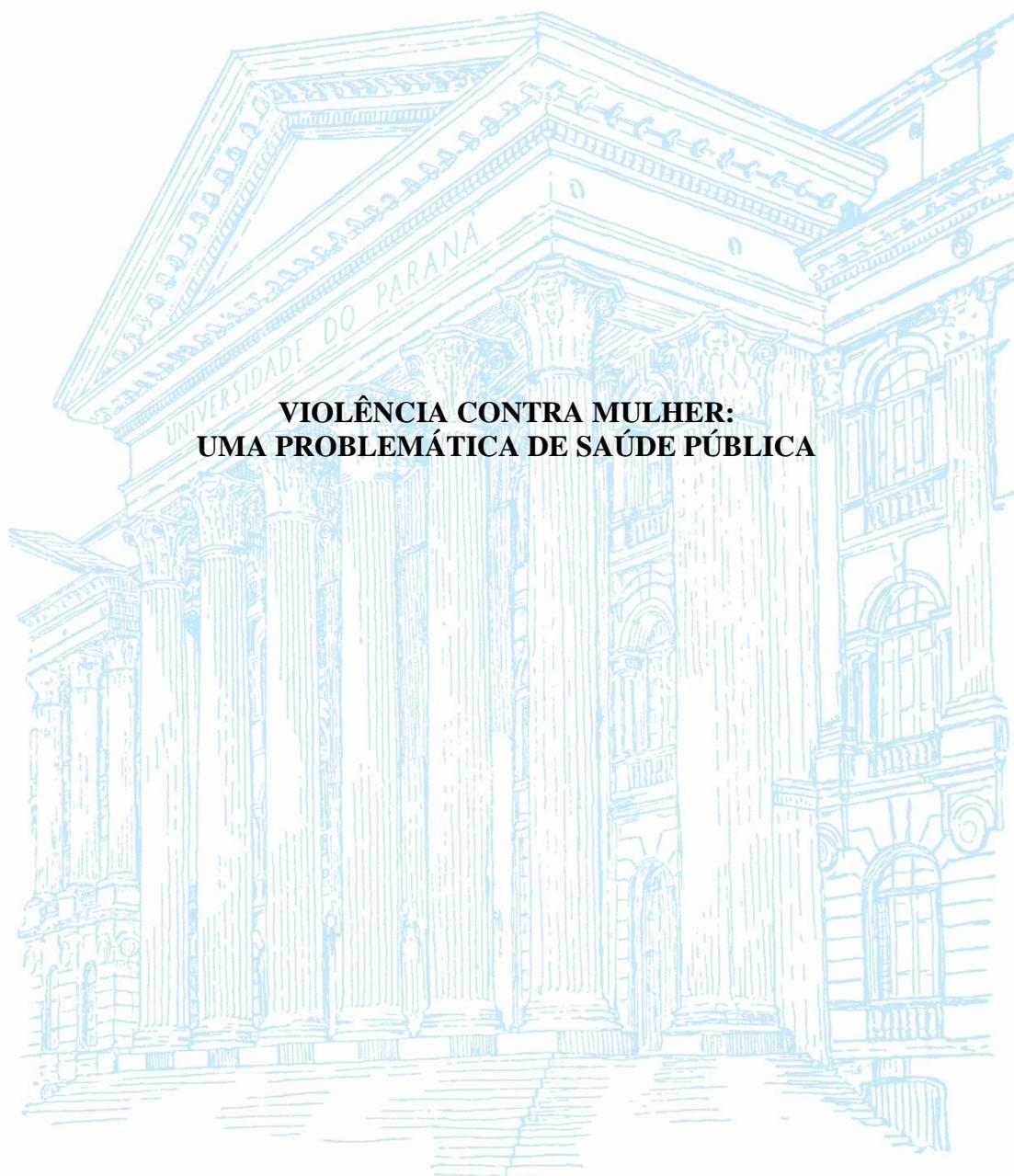


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA CAROLINE DA SILVA

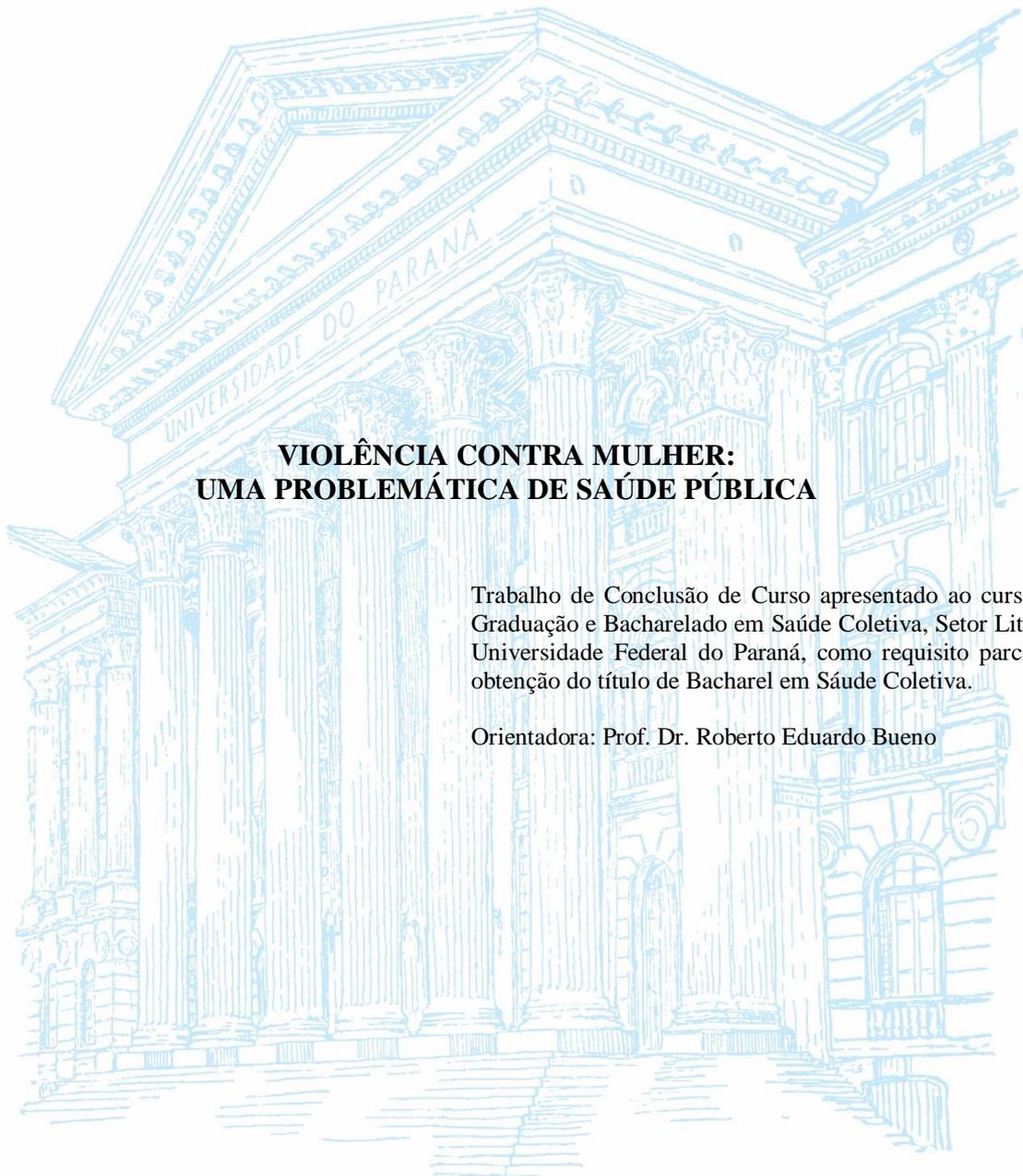


**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER:
UMA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA**

MATINHOS

2019

ANA CAROLINE DA SILVA



**VIOLÊNCIA CONTRA MULHER:
UMA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação e Bacharelado em Saúde Coletiva, Setor Litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

MATINHOS

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA CAROLINE DA SILVA

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: UMA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação e bacharelado em Saúde Coletiva em __ de __ de 2019, Setor Litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno
Orientador – Câmara de curso Saúde Coletiva – Setor Litoral,
Universidade Federal do Paraná.

