso de droga e/ou álcool, de problemas de saúde como por exemplo cefaléias e/ou distúrbios gastrointestinais, sem contar com o sofrimento psíquico causado pela falta de capacidade feminina no enfrentamento de tal situação.

Lembrando que a violência influencia diretamente o estado saúde-doença de mulheres, considera-se que o setor saúde é a base de identificação, assistência e referências de tais mulheres que são vítimas desta violência.

De acordo com ACOSTA (2015), a violência contra a mulher é atualmente considerada como um problema de saúde pública tanto pelo impacto negativo na qualidade de vida das vítimas quanto pelas influências nas distintas situações, juridicamente, socialmente, economicamente e na saúde. Mesmo com o reconhecimento do seu enorme alcance multidisciplinar, destaca-se a omissão de tal situação, inúmeras vezes devido ao silêncio das vítimas, bem como à errônea comunicação entre a vítima e os profissionais.

A identificação dos aspectos epidemiológicos e das maneiras de violência contra a mulher constatou que o parceiro íntimo é o que torna perpétua tal situação, sendo tal cenário resultado de questões histórico-culturais, derivadas organização social, a qual justifica o domínio da mulher pelo próprio parceiro. (ACOSTA, 2015)

Assim, é possível perceber que culturalmente é imposta pela família, a originalidade das relações de poder, de sexualidade e de gênero, transformando o ambiente doméstico em um ambiente violento.

A violência contra a mulher é todo e qualquer ato e/ou conduta induzida pelo gênero causando a morte, dano ou sofrimento físico, psicológico e/ou sexual, independentemente da ocorrência pública ou privada.

No começo do ano de 1980, juntamente aos protestos e campanhas feministas, tal situação se sobressaiu, reivindicando-se políticas públicas de segurança e de justiça, através das quais, a mulher rebelou-se contra a impunidade de assassinatos realizados por companheiros e/ou ex-companheiros na absurda alegação de legítima defesa da honra, sendo que tal movimento obteve alcance nacional e internacionalmente, obtendo também enormes avanços na prevenção e no combate de tal violência.

Mais conhecida como Lei Maria da Penha, a Lei n. 11.360/2006, tem por objetivo prevenir e proibir a violência doméstica e familiar, porém, mesmo assim, os casos ainda são muito elevados, levando em consideração o tamanho do problema pelo fato de que muitas vítimas ainda não denunciem inúmeros casos, criando assim uma máscara em dados epidemiológicos.

Em conjunto, raros são os casos em que os profissionais realizam a notificação presumida e/ou consumada, mesmo podendo realizar tais notificações, bem como o encaminhamento das vítimas aos serviços especializados, lembrando que a notificação da violência é obrigatória aos profissionais de saúde, especialmente a profissionais de enfermagem devido ao seu contato direto com as vítimas, sob pena de punição prevista em seus códigos de ética, pois quando se negligencia tal problema, se chama de “conspiração do silêncio”.

Não pode-se se esquecer que ainda existem diversas obstáculos que desqualificam a atenção necessária às mulheres vítimas de violência, sendo pelo despreparo, pela falta de tempo, pelo medo, pelos pré-julgamentos diretamente ligados a estereótipos culturais e/ou sociais, por considerarem que não é um problema de saúde, dificultando assim, a abordagem do problema.

Assim, torna-se necessária a correta atenção da equipe multidisciplinar, especializada e capacitada, que possua coerência e sensibilidade a tal

problema, considerando que raramente ações e disciplinas singulares obterão sucesso contra a violência contra a mulher.

Existem aspectos da violência doméstica com a realidade social influenciam na ocultação do impacto que a violência exerce sobre a saúde das mulheres, primeiramente o fato da mulher não realizar a denúncia de agressão, física e/ou psicológica, descrevendo somente queixas sutis e corriqueiras nos serviços de saúde, as quais se referem aos danos físicos, e posteriormente, o fato do domínio da qualidade tradicional da assistência baseada em heranças de programações de saúde e formação profissional fragmentada e biologicista. (BERNZ, 2015)

Sem esquecer que ainda existe a falta de preparo e a resistência de inúmeras categorias profissionais na abordagem prática de tais situações em lidar com as vítimas no âmbito do sistema de saúde.

