



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

ANA ELISA ARAÚJO MESSIAS

**A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E OS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE PÚBLICA: O CASO DE MARÍLIA –SP**

Londrina
2008

ANA ELISA ARAÚJO MESSIAS

**A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E OS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE PÚBLICA: O CASO DE MARÍLIA –SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Nilza da Silva.

Londrina
2008

ANA ELISA ARAÚJO MESSIAS

**A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E OS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE PÚBLICA: O CASO DE MARÍLIA –SP**

BANCA EXAMINADORA

Maria Nilza da Silva [Orientador]

Ana Maria Chiarotti de Almeida

Terezinha Bernardo

Londrina, 26 de março de 2008.

*Dedico este trabalho ao meu querido avô Uacir (26/04/1930 – 04/07/2007) que sempre me incentivou e apoiou a minha profissão...
E à minha querida avó Esther (15/04/1927 – 02/11/2007) por todas as orações que aqueceram e fortaleceram o meu coração...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma especial:

- À minha orientadora Maria Nilza da Silva pelos ensinamentos e
direcionamento neste processo...
- À CAPES pelo financiamento desta pesquisa...
- À Dra. Silvia Helena Cerqueira César Rojas e Dra. Selma Regina Miranda
Pereira, da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, pelo apoio neste trabalho...
- À Rosane, Durva e Vicente, da Secretaria de Pós-Graduação em Ciências
Sociais da UEL, que sempre prontamente me ajudaram...
- À professora Sueli Andruccioli Felix que mesmo de longe colocou alguns
rumos nos meus dados coletados...
- Aos meus pais Ruti e Tércio, pelo carinho, compreensão e amor
incondicional...
- Aos meus irmãos Rafael e Ana Miriam, pelo encorajamento e
companheirismo...
- A toda a minha família: tios, tias, primos e primas pelo apoio e carinho...
- Aos meus amigos pesquisadores Leandro, Milena, Vanessa, Paulo e Luciana
que contribuíram para que esta pesquisa pudesse ser concluída...
- Às minhas amigas: Leda, Renata, Daniele, Ângela, Marcela, Carolina, Ana
Paula e Ana Carolina pela amizade e cumplicidade...

"É bom ter muitas personas, coleccioná-las, costurar algumas, recolhê-las à medida que avançamos na vida. Quando vamos envelhecendo cada vez mais, com uma coleção dessas à nossa disposição, descobrimos que podemos ser qualquer coisa, a qualquer hora que desejemos".

Clarissa Pinkola Estés

MESSIAS, Ana Elisa Araújo. **A violência contra a mulher e os profissionais de saúde pública: o caso de Marília –SP.** 2008. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

A violência como fenômeno cultural e social sempre fez parte das relações sociais. E, em relação às violências acometidas contra mulheres, podem-se multiplicar os embates considerando os vários preconceitos dos quais historicamente são vítimas. Este trabalho tem como objetivo analisar a atuação dos profissionais de saúde pública de Marília, atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), às mulheres vítimas de violência. Foram utilizadas as metodologias qualitativa e quantitativa. A qualitativa com a realização de entrevistas com profissionais de saúde e a quantitativa com a análise de 1653 boletins de ocorrência de crimes relacionados à violência contra a mulher nos arquivos das Delegacias de Polícia da cidade de Marília e no Banco de Dados do Projeto GUTO (Unesp/Marília). E ainda, utilizou-se os dados do Censo do IBGE para a compreensão da situação da mulher mariliense. Constatou-se que, apesar de Marília ser considerada como referencial em atividades de prevenção à violência contra mulher, a cidade tem deixado a desejar na efetivação de ações junto aos profissionais de saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde, especificamente através do Programa Municipal da Saúde da Mulher que pudessem traduzir melhorias no atendimento à mulher vitimizada pela violência doméstica.

Palavras-chave: Mulher. Violência. Saúde pública.

MESSIAS, Ana Elisa Araújo. **A violência contra a mulher e os profissionais de saúde pública: o caso de Marília –SP.** 2008. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

Violence as a cultural and social phenomenon has always been part of the social relationship. And referring to the violence against women the shock can be greater considering the great deal of discrimination which women are historically victims. The present work aims to analyze the professionals' performance of the public health of Marília who are acting on the Basic Health Units (UBS) as well as the Family Health Units (USF) in benefit to women who are victims of violence. The qualifying and quantitative methodologies were applied. The qualifying methodology was performed through interviews with health professionals and the quantitative one through the analysis of 1653 incident reports of crimes related to the violence against women in the files of the Police Department of Marília city, as well as from the Project Data Bank GUTO (Unesp/Marília). Besides that, the Census of IBGE data were used to understand the situation of the citizen women of Marília. It was found that despite Marília city is considered a reference in activities of prevention from the violence against women, the city fails in terms of being effective to act together with the professionals of health, through the Health City Secretary, specifically through the City Program for the Women Health which could give improvements to help the women who are victims of domestic violence.

Keywords: Women. Violence. Public health.