Profa. Dra. Carla Straub
Câmara de curso Saúde Coletiva – Setor Litoral,
Universidade Federal do Paraná.

Prof, Dr. Margio Cezar Loss Klock
Câmara de curso Saúde Coletiva – Setor Litoral,
Universidade Federal do Paraná.

Matinhos, __ de __ de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família.

Minha mãe Márcia e meu pai Alberto por todo o apoio, palavras e gestos de motivação.

Minhas tias e tios, primas e primos pelo carinho.

Minhas irmãs Jacqueline e mariane pela parceria e amizade.

Minhas avós em especial minha melhor amiga Dona Cristina Bispo, não poderia haver melhor base se não a dela para me fortalecer e encorajar.

Com imenso carinho destaco minha companheira Ana Carla Machinicki, por todo apoio, acolhimento, respeito e paciência.

Agradeço aos meus professores Roberto Bueno, Margio klock, Anielly.

Meus colegas de turma em especial Maria das Graças e todos que me acolherem nesse processo, tenho muita satisfação pelas amizades que nasceram, e a oportunidade de conhecer o verdadeiro significado de união.

“Os políticos sabem que eu sou poetisa.
E que o poeta enfrenta a morte quando vê seu povo oprimido.”
Carolina Maria de Jesus

RESUMO

O presente estudo faz uma investigação teórica sobre a problemática da violência contra a mulher, enquanto um desafio à saúde pública. Investiga-se nesse estudo a construção da relação entre violência e desigualdade de gênero, compreendendo que o fenômeno existe como consequência de um projeto de dominação patriarcal na sociedade que coloca o feminino como algo de menor valor e sujeita as mulheres a diferentes sofrimentos, que acabam afligindo a saúde das mulheres em todo o mundo. Denota-se uma grande dificuldade por parte dos profissionais de saúde, principalmente na atenção primária, de conseguirem lidar devidamente com a questão dentro dos ambientes de atendimento, por conta de diversos fatores como despreparo para abordar as questões e encaminhá-las, o risco que representa aos profissionais de saúde notificar e denunciar tais agressões, a impotência diante da fraca estrutura que o sistema oferece diante das necessidades das vítimas. Essa realidade acaba prejudicando enormemente os sistemas de dados que fornecem informações para a realização e efetivação de políticas públicas de enfrentamento da violência.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; saúde pública; atenção primária

ABSTRACT

The present study makes a theoretical investigation on the problem of violence against women, while a public health challenge. The study investigates the construction of the relationship between violence and gender inequality, understanding that the phenomenon exists as a consequence of a project of patriarchal domination in society that places the feminine as something of lesser value and subjects women to different sufferings, which end up afflicting the health of women around the world. There is a great difficulty on the part of health professionals, especially in primary care, to be able to deal properly with the issue within care settings, due to several factors such as unpreparedness to address the issues and represents to health professionals to notify and denounce such aggressions, impotence in the face of the weak structure that the system offers to the needs of the victims. This reality greatly undermines data systems that provide information for the realization and implementation of public policies to combat violence.

Keywords: Violence against Women; public health; primary attention

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	11
1.1 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA À SAÚDE DA MULHER (PAISM)	18
1.2 LEI Nº 11.134/2006 – LEI MARIA DA PENHA.....	19
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER ..	19
2. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	21
3. O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	24
4. A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO EM SAÚDE	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29

INTRODUÇÃO

A luta das mulheres pela liberdade de seus corpos é histórica, mesmo que invisibilizada. A Organização Mundial de Saúde-OMS (2005) define “saúde como um estado de completo o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença”. No decorrer de diversos períodos históricos, o mundo é marcado por vários genocídios de povos oprimidos pelo seu gênero, raça, iniquidades sociais.

A geopolítica e a economia, travaram guerras históricas, pelo poder de territórios. Períodos como a inquisição que a Igreja junto com o Estado no século XII, na França, faziam execuções contra as curandeiras, parteiras alegando práticas demoníacas. Essas mulheres sofreram perseguições pelos seus saberes tradicionais de curas e ginecologia natural, por terem uma aproximação com o campo e conhecimentos empíricos farmacêuticos, conhecendo as ervas as plantas e passando-o de geração em geração. Eram as curandeiras em que as comunidades e vilarejos confiavam para terem seus filhxs ou tratarem alguma patologia na época. A inquisição cumpriu um papel impactante na tentativa de exterminar as mulheres e pessoas em geral que possuíam o conhecimento sobre autocuidado, numa tentativa de controlar as pessoas (EHRENREIC e ENGLISH, 1973)

No século XX com o surgimento das primeiras escolas de medicina, foi se estruturando a medicina tradicional, a partir do relatório Flexner, em meados de 1907 (RELATORIO FLEXNER, 1910 apud PAGLIOSA e DA ROZ, 2008). O modelo de saúde hospitalocêntrica, começou a ganhar espaço pelo seu conhecimento científico e biomédico adquirido pelos anos considerando as inovações e descobrimentos. Levando em conta todos os contextos históricos com os recursos das épocas, desde quando surgiam as primeiras epidemias na humanidade (A Peste Bubônica, Varíola, Malária), a ciência com seu conhecimento, descobrindo o mundo dos microrganismos, com a invenção do microscópio, foram acontecimentos importantes para identificação de causas do adoecimento, morbidades da população como a peste bubônica que chegou a dizimar na Europa 1/3 da população no século XV (BURNET e WHITHE, 1972).

Para se introduzir nessa sociedade que possui necessidades como saúde, educação, alimentação, moradia, mudança de cultura demográfica, contrapondo o campo e as urbanizações das cidades, as necessidades que a população vai precisando a medicina foi se institucionalizando junto com o Estado para atuar na sociedade. Segundo a Constituição Federal Brasileira (1988):

“ art.196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, [2016]).

O Brasil, diferente de outros países do mundo possui o sistema Único de saúde (SUS), baseado nos princípios de integralidade, universalidade, descentralização, humanização e equidade. Composto de níveis de atenção à saúde: primária; secundária; terciária e quaternária, que são distribuídos de acordo com a gravidade do atendimento, sendo as Unidades Básicas de Saúde as responsáveis pela atenção primária, e os hospitais pelos demais níveis, descentralizando o acesso (CONASS,2007, p.15).

Compreendendo a saúde como um campo muito abrangente, em meio às várias demandas que chegam até ela diariamente, tem grandes questões sociais que vão muito além das patologias que surgem serem trabalhadas dentro dela, a violência de gênero é uma dessas questões que chega recorrentemente nas unidades de saúde, mas ainda é recebida como uma estranha.

Joan Scott (1990) propõe o gênero como um elemento constitutivo de relações sociais construídas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo ele um primeiro modo de dar significado às relações de poder. Os indicadores sociais apontam como a desigualdade é alarmante, então pensar em políticas públicas que aplicam ações afirmativas e diretas, que influenciem no índice de desenvolvimento humano (IDH) melhorando a qualidade de vida.