Mesmo havendo estudos que comprovem a prática e a percepção do profissional da saúde sobre a violência doméstica contra a mulher, estudos poucos sistemáticos são encontrados sobre o tema, lembrando que é de extrema importância que se leve em consideração o grau de comprovação científica para se ter uma idéia de como o profissional age mediante a casos de violência doméstica em sua rotina diária de trabalho, a fim de identificar todas as falhas do sistema de atendimento a tais vítimas, tendo como objetivo realizar o acolhimento e encaminhamento correto e eficaz.

3.3 O profissional de Saúde e o atendimento de mulheres vitimizadas

No momento em que se pensa na atenção e atendimento oferecido às mulheres que chegam em instituições de saúde, especificamente em hospitais vítimas que violência doméstica e/ou sexual pode influenciar diretamente na decisão desta mulher/vítima de denunciar ou não o agressor. Assim, é de extrema importância que os profissionais da saúde ajam com paciência, e profissionalismo a fim de que a vítima sintam-se segura, pois, como não há como obrigar esta vítima a denunciar o agressor, a forma de como esta vítima é acolhida, pode ajudá-la na tomada de decisão, através de um atendimento de maneira natural, sempre orientando e deixando a vítima à vontade para que se abra a fim de obter ajuda. A segurança da vítima em denunciar tal agressor

depende diretamente de uma rede de proteção, lembrando que uma quantidade significativa de mulheres vítimas de violência doméstica permanecem em silêncio, com medo de que a denúncia faça com que ela volte a ser vítima de mais agressões.

Segundo AQUINO¹¹, como a maioria das atividades na área de saúde é de fato dominada pelo desempenhada por mulheres, principalmente na área de enfermagem, pois representa uma das atividades que possui a identificação como feminina, mesmo existindo alguns homens na área.

MOREIRA¹², afirma que as atividades relacionadas aos cuidados, à higiene, e, certamente, tais cuidados levam à proximidade do espaço hospitalar ao universo doméstico, e, em muitos casos tais profissionais fazem referência ao sentimento de "donas-de-casa" dentro do ambiente hospitalar. Estes profissionais estão diretamente envolvidos com tais situações que chegam diariamente às instituições de saúde, situações estas que chegam a um alto índice de estresse emocional, que devem ser consideradas e associadas à subjetividade. Dentro deste atendimento às vítimas, a dedicação tem um alto custo principalmente psicológico, sendo comum que estes profissionais negligenciem a si mesmos, colocando-se em último plano, introduzindo subjetivamente no seu trabalho a intervenção junto à vítima.

Trata-se do que apontaram os estudos sobre divisão sexual do trabalho, desenvolvidos na França nos anos 1970, impulsionados pelos movimentos feministas e delatores da enorme massa de trabalho efetuada gratuitamente pelas mulheres: o chamado trabalho invisível, entendidos como aqueles trabalhos relacionados à sua "natureza feminina", por exemplo, cuidar das crianças, dos idosos e dos doentes (HIRATA & KERGOAT, 2007).

Os estudos internacionais que se refere à violência contra a mulher é recente, iniciando-se nos anos 70, porém, a cada dia aumentando cada vez mais

¹¹ AQUINO, E. M. L., Menezes, G. M. S., & Marinho, L. F. B., **Mulher, Saúde e Trabalho No Brasil: Desafios Para Um Novo Agir. Cadernos de Saúde Pública**, Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional, Editora Cortez, 2003

¹² MOREIRA, M. C. N., **Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade**, Revista Latino-Americana de Enfermagem, 1999

com o passar do tempo devido ao crescimento do interesse da comunidade científica pelo tema, gerando assim também o aumento dos estudos junto aos profissionais da saúde, lembrando que estes são os agentes essenciais na intervenção.