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E MAPAS

Gráfico 1 – Distribuição de Zonas de Bairros (por n.º de habitantes) onde residiam as Vítimas	59
Gráfico 2 – Distribuição segundo a Cor/Raça das Vítimas	60
Gráfico 3 – Distribuição segundo Idade das Vítimas	62
Gráfico 4 – Distribuição segundo Estado Civil das Vítimas	64
Gráfico 5 – Distribuição da Situação Relacional das Vítimas com seus (as) Agressores (as)	66
Tabela 1 – Distribuição de Mulheres com 14 anos ou mais por Cor – Município de Marília/SP – 2000	61
Tabela 2 – Distribuição de Mulheres com 14 anos ou mais por Idade – Município de Marília/SP – 2000	63
Tabela 3 – Distribuição de Mulheres com 14 anos ou mais por Estado Civil – Município de Marília/SP – 2000	65
Tabela 4 – Distribuição dos Crimes Tipificados como “Comunicação de Fato”	70
Tabela 5 – Distribuição da Tipificação dos Crimes	70
Tabela 6 – Distribuição dos Crimes por Violência Sofrida	71
Tabela 7 – Distribuição dos Crimes Agrupados por Violência Sofrida	72
Mapa – A cidade de Marília	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I – MULHER E VIOLÊNCIA	16
1.1 O FATO DE SER MULHER	17
1.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	23
CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE E VIOLÊNCIA	33
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	34
2.2 A SAÚDE DA MULHER: A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E A IMPORTÂNCIA DO RECORTE ÉTNICO/RACIAL	42
CAPÍTULO III – MARÍLIA: REFERÊNCIA NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER?	53
3.1 A CIDADE DE MARÍLIA.....	54
3.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: O QUE DIZEM OS DADOS POLICIAIS	56
CAPÍTULO IV – MARÍLIA: OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	75
4.1 A SAÚDE DA MULHER E O ENFOQUE DA VIOLÊNCIA NA CIDADE DE MARÍLIA	76
4.2 A PESQUISA DE CAMPO: OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	122
ANEXO I.....	123
ANEXO II	125
ANEXO III.....	127
ANEXO IV	129

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a violência contra a mulher marcaram nossa trajetória acadêmica no curso de Ciências Sociais na Universidade Estadual Paulista (UNESP/ Campus de Marília-SP). Concorri a uma Bolsa CNPq do “Grupo de Pesquisa e de Gestão Urbana de Trabalho Organizado” – Projeto GUTO¹, que desenvolvia o Projeto “A Geografia do Crime de Marília – SP: diagnósticos para uma ação social e comunitária”, e fomos integrada ao Grupo para desenvolver pesquisas científicas sobre os estudos da mulher e a violência por ela sofrida. No processo de seleção tivemos que apresentar propostas de ações de prevenção à violência contra a mulher a serem desenvolvidas através do Comitê de Prevenção à Violência da cidade de Marília. O diferencial em minha proposta – que fora determinante para ser contemplada com uma bolsa - era o destaque à importância de ações de prevenção à violência contra a mulher através dos agentes comunitários de saúde².

Estudar este tema foi muito prazeroso. As vivências de mulheres já acompanhavam nossas reflexões havia algum tempo em leituras. Os livros “*Princesa*” de Jean Sasson, “*Mulheres que correm com os lobos*” de Clarissa Pinkola Estés e “*O Cortiço*” de Aluísio de Azevedo, trouxeram-nos o gosto pelo universo feminino que circundam as diversas histórias de mulheres, marcadas pelo amor, ódio, violências, conflitos familiares, conflitos culturais, dogmas, credences, etc., conduzindo-nos a leituras teóricas sobre os processos de exclusão que esta categoria tem sofrido ao longo dos séculos. Não pude me desvencilhar mais desse universo, sendo impelida a continuar as reflexões e as pesquisas no em mestrado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina, até a elaboração deste trabalho.

Assim, toda a pesquisa, tanto teórica quanto de campo (a que mais nos instiga), foi realizada para que um sonho pudesse tornar-se realidade: o de que estratégias de prevenção à violência contra a mulher atingissem de forma concreta, constante e significativa, não só os segmentos da saúde, mas também os da educação, segurança, bem-estar social, etc.

Segundo Maria Cecília de Souza Minayo (1994), no final de 1980, a violência é colocada como um problema de saúde pública e, no Brasil, “a focalização sobre a

¹ Grupo de Pesquisa e de Gestão Urbana de Trabalho Organizado – GUTO. Unesp/Marília. Disponível em: <<http://www.guto.marilia.unesp.br>>. Acesso em 15 de Abril de 2006.

² Esta proposta determinou minha monografia apresentada na conclusão do Curso de Ciências Sociais no ano de 2003, com o título: “Políticas Públicas de Saúde e a Violência contra a Mulher: um estudo da problemática na cidade de Marília”, onde foram entrevistados 24 agentes comunitários de saúde de uma determinada Unidade Básica de Saúde da cidade de Marília, a fim de diagnosticar sua percepção sobre a violência contra a mulher.

área da violência vem do impacto cada vez maior que ela representa na vida da população, bem como por extensão no setor da saúde” (MINAYO, 1994, p. 5-6). A mulher é a maior usuária do sistema público de saúde no país (TAVARES, 2000). Assim, destacamos estes locais como centros de referência para ela, podendo ser utilizados, em atendimentos a saúde e como locais de prevenção contra as violências sofridas.