Nos indicadores de violência contra a mulher, as mulheres negras são os números mais elevados nos dados dos casos de feminicídio, estupro, violência doméstica. E a escassez dos dados a invisibilidades são fatores impicantes para combater a violência e diminuir a desigualdade social e de gênero (WAISELFISZ, 2012b, p. 25).

O presente estudo procura trazer compreensões sobre o fenômeno da violência contra a mulher dentro da sociedade, analisando sua construção e seu impacto enquanto problemática de saúde pública. Nota-se ainda a grande dificuldade de profissionais de saúde e usuárias dos atendimentos de estabelecerem conexões a respeito da temática saúde e violência, encontrarem formas e espaços de acolhimento, propiciarem a segurança dos envolvidos e efetivação dos encaminhamentos dos casos de violência. Existe um despreparo por parte dos profissionais e um medo das mulheres de relatarem seus casos e procurarem ajuda junto a rede de saúde, tanto por não saberem como fazê-lo, como pela possibilidade de julgamento. Um reflexo disso é a escassez de dados concretos sobre a temática dentro dos sistemas de informações que acaba prejudicando a efetividade dos procedimentos e políticas públicas.

1. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher, também conhecida como violência de gênero é um dos problemas mais antigos e preocupantes da sociedade em que vivemos. Teles e Melo (2002) ressalta que a violência contra a mulher é algo constante em nosso cotidiano, nas mídias vemos noticiais que veiculam casos trágicos de violência, “frequentemente de maneira escandalosa, bem ao gosto da opinião pública. (Segundo especialistas, a análise do fato toma muito tempo e a opinião pública não tolera assuntos mais profundos, sejam televisados, escritos ou falados.)” (TELES e MELO, 2002, p.10).

Segundo as autoras geralmente comete-se o erro em incorrer a violência contra a mulher como algo distante da realidade das “pessoas de bem”, refere-se a esse tipo de violência como algo que acontece entre pessoas pobres e marginalizadas, como um fator que decorre da desigualdade social e econômica. Porém, a realidade é que, embora situações como a mencionada dificultem ainda mais a vida dos seres humanos e contribuam para o aparecimento recorrente das situações violentas, a violência de gênero não está restrita a nenhuma camada social ou condições específicas de vivência, todas as mulheres, mesmo nas classes mais altas e com maiores instruções acabam por estar de certa forma suscetíveis a sofrerem algum tipo de violência contra a mulher, pois as raízes desse problema são bem mais complexas e profundas (TELES e MELO, 2002, p 11).

De acordo com pesquisa da OMS, a realidade demonstra que “... a violência contra a mulher no âmbito doméstico tem sido documentada em todos os países e ambiente socioeconômicos, e as evidências existentes indicam que seu alcance é muito maior do que se supunha.” (OMS, 1998 apud TELES e MELO, 2002, p.12). Embora um grande número de vítimas ainda se recuse a registrar a queixa da agressão, existe uma estimativa que casos de violência contra mulher estejam presentes em aproximadamente 15 milhões de lares somente no Brasil (TELES e MELO, 2002, p.13).

A violência é um fenômeno humano que atinge toda a população, porém ela manifesta-se de maneiras diferenciadas conforme certos grupos. Para Silva (2003, p. 264) é possível apontar uma “distribuição social refletida em uma divisão de espaços onde os homens são mais atingidos na esfera pública, enquanto que as mulheres são prioritariamente no espaço doméstico, sendo o agressor alguém da sua intimidade.”

A violência é compreendida comumente, como uma forma de utilização da força física ou psicológica e intelectual, de forma a oprimir e coibir alguém, obrigando a pessoa a fazer algo contra sua vontade, restringir sua liberdade, provocar humilhação a outrem ou impedir

que a pessoa viva conforme sua vontade pela ameaça de que está venha a sofrer de forma física ou psicológica ou mesmo tenha sua própria vida tirada (TELES e MELO, 2002, p.15).

Schraiber et al (2006, p. 119) conceitua a violência como uma “radical experiência humana” que promove a anulação do indivíduo, podendo ocorrer em diferentes espaços, inclusive espaços íntimos e privados. Para estudar a violência é necessário entendê-la como um fato complexo e sensível.

De acordo com Arendt (2009 apud TERRA, 2017, p. 5) a violência e o poder aparentam ter proximidades, porém a autora refuta suas semelhanças, pois a existência de um reforça a ausência do outro, o emprego da violência geralmente é a opção escolhida quando o poder não é mais possível de ser exercido pelos meios legítimos. A violência então é empregada através de ações racionalmente previstas, que se justificam dentro da estrutura social vigente. Para a autora ela representa a impotência, um instrumento para manter as coisas como são. Nesse sentido a violência cria uma alienação por si mesma, através do medo, que oprime o outro transformando o diferente em desigual, deturpando seu valor (TERRA, 2017, p.6).

Para Schraiber e D’Oliveira (1999) a violência se apresenta como dotada de múltiplos significados, embora ela esteja massivamente em debate nas mídias e pesquisas acadêmicas, em geral o termo consegue abarcar uma série de situações que vão desde atos mais hediondos de tortura e assassinato, quanto pequenas opressões sentidas na vida cotidiana da sociedade como é o caso das desigualdades sociais. Minayo (1994 apud SCHARAIBER e D’OLIVEIRA, 1999, p.12) aponta para a existência de uma “rede de violência”, que estaria introduzida na sociedade e por isso passaria despercebida, pois somente temos a percepção de episódios mais gritantes de atos violentos.

[...] tornar certas práticas sociais uma questão de violência, associa-se à própria modernidade com seus valores de liberdade e felicidade, consolidados na criação da cidadania e dos direitos humanos para todos. A partir deste momento, ações que eram percebidas como inevitáveis na ordem do mundo e mesmo desejáveis passam a ser indesejáveis e combatidas. Criação humana, a violência, como as demais práticas sociais, pode e deve ser controlada, senão erradicada. (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999, p, 13)

O conceito de gênero nas relações humanas apareceu graças ao desenvolvimento dos estudos do movimento feminista. Ele assinala que as diferenças entre homens e mulheres não são pautadas somente na apresentação biológica dos sexos, mas principalmente, pelos aspectos sociais designados aos sujeitos masculinos e femininos em aspectos identitários com atribuições demandadas socialmente, suas narrativas e práticas construídas dentro do espectro de suas relações (TERRA, 2017, p. 1).

Scott (1986 apud TERRA, 2017, p. 1) afirma que o conceito de gênero nos auxilia na compreensão dos reflexos relações socialmente construídas entre as identidades de homens e mulheres reconhecendo que essas dualidades são “ao mesmo tempo categorias vazias e transbordantes, pois quando aparecem fixadas elas recebem, apesar de tudo, definições alternativas, negadas ou reprimidas”, pois suas regulações jamais poderão ser contempladas por especificamente por um determinado indivíduo, mas orientam sua formação enquanto sujeito pela identificação com ou negação das posturas.

Delphy (1984 apud SIGNORELLI, 2013, p. 1231) aponta que o sexo é produto das concepções de gêneros criadas pela sociedade, o antagonismo anatômico entre homens e mulheres é um fator que não teria importância nenhuma dentro da regulação social sem a noção de gênero concebidas historicamente, que postulam e hierarquizam distinção entre os sexos. A desigualdade de gêneros é um fator criado somente dentro da esfera do social.

[gênero]. Pode significar espécie, como quando falamos do gênero humano. Outras vezes, é empregado com o sentido de tipo. É o que ocorre quando usamos as seguintes expressões: “Que gênero de gente é essa?”; “Que gênero de música?” Tem a idéia de estilo ou da natureza de uma manifestação artística, quando se fala em gênero literário ou gênero dramático, entre outros tantos. (TELES e MELO, 2002, p. 16)

Em sua pesquisa Aquino (2006, p.122) explica a relação entre gênero e saúde, da qual durante um longo período o campo da saúde considerou as diferenças entre homens e mulheres “com base em teorias pretensamente neutras”. Segundo a autora, a noção que temos de sexo biológico surge a partir do século XVIII, a partir da distinção dos órgãos sexuais reprodutivos dentro da linguagem, tornando-os as figuras determinantes na demarcação das diferenças entre homens e mulheres.