Profissionais da saúde deveriam servir como referência em casos de mulheres vítimas de violência doméstica, pois, diversas vezes são eles que representam o único e o primeiro contato de socorro, lembrando que serviços de saúde devem representar um lugar seguro onde as mulheres se sintam seguras, obtendo um tratamento com respeito, não sendo estigmatizadas, podendo receber todo o apoio, e, para que isso ocorra de fato este apoio, é de extrema importância que o profissional atente-se à demanda das vítimas de violência. Segundo o Ministério da Saúde, no Plano de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, além da inexperiência, existe também a resistência dos profissionais na abordagem e em lidar com vítimas da violência de gênero.

Percebe-se inúmeros problemas no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica por profissionais da saúde, onde um dos problemas se refere aos profissionais envolvidos no atendimento integral à saúde da mulher, que geralmente são médicos e enfermeiros, os quais realizam o primeiro atendimento a tais vítimas, porém, tais profissionais não conseguem enfrentar o problema de violência doméstica.

Segundo LLAGOSTERA (2008), deve-se dar atenção primária a tais problemas. Evidenciando a importância do investimento em educação permanente de todos profissionais de saúde e dos diversos setores envolvidos no atendimento às mulheres vítimas de violência, realizando o princípio do acolhimento, da cidadania e da atenção integral, sempre reforçando o conhecimento dos profissionais referente aos direitos das mulheres. Ao ler diversos estudos acerca do tema, a maioria dos relatos de profissionais afirmam não ter recebido uma capacitação diferenciada para tal situação, lembrando que a capacitação destes profissionais deve ser constante e contínuo, para que haja uma real resolução de problemas.

De acordo com RIOQUINHO (2006), traz benefícios ao atendimento às vítimas, sendo que as mulheres que sofrem violência possuem uma enorme dificuldade no rompimento desta situação, que vai do medo, vergonha de denunciar, o que as prendem em uma realidade, que só poderá ser interrompida mediante a apoio de pessoas especializadas, assim, é necessário que os profissionais possuam capacitação para serem capazes de reconhecer os sintomas e sinais. No primeiro momento, nota-se que a violência praticada contra as mulheres por parceiros, no ambiente doméstico, sendo sexual, física ou psicológica, não constituindo uma demanda diretamente imediata para os serviços.

Os profissionais da saúde evidenciam a queixa física, na condução do trabalho, fundamentando-se em processos biológicos, mas, quando se trata do reconhecimento de sinais de violência, devem estar atentos aos sintomas secundários, principalmente os psicológicos, para que haja um atendimento integral, e, não somente o questionamento das vítimas quando a violência é óbvia, levando em consideração que a mulher possui dificuldades de expressar a violência vivida. (LETTIERE, 2009)

Assim, BORSOI (1986), fala que os profissionais afirmam que o atendimento contra a violência não é dependente só do setor saúde, necessitando o apoio e parceria da rede de vários setores, englobando a polícia, a justiça, a assistência social, a educação entre outros.

RIQUINHO (2009) afirma que é preciso que todos os serviços se relacionem entre si juntamente aos centros de referência especializados, por exemplo, abrigos, delegacias especializadas e outros centros de referência para que os profissionais desenvolvam habilidades no reconhecimento precoce de casos de violência doméstica.

Para um dos autores analisados, Dias (2004), constitui uma linha de pesquisa semelhante, criando um processo de análise social e científica acompanhado por diversas controvérsias quando fala de definições, significados, causas, efeitos, consequências, bem como intervenções públicas, tratando a violência familiar e/ou doméstica como pluralismo teórico com enormes problemas metodológicos, representando assim um tema delicado de natureza privada e íntima, com uma difícil investigação, possuindo características únicas, onde enquadra na discussão a aplicação de metodologias

qualitativas e quantitativas no estudo de tal violência, conduzindo à questão epistemológica de dicotomia subjetividade e objetividade. Assim, a abordagem quantitativa critica a dificuldade de tal generalização de resultados alcançados, e, a abordagem qualitativa, induz a investigação analisando significados e processos, afirmando que tais necessitam ser reduzida em matéria de intensidade, quantidade e/ou frequência, e, também afirma que quem defende a abordagem qualitativa, se recusam a reduzir os casos de violência contra mulheres a apenas números.