Este trabalho teve como objetivo analisar a atuação prática e as percepções dos profissionais de saúde sobre as políticas de saúde referentes à violência contra a mulher na cidade de Marília/SP. Os profissionais atuavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) situadas onde os índices de mulheres vítimas de violência são mais expressivos. Procuramos, ainda, considerar a importância do recorte étnico/racial no atendimento integral à saúde da mulher.

A violência atinge todas as mulheres sem distinção de cor, classe, religião, grau de escolaridade. Mas não há como negar que as mulheres negras são expostas a uma carga a mais de violência – a étnico/racial. Para Benilda Brito, “a discriminação racial agrava o quadro da realidade das mulheres negras, tornando-as extremamente vulneráveis a todo tipo de violência e privações” (2004, p. 57); e, segundo Fátima Oliveira (2003), o somatório do recorte étnico/racial potencializa a violência, indicando a necessidade de uma atenção diferenciada à sua saúde.

Assim, inserimos nesta pesquisa um tema recente nas discussões acadêmicas há poucos anos, mas que evidencia urgência nas ações – o reconhecimento do recorte étnico/racial na questão da saúde pública, em que o racismo é fator agravante na vida da mulher negra. Porém, este recorte foi introduzido neste trabalho após a minha participação na disciplina do Programa de Mestrado em Ciências Sociais da UEL sobre as relações raciais - com a Prof.^a Dra. Maria Nilza da Silva – que me despertou para a importância desta temática.

Muitas questões nortearam este trabalho, entre as quais podemos elencar as seguintes: será que os profissionais de saúde em Marília estão prontos para receber a demanda de violência em seus atendimentos e a perceber que muitas patologias não são distúrbios orgânicos, mas são provenientes de alguma violência sofrida? Estão amparados por políticas públicas que os auxiliem com capacitações periódicas referentes ao tema? Será que as Unidades de Saúde são locais de prevenção à violência contra a mulher na cidade? A Secretaria Municipal de Saúde se articula na prevenção contra a violência à mulher? A Secretaria Municipal de Saúde possui uma visão pautada na igualdade racial?

Quanto à metodologia, trabalhamos com a perspectiva qualitativa e quantitativa. Realizamos pesquisas bibliográficas nas bibliotecas da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sendo, porém, a maior parte realizada na biblioteca da Universidade Estadual Paulista (UNESP/Marília). Utilizamos artigos publicados no Scielo Brazil (Scientific Electronic Library Online), artigos publicados virtualmente em outras revistas ou jornais, sobretudo na Folha de São Paulo. Realizamos pesquisas e análises em leis e diretrizes nacionais e Internacionais no que diz referentes à saúde da mulher, a políticas públicas de saúde, à violência contra a mulher, à saúde da mulher negra, aos profissionais de saúde, etc..

Quanto à pesquisa de campo junto aos profissionais de saúde, obtivemos a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Marília³. Entrevistamos profissionais de saúde⁴ das Unidades de Saúde (UBS e USF) existentes nos bairros de maiores índices criminais da violência contra a mulher. Elaboramos um termo de compromisso⁵, a ser assinado pelos profissionais, explicitando o modo de coleta das entrevistas⁶ (realizadas com gravação em MP3 - MPEG Audio Layer-3 - e anotações em papel), garantindo ao profissional seu anonimato, e a disposição de fornecer qualquer dado requerido. As entrevistas se deram em nove Unidades de Saúde, das quais cinco Unidades de Saúde da Família e quatro Unidades Básicas de Saúde, com vinte e dois profissionais: sete médicos, duas médicas, dez enfermeiras e três psicólogas.

No que se refere à pesquisa quantitativa, utilizamos dados do Censo do IBGE de 2000 sobre a população de Marília, priorizando o recorte de sexo. Através de dados policiais da cidade, traçamos o perfil da mulher mariliense, violentada, que denunciou a agressão. Consideramos as variáveis de: cor, estado civil, relação com o agressor (a), idade, e o bairro onde o crime ocorreu. Com esta última variável constatamos onde os crimes contra a mulher têm maior incidência, e com isso pôde-se chegar às Unidades de Saúde.

Os dados policiais foram de extrema importância para esta pesquisa. Contudo, seria necessário destacar a dificuldade em trabalhar com a fração total dos crimes ocorridos. Em março de 2006 uma Delegacia de Polícia de Marília foi visitada para a coleta

³ Foram entregues uma Carta de Apresentação à Secretaria Municipal de Saúde de Marília, bem como uma cópia do Projeto referente a esta pesquisa, vide Anexo I.

⁴ Seguimos um modelo de entrevista semi-estruturada que “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem repostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”. MINAYO, Maria Cecília S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2000, p. 108.

⁵ Termo de Compromisso vide Anexo II.

⁶ Roteiro das Entrevistas vide Anexo III.

de dados de 2004 e 2005, por meio dos Boletins de Ocorrência ⁷. Estabelecemos um novo recorte nas estatísticas no mês de agosto de 2007 e, com isso, uma nova visita à Delegacia foi imprescindível. Estes dados não mais existiam; os computadores foram trocados e os dados não foram salvos. Infelizmente as Delegacias de Polícia, bem como seus funcionários, não sabem como estes dados são importantes para futuras pesquisas científicas e estratégias de prevenção à violência. Felizmente estes dados foram salvos em abril de 2007 pelo Projeto GUTO ⁸ (Unesp/Marília) e os dados necessários a esta pesquisa resgatados.