A mulher é reconhecida então como um ser mais frágil, era concebida dentro da literatura médica como um ser “materno-infantil”, ou seja, reconhecida como mãe ou como mãe potencial. As pesquisas tinham orientação para aspectos da reprodução e garantia da saúde do feto. Uma crítica a essa abordagem, aparece com o feminismo da “segunda onda” nos anos 1970, que visa denunciar a invisibilidade das mulheres e temas relacionados a sua existência. Assim os estudos começam a tomar um rumo de substituição da visão da mulher dentro da perspectiva empírica, para focarem nas questões de gênero. A década de 1990 as questões de gênero tomam força, com o questionamento da “masculinidade hegemônica”, junto com os estudo sobre sexualidade, validados pela necessidade de combate da Aids (AQUINO, 2006, p.15).

De acordo com Teles e Melo, o termo gênero foi utilizado pelas ciências humanas para demarcar conceitualmente a desigualdade estabelecida historicamente entre homens e

mulheres, das quais derivam polos opostos de dominação e submissão, na qual prevalece o masculino, e o feminino existe em um estado dependente da soberania dos homens. Através dessa terminologia conseguimos perceber e mensurar melhor os efeitos das desigualdades sociais e econômicas entre os sexos. “Com o uso desse instrumento, pode-se analisar o fenômeno da discriminação sexual e suas imbricações relativas à classe social, às questões étnico-raciais, intergeracionais e de orientação sexual.” (TELES e MELO, 2002, p.17).

Um reflexo dessa construção de papéis sociais, é colocada por Scharaiber e D’Oliveira (2009, p.15) quando dentro das áreas da saúde e assistência social, sujeitos são colocados como vítimas, o que por imediato o coloca como um sujeito incapaz em certo sentido. Com relação a mulher existe uma equiparação dela enquanto um sujeito que não tem o pleno do domínio de si, e precisa, portanto, de uma proteção, uma tutela. Para as autoras, é exatamente essa posição que o movimento feminista se opõe e que mantém a mulher dentro de papéis de violenta submissão, “a cultura da ‘proteção’ necessária” e que tenta se igualar ao zelo.

As relações de gênero apresentam imbricações mais desiguais quando se olha para dentro da estratificação social do preconceito entre as próprias mulheres. Terra (2017, p. 3) ressalta que a concepção do movimento feminista aconteceu entre mulheres brancas de classe média, não abordando a “mulher” de maneira totalitária, relacionada aos seus diferentes contextos de vida, classe, etnia e acesso dentro da sociedade.

Esse conjunto de elementos compõe o termo interseccionalidade, introduzido em 1989 pela feminista negra, ativista dos direitos, Kimberly Crenshaw. Crenshaw (1989), em estudo intitulado *Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critic of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*, fundamenta que, sem o olhar da interseccionalidade, o contexto de marginalização em que vivem as mulheres negras, por serem negras, torna-se invisibilizado se considerado apenas sob a perspectiva de gênero, diferentemente do que acontece com as mulheres brancas. (TERRA, 2017, p. 3)

Quando falamos da perspectiva discriminatória que precede mulheres não brancas, encontramos as questões gritantes de disparidade sócio econômica, essas mulheres encontram dificuldades maiores de entrarem dentro do mercado de trabalho formal, ocupando em decorrência a maioria dos postos de trabalhadoras autônomas, com precárias condições de serviço e remuneração, e quando conseguem equiparar seus salários com os recebidos pelas mulheres brancas a realidade demonstra que elas necessitam apresentar uma média de quatro anos a mais de estudo, para chegar a essa remuneração (TERRA, 2017, p. 4).

A violência contra mulher ou violência de gênero é compreendida dentro das sequelas dessa desigualdade entre homens e mulheres, deixando marcas visíveis desse fato, através da

determinação social da “superioridade” dos homens em relação as mulheres (SILVA, 2003, p. 264).

Terra (2017, p. 4) afirma que as desigualdades de gênero trazem consequências tanto sociais quanto políticos e econômicos, para todo um país. “Dessa desigualdade surgem a opressão, o preconceito e os processos discriminatórios que controlam a liberdade e a autonomia das mulheres.” A violência contra mulher é fruto dessa discriminação, na qual impõem-se sofrimento e humilhação as mulheres, apenas pela sua condição enquanto mulher, porque na lógica do patriarcado o feminino tem um valor menor.

O tema da violência contra a mulher tem início no seu debate por volta da década de 1970, mas foi somente a partir da década de 1990 que ela passou a ser relacionada como uma problemática inerente das questões de gênero, além de saúde e direito humano (SCHARAIBER et al, 2002, p. 471).

Nos últimos 30 anos a questão da violência contra a mulher vem ganhando destaque social pela constante luta dos movimentos feministas, que pedem mecanismos institucionais e soluções para o enfrentamento da violência de gênero. Azevedo (1986 apud SILVA, 2003, p. 264) ressalta dois fatores que nos ajudam a compreender a ocorrência da prática da violência contra a mulher na sociedade os fatores condicionantes; se traduzem nas opressões as quais homens e mulheres são submetidos pelos elementos políticos e socioeconômicos instituídos, na qual a mulher tem menor valor, o machismo instituído como uma ideologia social legitimando atos de dominação masculina sobre as mulheres, acompanhada da educação diferencial entre os sexos que incorpora essa padrão ideológico individualmente, do outro lado temos os fatores precipitantes; como o uso de álcool e drogas, utilizadas pelos sujeitos participantes da situação violenta e situações de estresse entre esses sujeitos. A partir desses fatores acredita-se que pode-se compreender o desencadeamento dos episódios de violência física, principalmente dentro do ambiente familiar, que mediam as relações de gênero.

A expressão refere-se a situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armado. (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999, p. 13)

Silva (2003, p. 264) afirma que a violência contra a mulher se apresenta de inúmeras formas, como o “abuso e assédio sexual” e a “violência institucional”, na qual as mulheres são submetidas a situações constrangedoras dentro dos serviços públicos, como os de saúde e

“estrutural” que limita sua atuação dentro da sociedade, colocando-a como inferior no exercício de sua cidadania.

Dentro da esfera privada temos a violência doméstica como uma “tradição”, dentro dos relacionamentos, envolvendo parceiros, pais, sogros e outros parentes próximos ou pessoas que vivem na mesma casa, esse tipo de violência acaba sendo muitas vezes como fato do cotidiano. Fortemente denunciada pelo movimento feminista no Brasil e nos Estados Unidos, condenando publicamente uma situação antes considerada de domínio íntimo e particular (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999, p.13).

Scharaiber et al (2002, p. 472) afirma que estudos mostram que as mulheres tem maior chance de sofrer agressão de pessoas próximas, como cônjuges e familiares, a violência física ocorre com aproximadamente 20% a 50% das mulheres no mundo todo durante toda a vida. No Brasil os estudos focam principalmente nos dados obtidos dos atendimentos nas delegacias de defesa da mulher, e apresentam o padrão de violência cometida por companheiros ou ex-companheiros, totalizando uma faixa de mais de 70% das ocorrências. “Revisões recentes mostram a violência física por parceiro íntimo, ao menos uma vez na vida, com variação de 21% na Holanda e Suíça, ou 29% no Canadá, a 69% na Nicarágua (Manágua), o que pode ser atribuído à diversidade metodológica dos estudos.” (SCHARAIBER et al, 2007a, p.360).