Dias (2004) privilegiou a metodologia qualitativa, porém, não obstante de desconsiderar o valor do método quantitativo, compreendendo que entre os dois há uma continuidade e não uma dicotomia, tentando alcançar a objetividade por meio reconhecimento da subjetividade, ao invés de negar a presença de tal análise da violência, o reconhecimento, por parte do profissional que investiga, através dos próprios das implicações éticas inerentes ao processo da pesquisa e de seus valores, representa uma maneira de ele ser objetivo.

Seguindo este mesmo raciocínio, Minayo (2000), em sua concepção dialética, refere que a quantidade pode ser uma das qualidades dos fatos e fenômenos, onde a pesquisa qualitativa leva em consideração a subjetividade na construção dos conhecimentos científicos, e, considerando a subjetividade como peça importante na individualidade do fenômeno social, e, por fim, quando se adota uma abordagem qualitativa de pesquisa, considerando a violência como fenômeno das Ciências Sociais, atingindo um nível de realidade que não pode ser calculado, significando assim, que trata-se da abordagem que relaciona um imenso universo de desejos, significados, causas, atitudes, crenças e valores e atitudes, correspondendo a um ambiente amplo de relações, fenômenos e processos, que por sua vez é impossível se reduzir à variação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os principais artigos publicados sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher no atendimento hospitalar, foi possível perceber detalhadamente alguns pontos convergentes entre os diversos autores, como por exemplo, a necessidade de melhoria dos serviços às vítimas de violência de maneira integrada entre inúmeros serviços médicos, jurídicos, assistência social e até policial.

Foi possível refletir sobre a capacidade de instituições públicas de saúde, bem como a urgência em reforçar a parceria juntamente à sociedade civil para que sirva como breve resposta a esta violência praticada contra a mulher, a fim de estabelecer formas de coordenar e/ou articular uma direta e clara intervenção por meio da padronização de serviços hospitalares envolvidos em tais atendimentos, para que se garanta a eficácia de tais serviços, promovendo assim o fortalecimento e a promoção da dignidade da mulher.

Quando se fala do papel da assistente social tanto na violência contra a mulher quanto nas questões de trabalho e/ou na perspectiva de classe, busca realizar trabalhos onde haja em benefícios a estas mulheres e sua família, bem como na validação de seus direitos.

Foi possível perceber que a maior dificuldade do assistente social é a escassez de recursos no desenvolvimento de projetos, bem como locais adequados para o atendimento especializado na violência contra a mulher, lembrando que tal profissional utiliza instrumentos técnicos específicos para melhor avaliar casos de violência contra a mulher.

Dentre os instrumentos, pode-se citar a entrevista feita com a vítima, envolvendo um processo de observação, dando a devida atenção a todos os sentimentos expressos pela mesma, outro instrumento é a visita ao seu domicílio a fim de conhecer a realidade da qual a vítima vive.

Levando em consideração a importância do assistente social na defesa dos direitos das mulheres, notou-se que tal profissional auxilia a vítima de violência doméstica na questão de abrigá-la em local seguro no primeiro

momento da violência ocorrida, procurando sempre a evolução do caso para que tal vítima não sofra mais agressões por parte do agressor.

Foi possível perceber que um dos desafios é a independência financeira e/ou emocional que a vítima tem do agressor, acorrentando-a ao ponto da mesma sujeitar-se a humilhações, assim o assistente social tenta, através de instrumentos e técnicas, minimizar os impactos sofridos pela vítima e, conseqüentemente que não seja repassada aos filhos fazendo com que essa vítima seja orientada e respaldada de seus direitos para que consiga assim libertar-se da situação de violência.

A eficácia da implantação da Lei Maria da Penha deve ser periodicamente avaliada, e com muito cuidado, pois mesmo que esteja previsto em lei como forma de prevenção e punição, infelizmente existem muitos obstáculos que precisam ser superados. O poder judiciário necessita ser cada vez mais envolvido na eficácia da Lei, observando sempre o risco de se desviar institutos legais de acesso aos direitos de vítimas de violência doméstica e familiar, sempre visando o aumento de Varas Especializadas, juntamente a equipes multidisciplinares. A ineficácia do cumprimento de tal lei pode se dar na falta e no excesso da aplicação da mesma, sendo essencial concretizar o direito que a mulher possui à vida sem violência para as mesmas, onde a justiça criminal deve ser a resposta para tal caso, sempre incentivando o não arquivamento de ações penais, não abrindo mão de medidas assistenciais, como por exemplo o encaminhamento a tratamentos psicológicos, etc.