Um outro impasse que merece destaque ao longo das análises se encontra na disparidade dos critérios usados pelos escrivães na digitação e formatação dos Boletins de Ocorrência, ou seja, não há uma metodologia específica para designar a tipificação dos crimes⁹. Encontramos muitos boletins nos quais os crimes não condizem com o histórico¹⁰ da ocorrência. Podemos exemplificar isso nos inúmeros boletins caracterizados como “comunicação de fato”¹¹, sendo estes crimes, na verdade, crimes de “ameaça”¹² ou “lesão corporal dolosa”¹³. Realizamos uma leitura atenta de todas as ocorrências bem como de seus históricos, para que a estatística dos crimes fosse gerada da maneira mais fidedigna possível e nós pudéssemos detectar sem disfarces a real violência sofrida pelas mulheres.

Assim, no primeiro capítulo fizemos uma breve abordagem da categoria gênero nos estudos acerca das relações entre homens e mulheres, bem como de sua importância como uma categoria analítica nas relações entre os sexos. E como tal categoria está presente nos processos de exclusão e dominação em que as mulheres estão inseridas, abordamos a violência contra a mulher no contexto brasileiro.

⁷ Documento expedido pelas Delegacias de Polícia contendo todas as informações sobre o crime, cedido à vítima no ato da denúncia de qualquer crime.

⁸ O Projeto tem como sede, o atual “Comitê Gestor de Segurança e Qualidade de Vida”, vinculado à Prefeitura de Marília, que possui uma efetiva parceria com as Delegacias de Polícia da cidade, sendo que estas utilizam o programa desenvolvido pelo Projeto GUTO, no preenchimento dos Boletins de Ocorrência.

⁹ “Tipificação do crime” refere-se à definição do crime, ou seja, agrupá-los conforme seu tipo de ocorrência.

¹⁰ Parte integrante do boletim de ocorrência que possui informações detalhadas de como ocorreu o crime de acordo com a narrativa da vítima.

¹¹ “Comunicação de fato” é a tipificação de uma denúncia sem ser designado o crime ocorrido. A utilização desta tipificação por parte dos escrivães dificulta e mascara a realidade criminal, pois, no histórico consta como o crime ocorreu, e com a leitura destes históricos pode-se obter qual crime na realidade esta denúncia está se referindo.

¹² Segundo o Art. 147 do Código Penal, o crime de ameaça significa intimidar, causar medo ou prometer fazer algo nocivo a alguém, por palavras, gestos ou por escrito, como ameaça de morte, de agressão. SENADO FEDERAL, Agência Senado. Cartilha “A mulher e as leis”, 2004. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/comunica/agencia/cidadania/violcontmulher/not03.htm>>. Acesso em 12 de Julho de 2007.

¹³ À lesão corporal pode designar agressões físicas, com socos, tapas, pontapés, ou com uso de objetos que prejudiquem a saúde da mulher (art. 129 do Código Penal). SENADO FEDERAL, Agência Senado. Cartilha “A mulher e as leis”, 2004. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/comunica/agencia/cidadania/violcontmulher/not03.htm>>. Acesso em 12 de Julho de 2007.

No segundo capítulo, analisamos brevemente a implantação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e seus desdobramentos, até a implantação do Sistema Único de Saúde, avaliando as práticas de saúde brasileiras no que diz respeito à violência contra a mulher e à importância do recorte étnico/racial na saúde da mulher. A cidade de Marília, cidade esta situada no interior do Estado de São Paulo, foi base para nossa pesquisa de campo, pois foi uma das cinco cidades selecionadas a implantar o Projeto “Articulando Redes Integradas de Serviços e Controle Social sobre a Violência contra a Mulher”, idealizado pela Organização de Mulheres Negras “Fala Preta” e pelo Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, sendo considerada hoje referência no Estado, no atendimento à mulher vítima de violência, pela Rede Mulher de Marília¹⁴. No terceiro capítulo resgatamos brevemente a história da cidade

No quarto capítulo, a análise enfocou especificamente a estrutura do Sistema Municipal de Saúde da cidade de Marília em suas ações na prevenção da violência contra a mulher, por meio de entrevistas com os profissionais atuantes nas Unidades de Saúde localizadas nos bairros em que há maior ocorrência desse tipo de violência.

Analisamos com o auxílio das entrevistas, a opinião dos profissionais quanto a uma capacitação específica sobre o tema da violência contra a mulher; se há carência de políticas públicas que auxiliem o profissional (no tema); se eles têm conhecimento sobre pesquisas realizadas a respeito do tema da violência contra a mulher do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde Municipal de Marília; se em suas Unidades já foram realizadas campanhas de prevenção à violência contra a mulher; se a violência já foi explicitada em seus atendimentos de saúde com mulheres; se, implicitamente (em conversas e investigações acerca da história das mulheres), a violência já foi percebida; quais os procedimentos adotados pelos profissionais quando detectada violência contra mulheres; qual o perfil das mulheres atendidas; e qual a opinião dos profissionais de saúde em relação pela qual a mulher não sai do ciclo da violência.