Estudos realizados em serviços de saúde mostram taxas ainda mais elevadas: 20% a 50% de violência física e/ou sexual por parceiro entre suas usuárias ao menos uma vez na vida. Indicam, ainda, que 12% a 25% das usuárias de atenção primária relatam violência por parceiro no último ano, assim como 4% a 17% em serviços de pré-natal e 12% a 22% em serviços de emergência. (SCHARAIBER et al, 2007a, p. 360)

A violência doméstica muitas vezes é colocada em um sentido igualitário da violência intrafamiliar, porém é necessária fazer essa diferenciação, pois esse termo é uma referência utilizada para denunciar a violência que ocorre também com crianças, meninos, homens ou idosos, dentro da esfera familiar, podendo ocorrer fora do espaço doméstico, pois compreende-se como resultado de relações violentas entre familiares. A violência doméstica explicita a relação entre a violência e a desigualdade de gênero, ela vem das denúncias feitas pelo feminismo, e enfatiza que a violência dentro do lar acomete sobretudo meninas e mulheres (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999, p. 13; TELES e MELO, 2002, p 19-20).

No Brasil a partir dos anos 1980, o movimento feminista começa a agir de maneira ativa para pressionar a sociedade e o governo para dois grandes problemas, a violência contra a mulher a seu direito a saúde, além de compreender sua dimensão como uma questão séria de direito humano e relações de gênero (SCHARAIBER et al, 2002, p. 471).

De acordo com Scharaiber e D'Oliveira (1999, p. 15) casos de mulheres de classe média que eram mortas por seus maridos ou ex-maridos, despertaram uma grande mobilização para que as vítimas deixassem de ser convertidas em réis, com a alegação “de ‘legítima defesa da honra’ e caráter ‘passional’ do crime”, que culminava na absolvição do crime. Isso trouxe uma grande mudança ao pautar que a violência conjugal, que antes era considerada uma questão de ordem privada, fosse julgada como qualquer outro crime de mesma magnitude que ocorria entre desconhecidos ou no espaço público.

Começam então a surgir iniciativas que apoiam as mulheres em situações de violência, com grupos de acolhimento criados pelo movimento feminista em todos países, a maioria mantida de forma voluntária, mas que obteve sucesso em escancarar os danos da violência doméstica na sociedade. No mesmo período são criados conselhos para que o movimento feminista auxilie o Estado na realização de políticas públicas na área. Em 1985, com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), no Estado de São Paulo, também a primeira iniciativa deste tipo a nível mundial. A criação das DDMs em todo país ajudou a criar visibilidade para o problema, além de contar com mulheres trabalhando exclusivamente e devidamente preparadas para atender e auxiliar as vítimas. “As DDMs foram o primeiro e grande recurso no combate público à violência contra a mulher e especialmente à violência conjugal no país. Seu caráter é basicamente policial: detectar transgressões à lei, averiguar sua procedência e criminalizar a violência doméstica.” (SCHRAIBEIR e D'OLIVEIRA, 1999, p. 16).

No que diz respeito a área da saúde, mesmo ela sendo uma pauta dos movimentos na década de 1980, a grande maioria dos esforços foi realizada no sentido da criminalização do ato, embora de extrema importância, a realidade é que a lei brasileira, ainda enfrenta grandes dificuldades para fazer valer a legislação dentro das relações mais íntimas, como as familiares e conjugais. No caso de lesões corporais leves, existe uma enorme diferença quando ela é praticada contra desconhecidos ocasionalmente de quando ela persiste dentro da rotina das relações matrimoniais, porém isso não é considerado pela lei na apuração de um crime. (SCHERIBER e D'OLIVEIRA, 1999, p. 17)

1.1 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA À SAÚDE DA MULHER (PAISM)

O Programa de Assistência Integrada à Saúde de Mulher (PAISM), foi um marco importante na preocupação social com a saúde da mulher, incorporando temas como a violência doméstica e sexual, dentro de suas competências de atuação. Mesmo sendo criado em 1984, o programas somente na década seguinte seria efetivamente trabalhado, “com a criação de serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez indesejada e para a realização de aborto legal quando necessário.” (SILVA, 2003, p. 264).

Com o PAISM foi a primeira vez que a questão da saúde feminina aparecia sob uma perspectiva de gênero e saúde sexual, porém a década de 1980, com o fenômeno da epidemia da Aids crescendo rapidamente, questões sexuais e reprodutivas ganharam destaque, dentro desse contexto, as ações elaboradas na época deram ênfase a estratégias de saúde reprodutiva, como anticoncepcionais, controle de natalidade e incentivo do acompanhamento pré-natal. A questões sexuais, foram principalmente voltadas para o atendimento de homens homossexuais, reforçando uma a invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais na assistência em saúde (SECRETÁRIA..., 2014, p.15).

De acordo com Pedrosa e Spink (2011, p.126) mesmo o PAISM sendo um importante avanço nas questões da saúde da mulher, e trazer “uma nova leitura aos agravos à saúde da mulher como fator agravante das iniquidades sociais”, ele não incorporou a questão da violência dentro de suas linhas diretivas. De forma que está questão apareceu dentro da área da saúde como uma questão que foi primeiramente relacionada a pauta do aborto legal, determinando o lugar da mulher dentro dos ambientes de assistência à saúde relacionado a reprodução, e dando sentido a violência contra a mulher cometida por estranhos, invisibilizando as questões relacionadas a violência dentro dos relacionamentos íntimos.

Terra (2017, p.11) ressalta essa situação do PAISM, pois embora em sua criação a intenção fosse superar a visão no campo da saúde que restringia as mulheres “como mães ou reprodutoras”, o movimento somente conseguiu incorporar as questões de violência junto à saúde pública na década de 1990. Sendo o PAISM um importante instrumento de reconhecimento do direito das mulheres a uma assistência organizada nos serviços de saúde, e sujeitos de direitos dentro de suas relações particulares.

1.2 LEI Nº 11.134/2006 – LEI MARIA DA PENHA

Em 2006 a promulgação da Lei Maria da Penha trouxe avanços na discussão e visibilidade dos direitos das mulheres, em relação a violência doméstica e familiar, tornando-se um referencial nessa área, prevendo penalidades aos agressores, e encaminhamento para centro de educação e reabilitação, além de especificar quais os serviços a serem disponibilizados para mulheres em situação de violência. Essa lei compreende a questão da violência doméstica e familiar incluindo também a violência psicológica, moral e patrimonial que muitas vezes antecede a violência física (IPEA, 2014, p.12-19).

Com ampla divulgação nas mídias, a Lei foi elencada pelo IPEA (2014) como responsável por uma notável mudança da sociedade com relação a penalização do parceiro que agride fisicamente a mulher, tendo a frase “homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia” mais de 91% de concordância por parte dos entrevistados (IPEA, 2014, p.16-17).

Kind et al (2013, p.1808) afirma que no quesito das notificações nos setores de saúde, foi perceptível a intensificação do número registros de notificações por ano, após a promulgação da Lei Maria Penha.

Essa lei foi um marco como compromisso do Estado brasileiro, na prevenção da violência e combate ostensivo aos agressores, visando a necessidade de conter o aumento dos casos de violência, e impedir que as mulheres sejam mortas ou sofram agressões em qualquer etapa da vida (MENICUCCI apud WAISELFISZ, 2012a, p. 5).

Porém, pesquisa apresentada no Mapa da Violência de 2012, demonstra que as quedas nas taxas de violência contra a mulher foram significativas após o primeiro ano de vigência, mas a partir de 2008 os índices retornaram aos números anteriores, o que acabou indicando a insuficiência desse tipo de política pública na resolução do problema (WAISELFISZ, 2012a, p. 26).