Em se tratando sobre o atendimento da mulher vítima da violência familiar e/ou doméstica em ambiente hospitalar, deve-se estabelecer um plano de tal atenção à mesma, tomando os devidos cuidados, discutindo o caso e preenchendo o prontuário único por diversos profissionais relacionados ao atendimento, sem esquecer que todo o relato e todos os dados importantes necessitam ser registrados no prontuário, enfatizando aspectos éticos, sigilosamente, pois, na maioria das vezes, o agressor e a vítima vivem e freqüentam os mesmos serviços de saúde. Assim, a total integração entre os serviços é o aspecto que se deve analisar, para que exista um fluxo de

informações entre tais serviços, onde a rede de saúde tem a função essencial no primeiro atendimento imediato às mulheres vítimas de violência.

A violência sexual contra a mulher foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma questão de Saúde Pública por afetar integralmente a saúde da mulher. Este tipo de violência acomete a cada dia novas vítimas, e os profissionais de saúde precisam estar preparados para atender a mulher nesta situação. Prestar atendimento adequado às vítimas de violência sexual, devolvendo a elas sua dignidade e cidadania, é um grande desafio, que tem mobilizado diversos setores da sociedade, em especial, as organizações de mulheres.

Tal violência exige medidas multidisciplinares, pois no seu íntimo é diretamente ligada à desigualdade de gênero que ainda domina a sociedade, representando a construção histórica baseada nos padrões de organização social, ganhando destaque e passando a ser tratada vista como violação dos direitos humanos e como condição de agravo à saúde, com consequências enormes tanto para a mulher, quanto para a economia do país, sendo que o atendimento a estas vítimas é feito por inúmeros setores, gerando custos com o envolvimento de diversos profissionais de vários setores, não sendo somente da saúde. Sendo necessário o envolvimento de todos os profissionais, na busca de minimizar o sofrimento das vítimas da violência doméstica, assim, algumas influências sociais devem ser reanalisadas para a construção de inovadoras representações, possibilitando o investimento em educação de todos os profissionais, capacitando os mesmos, combatendo e prevenindo tal violência familiar e/ou doméstica contra a mulher. E, por fim, deve-se dedicar mais estudos contínuos para avaliar discussões por meio de cursos de capacitação, criando indicadores afim de estruturar a formação de agentes interdisciplinares que atuam diretamente em serviços prestados a estas e seus familiares.

REFERENCIAS

ACOSTA, GOMES, FONSECA & GOMES, **Violência contra a mulher por parceiro íntimo**, Florianópolis, 2015

ALVES, Branca Moreira e PITANGUY, Jacqueline. **O que é feminismo?** São Paulo: Ed. Abril Cultural e Brasiliense, 1985.

AMÂNCIO FILHO, A., **Cenários e situações da formação em saúde no Brasil**, Boletim Técnico do Senac, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 1997.

AQUINO, E. M. L., Menezes, G. M. S., & Marinho, L. F. B., **Mulher, Saúde e Trabalho No Brasil: Desafios Para Um Novo Agir. Cadernos de Saúde Pública**, Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional, Editora Cortez, 2003

BERNZ, COELHO, & LIDNER, Iara Muller, Elza Berger Salema, & Sheila Rubia, **Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura**, Volume 3, nº 03, Florianópolis, 2012

BORSOI TS, Brandão E, Cavalcanti MLT, **Actions addressing violence against women at two primary healthcare centers in the municipality of Rio de Janeiro**, Interface comunicação saúde educação, Rio de Janeiro, 2009.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRANDÃO, BARROS, BRASIL, ALMEIDA & PENSO, Maria Aparecida, Tânia Mara Campos de, Kátia Cristiana Tarouquella, Celso Aleixo de, & Patrícia Lara, **O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde**, Revista Temas psicol. vol.18 no.1 Ribeirão Preto 2010

BRASIL. Lei Nº 11.340, De 7 de Agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor**. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

BRAVO, Maria Inês Souza, MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate.** In: Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S etalli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. **A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa.** In: **Superando Desafios** – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro: UERJ/ HUPE. Serviço Social, 1999.