Foi nas entrevistas com profissionais de saúde que se constatamos que a cidade de Marília tem deixado a desejar no que diz respeito à realização de estratégias de prevenção à violência contra a mulher através da Secretaria Municipal de Saúde. Pois, apesar da cidade ser considerada um referencial em atividades de prevenção desse tipo de violência, percebemos que a maioria dos profissionais se sentem despreparados para realizar

¹⁴ COMITÊ GESTOR DE SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA. “Rede Mulher de Marília”. Disponível em: < http://www.mariliasegura.com.br/Rede%20Mulher/rede_mulher_historico.php >. Acesso em 14 de Maio de 2006.

atendimentos em casos de violência, não sabendo, muitas vezes, que procedimentos adotar e a quem recorrer. E, ainda, a maioria dos entrevistados enfatizou a importância da inserção da temática em seu cotidiano profissional por meio de encontros, ações e debates que evidenciem o tema da violência e suas complexidades na saúde da mulher.

CAPÍTULO I

MULHER E VIOLÊNCIA

1.1 O FATO DE SER MULHER

A trajetória da mulher foi, desde sempre, marcada pela invisibilidade e desapareço aos papéis que ela desempenha. É neste sentido que Michelle Perrot (2007) diz:

escrever a história das mulheres é sair do silêncio em que elas estavam confinadas... nesse silêncio profundo, é claro que as mulheres não estão sozinhas... ele envolve o continente perdido das vidas submersas no esquecimento no qual se anula a massa da humanidade. Mas é sobre elas que o silêncio pesa mais (PERROT, 2007, p. 16).

Segundo Magali Engels (2003), a condição feminina na história sempre se opôs à condição masculina. Fazer dos estudos da mulher uma linguagem singular é, para a autora, um dos maiores desafios a serem enfrentados, com vista a resgatar a sua história e reconhecer suas especificidades étnicas, religiosas, econômicas, culturais, regionais e geracionais, relativizando a universalização do ser mulher. Assim, não é suficiente afirmar que estas relações são complexas e difíceis de serem decompostas; é necessário “desenvolver novas linhas de investigação que sejam capazes de apreender as transformações culturais que culminam em modificações nas relações de gênero” (GREGORI, 1993, p. 199).

A categoria gênero começou a ser utilizada pelas feministas americanas para que retratasse as diferenças culturais e historicamente construídas, refutando as teorias de diferenciações biológicas expressas nos termos de sexo e diferença sexual (ENGELS, 2003). No Brasil, esta categoria, como uma categoria de análise, foi introduzida a partir da década de 80 através dos estudos feministas (STOLCKE, 1991).

Segundo Ruth Cardoso (1993), o conceito de gênero foi formulado a fim de tecer uma rede de poderes e contra - poderes nas relações entre o masculino e o feminino. Por possuir uma característica intrínseca e basicamente relacional, a categoria gênero nos oferece a possibilidade de entendermos que a construção dos comportamentos femininos e masculinos é definida, considerados estes, um em função do outro, e construídos historicamente em determinado tempo e na estrutura social e cultural. “As relações sociais baseadas nas diferenças hierárquicas que distinguem os sexos, são, portanto, uma forma primária de relações significantes de poder” (MATOS, 2000, p. 17).

Visando-se interpretar as relações entre homens e mulheres, sob uma ótica cultural, resultante de significações sociais, culturais e psicológicas, sobre as identidades sexuais, tornou-se necessário “distinguir entre ‘gênero’ como criação simbólica, ‘sexo’, que se refere ao fator biológico que define a pessoa como fêmea ou macho, e ‘sexualidade’, que tem a ver com preferências e comportamentos sexuais” (Showalter, 1989 e Caplan, 1987 *apud* STOLCKE, 1991, p.103) ¹⁵.

De forma simplificada, Miriam Pillar Grossi (1998) explicita a diferenciação de gênero e sexo, em que “sexo é uma categoria que ilustra a diferença biológica entre homens e mulheres” e “gênero é um conceito que remete à construção cultural coletiva dos atributos de masculinidade e feminilidade (que nomeamos de papéis sexuais)” (GROSSI, 1998, p. 6). Explica Verena Stolcke que a teoria de gênero:

introduziu uma abordagem relacional que envolvia o estudo das mulheres em suas relações com os homens. Mas nem sempre fica claro que isso tenha aberto caminho para a análise de formas culturalmente diversas de poder masculino e de dominação das mulheres, e do que as causou historicamente. Não obstante, apenas dessa perspectiva é que a teoria de gênero implica uma nova e subversiva forma de política de gênero que não somente desafia o poder masculino, mas também, as raízes políticas gerais da desigualdade de gênero. Além disso, desse ponto de vista, o objetivo não é mais se tornar tão semelhante aos homens quanto possível, mas transformar radicalmente as relações de gênero, projeto político que, por sua vez, requer a superação de todas as formas de desigualdade (STOLCKE, 1991, p. 104).