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A partir de 2003, com a criação da Secretária de Políticas para Mulheres, as políticas públicas de enfrentamento a violência contra a mulher foram ampliadas e integradas, a partir da criação de normas e padrões de atendimento, legislações e apoio a projetos de educação e cultura para fornecer acesso das mulheres aos serviços de apoio. Como um documento publicado em 2011 a Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres

estabelece “os conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.” (SECRETARIA..., 2011, p. 9).

Essa Política apoiada em diversos documentos e convenções produzidas anteriormente, vem definir e organizar as frentes de ações para enfrentamento da violência contra a mulher, embasada em princípios de igualdade, direitos humanos das mulheres e responsabilidade do poder público. Objetivando criar uma mudança na ordem social de desigualdade de gênero, protegendo o direito das mulheres, e o atendimento humanizado das vítimas. Para isso a política prioriza ações dentro dos campos assistenciais, de garantias de direitos e prevenção, como a aplicabilidade das leis, enfrentamento ostensivos das violências, fortalecimento das redes de assistência, garantia da sua segurança e autonomia. (SECRETARIA..., 2011, p. 31-39)

2. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A violência apresenta formas mais sutis do que a violência física, mas que podem ser tão danosas para a saúde quanto. A maioria das mulheres procura a unidades de saúde para tratar perturbações clínicas, não chegando a relatar ao profissional que a atende a vivência de uma situação de violência em algum momento da vida. Como existe uma prevalência desses episódios no ambiente doméstico, existe um receio da vítima em estar expondo a vida familiar, Mesmo quando as mulheres compreendem suas situações de violência, como o estupro, por exemplo, ainda existe uma negação das próprias em consideraram a possibilidade de merecimento de uma punição severa para seu agressor, principalmente quando existe apenas a ameaça da violência, além de que muitas mulheres apresentam em seu valores um sistema que impinge a elas culpa pela situação (SILVA, 2003, p.269).

A violência contra a mulher atinge todas as mulheres, nas pesquisas analisadas foi possível encontrar algumas variantes que persistiam, como o maior índice de violência física entre mulheres com menos de trinta anos, sendo o parceiro ou ex-parceiro o principal agressor relatado, seguido de familiares, a maioria dos episódios de violência ocorrem dentro do ambiente doméstico, prevalecendo a violência física e sexual dentre os casos relatados. O nível de escolaridade, e as condições econômicas e exclusão social das mulheres também apresentam reflexos na permanência da vítima em uma situação de violência, a falta de suporte social, cria na mulher uma insegurança com relação a sua capacidade de sair dessa situação, sujeitando-se assim ao agressor. Percebe-se também o fato de que as mulheres não compreendem a dimensão do ato violento, sendo que a minoria que relata um episódio violento o denomina como tal (SILVA, 2003; SCHRAIBER et al, 2002; SCHARAIBER et al, 2007a; SIGNORELLI et al, 2013; SCHARAIBER et al, 2007b; KROMBAUER e MENEGHEL, 2005).

Teles e Melo (2002, p.53) afirmam que muitas mulheres compreendem que a violência seja em sua forma física, psicológica e sexual é crime, e que podem denunciar seus agressores, poucas conseguem responsabilizados civilmente obtendo algum tipo de indenização e menos mulheres ainda sabem que tem direito ao atendimento especializado na rede pública. Esses serviços estão orientados, desde 1998, pela Norma Técnica do Ministério da Saúde, que cuida da “prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.” De acordo com essa norma, essas pacientes devem ser atendidas em espaços do pronto atendimento ou triagem, priorizando a privacidade da vítima,

com o devido cuidado dos profissionais manterem uma postura de acolhimento e empatia, evitando qualquer situação que possa ser constrangedora ou estigmatizante, como a identificação de sala específicas para esses casos. É importante também que o atendimento seja encaminhado por uma equipe multiprofissional.

Com repercussões na saúde das mulheres, estudos têm mostrado que a violência está associada a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem demonstrado estar associada a maiores taxas de dores pélvicas crônicas, DST e AIDS, além de doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada e aborto. Somado a esses problemas haveria ainda doenças de efeito tardio como a artrite, hipertensão e doenças cardíacas. De forma que, de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar de 1986, comparando com os homens, as mulheres acabam relatando mais problemas de saúde, procurando e utilizando mais os serviços de saúde. (SILVA, 2003, p. 270)

Dentro do sistema de atendimento em saúde, ainda que a mulher tenha sofrido agressão, a queixa sobre o ocorrido é levada como um outro problema, não relacionado a situação de violência vivida em algum momento da vida. Muitas vezes esse fato é derivado das próprias ameaças do agressor que impedem que a mulher diga a verdade ou procure ajuda, e a causa da enfermidade acaba sendo alegada à algum motivo acidental, além da questão da incredulidade e julgamento por parte dos profissionais de saúde. (SILVA, 2003, p. 270; SCHRAIBER et al, 2007a, p.361)

A violência conjugal e o estupro têm sido associados a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis, como a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (Aids), além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada. (SCHRAIBER et al, 2002, p. 471)

Estudos realizados em diversos países, inclusive no Brasil, demonstram que as mulheres que vivem em constante situação de violência e que frequentam serviços públicos, costumam ser classificadas como poliqueixosas, apresentam vários sintomas, que são difíceis de localizar e não conseguem explicar as causas. “São mais suscetíveis a sofrer de doenças pélvicas, inflamatórias, gravidez indesejada, aborto espontâneo, depressão, comportamento obsessivo-compulsivos” (TELES e MELO, 2002, p. 52).

A questão do “aborto legal”, no caso de gravidez como consequência de estupro, é algo importante de ser tratado quando falamos de saúde pública, pois o mesmo só passou a existir na rede pública na década de 1990, e mesmo amparada pelo Código Penal desde 1940, existem ainda poucas unidades que disponibilizam o serviço. Embora a previsão do aborto

legal exista no Código Penal há muitos anos, permitindo a realização do aborto quando não existe outra maneira de salvar a vida da gestante ou se a gravidez acontecer em decorrência de estupro, a medida sofre recorrentemente ataques de correntes políticas radicalmente contra o aborto. (TELES e MELO, 2002, p. 55)

Outro ponto interessante a ser debatido, diz respeito à violência quando a temática envolve mulheres lésbicas e bissexuais. Nesse sentido, para esse grupo as situações de violência estão mais relacionadas à discriminação, principalmente sexual, os homens figuram de maneira central nas práticas violentas de discriminação tanto na infância quanto na vida adulta. Muitas acabam abandonando os estudos, devido às situações discriminatórias relacionadas ao bullying, principalmente quando a sua orientação sexual é mais expressa. O distanciamento da família é outra questão recorrente na vida dessas mulheres, o ambiente doméstico familiar é elencado como o ambiente das primeiras discriminações, além de apresentarem dificuldades de seguir em carreiras profissionais pelo mesmo motivo (SECRETARIA..., 2014, p.12).