CAMPOS, Wagner Gastão de Souza, **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde,** Editora Hucitec. São Paulo. 1997

COSTA, Ana Alice Alcantara. **O movimento feminista no Brasil: Dinâmicas de uma intervenção política.** Gênero, v. 5, n. 2, p. 9-35, RJ/Niterói, 2005.

DIAS, Maria Berenice. **A lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher,** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

DUARTE, Jozi Rubia Ingnácio, **Violência contra a mulher e a Lei Maria da Penha,** Revista de Direito Público, Londrina, 2009.

ESCOREL, S., **História das políticas públicas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária,** In: Giovanella et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, 2008

GAMARRA JÚNIOR, J. S. **Controle social na saúde: desafios e perspectivas.** In: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Org.). Saúde coletiva: um campo em construção. Curitiba: Ibpex, 2006

HIRATA, H., & Kergoat, D., **Novas configurações da divisão sexual do trabalho,** Cadernos de Pesquisa, 2007

LLAGOSTERA, Palú A, Asorey CP, et al., **Modificación de conocimientos de los integrantes del sector sanitario Del municipio “Julio Antonio Mella” sobre violencia intrafamiliar contra la mujer,** Medisan, 2008.

LETTIERE, A, Nakano MAS, Rodrigues DT, **Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde,** RevISTA DE Enfermagem, USP, São Paulo, 2008

MACAULEY, Fiona, *Gender Politics in Brazil and Chile: the role of parties and national and local policymaking*, Hampshire/New York: Palgrave Macmillan, 2006.

MIRANDA, Cynthia **Mara. Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil**, 2012.

MOREIRA, M. C. N., **Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade**, Revista Latino-Americana de Enfermagem, 1999

NEGRAO, Télia, **A rede de defesa dos direitos humanos das mulheres**, Porto Alegre/Assembléia Legislativa, 2002.

NICKHORN, I.R., **Mulher, questão de gênero, a construção de modelos femininos**, Revista temas sociais em expressão, v.2, n.2, maio, 2003

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OLIVEIRA, Laís, **O movimento feminista: algumas considerações bibliográficas**, Londrina, 2014

OTTO, Clarícia. **O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n.2, maio-agosto/2004. Acesso em 02 de Abril de 2012.

PAIM, J. S., **O que é o SUS?**, Coleção Temas em Saúde, Rio de Janeiro, 2009

PEREIRA, L. C. B. **A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

PINTO, Céli Regina Jardim, **Movimentos sociais: espaços privilegiados da mulher enquanto sujeito político**, In: COSTA, Albertina de O.; BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

POSSAS, C. A., **Saúde e Trabalho: A crise da Previdência Social**, Rio de Janeiro, 1981

RAGO, Margareth, **Feminizar é preciso: por uma cultura filógena**, São Paulo em Perspectiva: Revista da Fundação Seade, São Paulo, 2001

RIQUINHO, DL, Correia SG, **O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência**, Revista gaúcha de enfermagem, 2006.

RONCALLI, A. G., **O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**, In: PEREIRA, Artmed, Porto Alegre, 2003

SARDENBERG, Cecília e COSTA, Ana Alice A., **Feminismos, feministas e movimentos sociais. Seminário Mulher, Desenvolvimento e Relações de Gênero**, Rio de Janeiro, 1991.

SILVA, Elizabete Rodrigues da, **Feminismo radical – pensamento e movimento**, Revista Travessias –Educação, Cultura, Linguagem e Arte, 2008.

TOURAINÉ, Alain, **O Retorno do Ator**, Portugal/Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

WEBER, Max. Economia e Sociedade. México: Fondo de Cultura Económica, 1964

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006

VENOZA, Silvio de Salvo, **Direito de família**, São Paulo: Atlas, 2004.