Assim, por meio da categoria gênero pôde-se alargar o campo de conhecimentos sobre os esquemas tradicionais de dominação, possibilitando-se a introdução de “questões novas acerca das desigualdades para além das diferenças de classes e de sexos” (COSTA, 2001, p. 114); não obstante, permitiu-se demonstrar que as referências culturais são sexualmente produzidas, ou seja, são determinadas pelo sexo do indivíduo, podendo este termo ser entendido como um instrumento que facilita a percepção das desigualdades entre homens e mulheres, não mais operando-se as diferenciações do sexo feminino e do sexo masculino sob determinações biológicas. E é a partir deste reconhecimento que utilizamos tal categoria de análise, para direcionar a reflexão acerca da problemática da violência contra a mulher, provocada, na maioria das vezes, pelo conflito entre os sexos.

¹⁵ SHOWALTER, E (org.) *Speaking of gender*. New York, Routledge, 1989, p. 1-14. CAPLAN, P. (org.) *The cultural construction of sexuality*. London, Routledge, 1987.

Apesar do silêncio e do descaso presente na história das mulheres, durante o passar dos séculos, Geneviève Fraisse e Michelle Perrot (1990) afirmam que as mudanças econômicas e políticas, sociais e culturais do século XIX foram favoráveis às mulheres, não podendo este século ser pensado somente como um tempo de repressão e submissão em sua vida, pois foi nele que nasceu o feminismo, sendo causa de importantes mudanças estruturais¹⁶. Nesse período, o feminismo é definido em sua fase universalista, de cunho igualitário, ou seja, na luta por uma aquisição de direitos civis e políticos (SCAVONE, 2004). Para Londa Schienbinger (2001) o termo feminismo significa:

coisas muito diferentes para diferentes pessoas; as muitas variantes do feminismo se agrupam ao longo de um espectro de perspectivas filosóficas e políticas. Feministas notáveis incluem homens tais como o cartesiano do século XVII François Poullain de la Barre, que declarou que “a mente não tem sexo”, e o liberal inglês do século XIX John Stuart Mill, que lutou pelos direitos da mulher. Feminismo define uma perspectiva, não um sexo. Embora, historicamente, a maioria das feministas tenham sido mulheres, associar demasiado o termo estritamente a mulheres, aliena homens simpáticos ao movimento e, de modo mais sério, deixa sem análise como os homens contribuíram para rígidas noções de masculinidade e foram por elas constrangidos (SCHIEBINGER, 2001, p. 45).

No Brasil, o feminismo do fim do século XIX teve como foco o direito ao voto com Bertha Lutz, que não inseriu, em suas lutas, debates sobre as desigualdades e os modos de opressão vividos pelas mulheres. “A luta para a inclusão das mulheres à cidadania não se caracterizava pelo desejo de alteração das relações de gênero, mas como um complemento para o bom andamento da sociedade”, sendo este definido por Céli Pinto, de feminismo “bem comportado”¹⁷ (OTTO, 2004).

No começo do século XX, segundo Margareth Rago (2000), intensas discussões se levantaram sobre o fato de a mulher trabalhar fora do seio familiar, inserindo-se nessas temas sobre sua sexualidade, sobre casamento, prostituição, virgindade e adultério. “A crescente inserção da mulher no mercado de trabalho não ocorreu de forma igual para todas as

¹⁶ A essas mudanças estruturais as autoras mencionam a autonomia do indivíduo civil, o trabalho assalariado e o direito à instrução, fatos estes ligados ao aparecimento coletivo das mulheres na cena política. FRAISSE, Geneviève, PERROT, Michelle. Introdução: Ordens e Liberdades In: *História das Mulheres no ocidente*, vol. 4: O século XIX. São Paulo: EBRADIL, 1990, p. 9.

¹⁷ Clarícia Otto em resenha comenta sobre o livro “Uma história do feminismo no Brasil” de Céli Pinto publicado pela Fundação Perseu Abramo em 2003. OTTO, Clarissa. O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. Revista Estudos Feministas. Florianópolis v.12, n. 2. 2004. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000200015 >. Acesso em 18 de Abril de 2007.

mulheres” (SCHRAIBER, 2005, p.85), mas este era incentivado na classe mais pobre pelos homens da elite, que pretendiam, como sempre, lucrar com a mão de obra barata de mulheres e crianças, na afirmação de que, além destas mulheres e crianças precisarem trabalhar para ajudar suas famílias no sustento da casa, ainda possuíam diferenciações em relação às mulheres pertencentes à classe dominante. Afirma Margareth Rago:

acreditavam que as mulheres das camadas mais carentes da população, quer devido à constituição física, quer à falta de formação moral, eram muito inferiores às mulheres normais e mais inclinadas a vícios e às tentações do mundo moderno (RAGO, 2000, p. 593).

Assim, no Brasil, o feminismo das primeiras três décadas do século XX é marcado por um movimento liderado por uma heterogeneidade de mulheres - anarquistas, líderes operárias, intelectuais, entre outras – bem como pela inserção de temas como dominação masculina e direito à educação, como divórcio e sexualidade. Com o golpe de 1937 “ocorre um longo período de refluxo¹⁸ do movimento feminista que se estende até as primeiras manifestações nos anos 70” (OTTO, 2004).