Com relação a essa categoria, os profissionais de saúde demonstram duas posturas distintas, progressistas e conservadores. De maneira geral, os conservadores não veem a temática homossexualidade feminina como algo a ser debatido pelo SUS, que realmente não acontece nas políticas públicas de saúde fora do âmbito das doenças sexualmente transmissíveis. As mulheres lésbicas e bissexuais também relatam considerar seu estado de saúde em bom estado e não se veem em risco de contrair DSTs, mesmo algumas já tendo contraído alguma DST uma vez na vida. Uma parte dos profissionais de saúde entende que esse grupo apresenta vulnerabilidade em saúde decorrente de sua invisibilidade social. Embora exista um consenso dos profissionais que as mulheres lésbicas são menos suscetíveis em contrair DSTs. Porém, compreende-se que a partir do momento que os profissionais não reconhecem essas mulheres dentro dos centros de atendimento, eles também não têm capacidade de reconhecer suas particularidades e necessidades em relação a saúde. Mesmo os profissionais considerados progressistas não demonstraram grandes diferenciais em seus atendimentos, embora nesses casos a prática da discriminação seja menor. (SECRETARIA..., 2014, p.13-14)

3. O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Muitas organizações têm se engajado em presidir atuações para os profissionais de saúde, para que estes consigam identificar, apoiar e encaminhar vítimas de violência contra a mulher de maneira adequada. Isso denota um avanço na compreensão desse problema que além de violar os direitos humanos ainda acarreta sofrimento e maiores chances de desenvolvimento de problemas de saúde de ordem psicológica e física. Para Silva (2003, p. 264-265) no campo da saúde não tem conseguido enfrentar a problemática de maneira efetiva, de maneira que a questão acaba por invisibilizadas dentro de certos setores, que acabam priorizando o tratamento de sintomas, sem identificar a verdadeira causa. O reflexo dessa realidade é que os tratamentos propostos culminam em serviços ineficientes para essas mulheres, pois a violência continua acontecendo.

De acordo com Teles e Melo (2002, p.52) os profissionais de saúde, acostumados a tratar sintomas mais comuns dentro das escolas e serviços da área, não tem o mesmo preparo para o atendimento a violência doméstica, “responsável por espancamentos, ameaças de morte, lesões corporais de natureza leve, humilhações, ofensas e pontapés.” Em sua pesquisa elas apontam a lei nº 13.150/2001, do município de São Paulo que coloca a questão de gênero no sistema municipal de informação de saúde, e propicia um treinamento para o funcionário das unidades de saúde da cidade.

Schrabeir et al (2002, p. 471) afirma que os “episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves.” Segundo a autora estudos comprovam que essas mulheres vítimas de violência começam também a procurar cada vez mais os serviços de saúde, criando uma demanda que ainda é invisibilizadas nos diagnósticos não relacionando os sintomas com as consequências das relações violentas de gênero. Na atenção primária essa realidade representa 21,4% das mulheres, no mundo todo que já relataram algum caso de violência. Nos serviços de emergência esse percentual sobe para até 35% dos relatos em qualquer fase da vida (SCHRAIBER et al, 2002, p. 472).

Segundo Silva (2003, p. 268,.) em grandes hospitais brasileiros, que tem setores que se destinam a casos de urgentes e emergenciais, é comum que a instituição tenha de conviver com as dificuldades oriundas de realização das atividades em ambientes superlotados. Vivendo em um clima espontâneo de demanda, pois o nosso sistema de saúde ainda não consegue atender devidamente as necessidades clínicas das populações, que acaba procurando com maior frequência os serviços emergenciais quando aparecem os sintomas. Isso é um

perigo para o próprio paciente que pode ter seu problema de saúde intensificado devido a precariedade do atendimento praticado nesses casos. Nesse sistema é comum que mesmo que os profissionais percebam a existência de uma situação suspeita, não conseguem ir além da abordagem clínica dos casos (SILVA, 2003, p.269).

Signorelli et al (2013) se refere a dificuldades que as mulheres têm de relatar casos de violência, aos profissionais de saúde, por motivos de medo, culpa e vergonha, fato constatado recorrentemente entre as usuárias de serviços públicos que sofrem violência doméstica. Em sua pesquisa os autores identificaram que os casos de agressões e violência dificilmente chegam a conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária, exceto pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), que por fazerem visitas aos domicílios acabam percebendo a realidade de violência que existe dentro desses locais. Esses profissionais foram os que mais se destacaram na pesquisa com relação ao papel do profissional de saúde em relação ao acolhimento das vítimas, embora as mulheres que sofrem violência recorram consistentemente às UBS e às emergências, nesses ambientes as relações entre profissionais e pacientes dificilmente conseguem aprofundar-se além dos processos biologizantes e soluções farmacológicas (SIGNORELLI et al, 2013, p. 1232-1233).

Porém, no caso dos ACSs ainda existem muitos empecilhos para que eles consigam cumprir as diretrizes de acolhimento propaladas dentro do SUS, que tem como orientação a sensibilidade, através de um comprometimento social dos profissionais, assumindo a corresponsabilidade de identificação e enfrentamento da violência contra a mulher. Como o risco a que se expõe ao fazerem denúncias dos casos averiguados e a falta de estrutura oferecida pelo sistema para dar o devido apoio e acolhimento que as usuárias necessitam (SIGNORELLI et al, 2013, p. 1234-1236).

Em sua pesquisa com profissionais da atenção primária, Terra (2017, p. 107-108) detectou a existência de “tensões e expectativas” com relação a resolução da situação de violência e condução das assistências das vítimas pelas profissionais de saúde. Foi notado pela autora que geralmente a violência é detectada pelos profissionais, mas nem sempre é acolhida a menos que exista uma solicitação formal da mulher ou crianças pequenas em risco. Existe também entre os profissionais um sentimento de impotência diante das situações, e julgamento em relação as vítimas, que são tomadas como permissivas as situações de violência contra elas e contra as crianças, principalmente quando estas se encontram em situação de pobreza. Quando o atendimento é encaminhado, a tendência é que esse seja feito de maneira verticalizada, de inteira responsabilidade dos profissionais, desvinculando a autonomia da mulher e sua integralidade enquanto pessoa humana dentro desse processo.

A questão do acolhimento em saúde tem sido apontada como uma proposta de humanização dos serviços de saúde e que teria grande potencial de auxiliar em casos de violência contra a mulher, possibilitando um diálogo entre pacientes e profissionais. Estratégia que tem sido utilizada por centros de acolhimento de mulheres que são referências no país, com uma proposta de relação em saúde solidária e compreensiva. “é possível inferir que acolhimento pressupõe estabelecimento de vínculos, centralidade nas pessoas (não em procedimentos) e foco além de questões biológicas, considerando a complexidade social das pessoas” (SIGNORELLI et al, 2013, p. 1235).

A área da saúde, assim como a polícia, tem dificuldades em trabalhar questões percebidas como culturais, ou sociais e até psicológicas. A proposta mais divulgada para os serviços, de simplesmente detectar a violência contra a mulher com busca ativa, de rotina, ou *screening*, pode ter o efeito inesperado de, detectada a violência, a demanda ser rejeitada como “não doença”, porque social, ou por outro lado ser percebida como patologia, o que também levanta questões, por reduzir ao corpo individual aquilo que é por definição das interações humanas. (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999, p.21)

Muitos estudos afirmam a dificuldade dos profissionais de saúde de lidar com a violência nos atendimentos. A realidade da maioria dos locais é que os serviços não possuem atendimentos específicos para acolhimento de vítimas de violência, ou preparo prévio das equipes para sensibilização dos profissionais. A dificuldade é ainda maior pela consideração da complexidade e subjetividade da situação, principalmente no quesito da violência psicológica e dos sentimentos conflitantes que afligem as vítimas. Existe uma barreira na abordagem do problema, principalmente em relação a vítima/profissional, pela falta de uma linguagem e pelo medo de não ser compreendida, afinal os profissionais tendem a atuarem dentro de uma abordagem da doença, e a violência não necessariamente se enquadra nessa abordagem, pois o sofrimento está mais relacionado ao problema, porém este também pode ser interpretado dentro dos distúrbios mentais (SCHRAIBER et al, 2007a; SIGNORELLI et al, 2013; SCHRAIBER et al, 2003; SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999; OSIS et al, 2012).

O Ministério da Saúde, lançou em 2006 um documento com matrizes pedagógicas, que visavam a “Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”, enfatiza a necessidade de se repensar o papel dos profissionais de saúde e dos gestores, em relação a violência contra a mulher, de forma a propiciar um tratamento integralizado e de qualidade. O documento admite a existência de resistência e necessidade de preparo melhor de diversas categorias de profissionais da área para abordar e lidar com situações de violência contra a mulher, principalmente dentro do SUS para proteger os direitos humanos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 20)

4. A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO EM SAÚDE

A ficha de notificação é uma importante ferramenta no trabalho da vigilância epidemiológica na área da saúde. A ausência de registros de casos de violência, mostra-se como um grave problema para o fornecimento de dados que fomentem as políticas públicas. Desde 2011, o Ministério da Saúde incluiu a violência doméstica, sexual e outros tipos, dentre os agravos que devem receber notificação compulsória. Prevista pelo Portaria nº 104, o ministério sancionou a obrigatoriedade da notificação, como um instrumento para estabelecimento de um perfil da violência. (GARBIN et al, 2015, p. 1880)

Apesar dos constantes esforços para garantir a ocorrência da notificação, essa não é uma realidade no cotidiano dos profissionais de saúde, além das dificuldades explicitadas anteriormente na pesquisa para a identificação e encaminhamento adequado dos casos de violência, outros problemas somam-se quando envolvem a questão das notificações. Muitos profissionais ainda desconhecem a ficha de notificação de violência, outros ainda compreendem que a ficha é também um instrumento de denúncia, e acaba sendo complicado sua realização pois muitas vezes os profissionais relatam riscos a sua integridade envolvidos ao notificar, ou somente conseguem fazê-lo quando as usuárias procuram as unidades de saúde decididas a seguir os procedimentos recomendados. Outros relatos, ainda demonstram que os profissionais tem dúvidas com relação ao prosseguimento dos casos notificados, bem como o correto preenchimento da ficha e como se dará o desdobramento do atendimento, pois em outros casos de notificação epidemiológica como o dengue os profissionais conseguem ter um retorno do paciente (GARBIN et al, 2015; KIND et al, 2013).

Outro ponto considerável é que nos casos de violência contra criança e adolescente, a notificação é obrigatória, sob pena de responsabilização do profissional de saúde, caso não reporte o caso conforme a norma. Porém no caso da violência contra mulher, a necessidade é obrigatória somente para casos confirmados (GARBIN et al, 2015, p.1883; TERRA, 2017, p. 77).

Segundo Garbin et al (2015, p. 1883) ocorrência da subnotificação tem sido apontada por estudos como uma problemática, decorrente da “falta de monitoramento e de orientação para um registro contínuo, padronizado e adequado sobre acidentes e violência.” É possível notar que alguns grupos são marginalizados, como as mulheres, crianças, homossexuais, idosos, entre outros, sendo notada uma lacuna na extensão da cidadania a todos os usuários dos sistemas de saúde, devido a escassez e precariedade das informações coletadas. A OMS, confirma que existe em todo o mundo a ocorrência de violência doméstica perpetrada pelo

parceiro é de 30%, mas existe principalmente a subnotificação dos casos. Na América Latina estima-se que até 25% dos casos de violência contra mulher não sejam relatados (TERRA, 2017, p.18).

O Ministério da Saúde tem o Sistema de Informações sobre Agravos e Notificações (SINAN) como registros oficiais de dados da violência contra a mulher recebidos pelo SUS. Em 2003, foi estabelecida a Lei nº 10.778, que estabelece a notificação compulsória em todo o território nacional dos casos de violência contra a mulher recebida pelos serviços públicos de saúde. Porém, os indicadores ainda são insuficientes, um reflexo da realidade complexa enfrentada pelos profissionais no cotidiano dos atendimentos (KIND et al, 2013, p.1806).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher é um problema sério que tem inúmeras consequências sociais. O reconhecimento dessa problemática só foi possível graças as constantes lutas dos movimentos feministas ao longo da história, para garantir os direitos das mulheres e denunciar a desigualdade de gênero em diversas perspectivas.

No campo da saúde, a violência contra a mulher demorou a adentrar os sistemas de atendimento, e ainda hoje apresenta grandes dificuldades de identificação e acolhimento. Em grande parte, essa realidade é um reflexo do despreparo dos profissionais de saúde, da estrutura do sistema que dificulta o acesso aos melhores meios de atender as necessidades das usuárias, a garantia da proteção dos profissionais contra os agressores e a grande dificuldade das mulheres de abordarem o assunto dentro dos centros de saúde onde não conseguem se sentir acolhidas ou por motivos como medo, culpa e vergonha não sabem como abordar a situação.

Embora existam cada vez mais medidas de políticas públicas de assistência as mulheres vítimas de violência, essas medidas têm se mostrado ainda muito ineficazes diante da realidade complexa que o fenômeno da violência representa no cotidiano da vida de mulheres e profissionais de saúde. Como reflexo percebemos que as informações coletadas são insuficientes para fornecer dados concretos que auxiliem na melhoria dessas políticas e consequentemente da realidade. Como é o caso das notificações no SUS, onde mesmo com a obrigatoriedade de notificar casos de violência contra a mulher, o que se tem são informações incompletas, subnotificações, que mantém essa questão na invisibilidade.

Sabemos que dados e informações, principalmente numéricos são importantes quando falamos de políticas e sensibilização da sociedade para problemas de ordem pública. A realidade atual tem mostrado a existência de um círculo vicioso onde profissionais com fraca qualificação técnica, não conseguem acolher as demandas, e por conseguinte não registram os casos, gerando uma desinformação dentro do sistema, que não propõem medidas eficazes.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências de produção científica no Brasil. *Ver. Saúde Pública*, v. 40, n. Esp., p. 121-132, 2006.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 15 junho 2019
- BURNET, M. & WHITE, D.O. - *Natural History of Infectious Disease*. Cambridge University Press, 1972
- CONASS. *Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília, 2007.
- GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 20, v. 6, p.1879-1890, 2015.
- EHRENREIC, B.; ENGLISH, D. *Witches, midwives, and nurses*. New York, Feminist Press, 1973.
- KIND, Luciana et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 29, v. 9, p. 1805-1815, set. 2013.
- KROMBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev de Saúde Pública*, n. 39, v. 5, p. 695-701, 2005.
- IPEA. SIPS: Sistema de Indicadores de Percepção Social - Tolerância social à violência contra as mulheres. 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> Acesso em: 17/06/2019
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*, n. 46, v.2, p.351-358, 2012.
- PAGLIOSA, F, L; DA ROZ, M, A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação*, V.32 n.4, p.492-499, 2008.
- PEDROSA, C. M. e SPINK, M. J. P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, n. 36, v.4, p.470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, São Paulo, n. 10, v. 6, p.41-54, fev. 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, n. 41, v. 3, p. 359-367, 2007a.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*, n. 41, v. 5, p.797-807, 2007b.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 5, ago. 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Ver Saúde Pública.*, v. 40, n. Esp., p. 112-120, 2006.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. 1990, Porto Alegre, v.16, n.2, jul./dez., 1990

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Ideal Gráfica e Editora, 2011.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais - Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Brasília, 2014.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 29, v.6, p.1230-1240, jun. 2013.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.19, v. 2, p.263-272, 2003.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de. O que é Violência contra a Mulher. São Paulo: Brasiliense, 2002. (Coleção primeiros passos, 314)

TERRA, Maria Fernanda. Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília, 2012a.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2012: A cor dos homicídios no Brasil. Brasília, 2012b.