A partir da década de 70, o movimento feminista que se inicia é ligado a processos de luta para a eliminação das discriminações sociais, econômicas, políticas e culturais que vitimavam a mulher (GREGORI, 1993); pois, com a consolidação do capitalismo no século anterior, as mulheres brasileiras, como foi explicitado anteriormente, são inseridas no mercado de trabalho deixando a esfera privada para adentrar a esfera pública. Segundo pesquisa realizada em 1984 sobre a população brasileira¹⁹, a década de 80 é marcada por um aumento significativo de mulheres nas esferas política e profissional:

A população feminina economicamente ativa subiu de 18,5 por cento em 1970 para 26,9 por cento em 1980, correspondendo a 41 por cento do aumento total da população economicamente ativa na década. O tipo de ocupação feminina também mudou. A taxa da população feminina economicamente ativa em cargos administrativos aumentou de 8,2 por cento em 1960 para 15,4 por cento em 1980 e de 19.000 em 1970 para 95.800 em 1980 nas profissões de maior prestígio: engenharia, arquitetura, medicina, odontologia, economia, ensino universitário e advocacia (THOMAS, 1991, p.10).

¹⁸ Na época da ditadura militar, o feminismo estava empenhado na luta pelas liberdades democráticas, e lutava ao mesmo tempo pelos direitos das mulheres. Lucila Scavone (2004, p.16) faz referência à GOLDENBERG, A. Tudo começou antes de 1975: idéias inspiradas pelo estudo da gestação de um feminismo “bom para o Brasil”. Relações sociais de gênero x relações sociais de sexo. São Paulo: NEMGE, 1989.

¹⁹ BOSCHI, Renato Paul. A arte de associar: movimentos sociais, a classe média e a política de base no Brasil urbano. Relatório Final para a Fundação Tinker, 1984 *apud* Dorothy Q. Thomas. Injustiça Criminal: a violência contra as mulheres no Brasil. Divisões de Human Rights Watch: Americas Watch, 1991, p. 10.

Já a população economicamente ativa em 2003, especificamente em São Paulo, segundo dados do PEA (População Economicamente Ativa)²⁰, era de 19,6 milhões de pessoas, sendo 8,5 milhões de mulheres (43,3%) e 11,1 milhões de homens (56,7%). Este estudo refere que houve uma elevação do número de mulheres com 40 anos ou mais no mercado de trabalho, enfatizando:

é preciso supor que os postos de trabalho gerados sejam passíveis de serem ocupados por mulheres – hipótese bastante plausível, tendo em vista que o setor de serviços, muito mais permeável ao trabalho feminino que determinados segmentos industriais, foi o que mais gerou ocupações nesse período – e que as mulheres estejam disponíveis para trabalhar, isto é, que sejam capazes de conciliar seu papel na manutenção das famílias, no âmbito doméstico, com as atividades produtivas fora do domicílio. Também essa segunda hipótese é bastante plausível, seja pelas mudanças nos papéis de homens e mulheres no âmbito familiar, seja pela transformação no padrão reprodutivo da sociedade paulista, refletida na persistente diminuição da taxa de fecundidade nas últimas décadas (IPEA, 2003)²¹.

Para Heleieth Saffioti (1979, p. 40), “o caráter submisso que há milênios as sociedades vinham moldando nas mulheres facilitava enormemente a elevação do montante de seu trabalho excedente”. Assim, com a implantação do sistema capitalista, muitas estruturas que compunham a sociedade modificar-se-iam, inclusive a estrutura familiar.

Entende-se por família um grupo de pessoas que dividem o mesmo espaço doméstico e cujas relações são formadas por graus de parentesco ou de afinidade. Segundo Lília Blima Schraiber (2005), a família é uma instituição histórica e social, e, ao mesmo tempo que influencia, sofre influência de instituições como: o Estado, a Igreja, a economia, a política, entre outras. E também diferenciações regionais, de classe, raça, etnia e faixa etária são fatores determinantes, que marcam a diversidade nas relações cotidianas das pessoas pertencentes a esta estrutura familiar.

A idéia de que o capitalismo mudaria toda a ordem familiar, permitindo a institucionalização do trabalho da mulher fora do lar é correta; mas deve-se atentar para alguns aspectos: as “facilidades” oferecidas com a indústria de eletrodomésticos, a existência de produtos alimentícios semi-prontos, a limitação da natalidade, a antecipação do início da

²⁰ IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Novo Perfil da População Economicamente Ativa de 40 anos ou mais. 2003. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php?bole=15&tip=02> >. Acesso em 22 de Janeiro de 2008.

²¹ IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Novo Perfil da População Economicamente Ativa de 40 anos ou mais. 2003. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php?bole=15&tip=02> >. Acesso em 22 de Janeiro de 2008.

educação, decorrentes da civilização moderna, são fatores que, de certa forma, poupam a mulher de serviços fatigantes e demorados. Apesar de serem amplamente ofertados para o consumo, tais facilitadores existem no mercado como valores de troca. Sendo assim, nem todas as mulheres têm acesso a eles, razão por que a escassez ou o não-acesso a estas facilidades impedem o exercício pleno da mulher numa sociedade de classes (SAFFIOTTI, 1979).

A emancipação econômica da mulher não constituiu uma libertação integral; pois não foi suficiente para libertá-la dos diversos preconceitos que a discriminam socialmente; “mesmo a mulher economicamente independente sofre na sua condição de mulher o impacto de certas injunções” (SAFFIOTTI, 1979, p.87). Com isso poder-se-ia afirmar que não é a superação apenas da dimensão econômica que afetará ou não a emancipação feminina, mas o reconhecimento de que o processo de naturalização da inferiorização da mulher é um processo exclusivamente sociocultural. Magali Engels enfatiza que a inserção de “masculinidades e feminilidades no âmbito das construções socioculturais” deve ser vista “como uma prioridade política e acadêmica” (ENGELS, 2003, p. 8).

No Brasil, o feminismo do fim do século XX e começo do século XXI vai ao encontro da perspectiva sob a qual homens e mulheres devem se posicionar. Expõe Lucila Scavone (2004):

com suas respectivas identidades, tempos, situações políticas e sociais, nos quais os modelos universais de dominação são cada vez mais questionados e, no lugar deles, vão se construindo, lentamente novos modelos baseados na multiplicidade dos sujeitos” (SCAVONE, 2004, p. 15).

Diversos aspectos fizeram com que ocorressem mudanças na vida das mulheres brasileiras, afetando o interior de suas estruturas familiares, modificando também as relações entre os sexos. Dessa forma, o feminismo, definido segundo Heleieth Saffioti, não representa uma guerra contra os homens, mas:

ao contrário, a proposta consiste exatamente na humanização do homem, também castrado em muitas dimensões da vida. E para que este processo de humanização dos elementos masculinos tenha êxito faz-se necessário humanizar mulheres e negros. Visa a estabelecer a igualdade entre seres humanos para possibilitar-lhes o desfrute do prazer (SAFFIOTTI, 1987, p. 115-116).

Com isso, uma das perspectivas mais urgentes na luta por uma igualdade entre os gêneros se dá quando lançamos o nosso olhar para a questão da violência que acomete a mulher, seja ela jovem, adulta ou idosa. Essa violência transforma as relações sociais, desestruturando famílias e contribuindo para que o ciclo de desigualdade entre homens e mulheres seja afirmado por ações violentas, concretizada nas relações íntimas, nas familiares, trabalhistas e de amizade, etc. Para Lilia Blima Schraiber, a violência, que é um dos fatores a ser estudado a seguir,

seria um dos possíveis resultados das profundas mudanças que se processaram nas últimas décadas nos atributos da mulher na sociedade e na família. E ainda, são nas delicadas relações (mulher independente, mulher dependente; mulher com autonomia e mulher subjugada) que procuramos respostas para as tensões e conflitos que resultam, por vezes, em violência (SCHRAIBER, 2005, p.75; 85).

1.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A década de 80 aparece como a década marcada pelo acirramento nas relações decorrentes da violência. Como uma das preocupações mais latentes na atualidade, a violência vem-se desdobrando em inúmeras modalidades: crime comum, crime organizado, violência doméstica, violação dos direitos humanos, etc. (ADORNO, 1999). Sérgio Adorno (2002) diz que neste período o crescimento econômico e o desenvolvimento social mudaram radicalmente o perfil e a dinâmica da sociedade brasileira, e ainda afirma:

A sociedade brasileira tornou-se mais densa e mais complexa nas suas relações de classe, nas suas relações intersubjetivas, nas lutas sociais pelo reconhecimento de identidades e de direitos; mais reivindicativa, mais participativa, cada vez mais inconformada com a persistência de seus problemas, entre os quais a violência urbana cotidiana (ADORNO, 2002) ²².

Alba Zaluar, explicita o desafio de estudar o tema da violência no Brasil:

²² ADORNO, Sérgio. Exclusão socioeconômica e violência urbana. Sociologias, Porto Alegre, n. 8, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de Abril de 2007.

Desde os anos 80, deu-se a primeira dicotomia entre os que estudaram e escreveram sobre o tema, que continua sob nova terminologia até hoje. Os que denunciavam a miséria, a perda do poder de ganho do salário, a exploração, a ausência de investimentos na educação e na saúde para o aumento da violência, que já começava a preocupar o governo federal, postavam-se na esquerda do espectro político ou no que foi durante muitos anos chamado de ‘a esquerda penal’, enquanto os que insistiram em analisar a questão institucional, inclusive as práticas policiais de violência contra os pobres e a eficiência da polícia em proteger a vida e a propriedade do cidadão, em termos de política pública para todos, eram considerados ‘de direita’. Os que desde logo tomaram a criminalidade como objeto digno de atenção dos cientistas sociais permaneceram até certo ponto estigmatizados como conservadores e empiristas até quase o fim dos anos 80. Mas partiu deles grande parte do entendimento que hoje se tem a respeito dos mecanismos perversos, círculos viciosos e obstáculos institucionais rotineiros que alimentam as carreiras criminosas de jovens pobres, bem como dos policiais envolvidos nas práticas ilegais do extermínio, da extorsão, do seqüestro, da corrupção e da repetida violação dos direitos humanos ou civis dos cidadãos brasileiros (ZALUAR, 1999, p. 19-20).

Maria Cecília de Souza Minayo (1999) entende que o acirramento dos conflitos sociais se expressa no aprofundamento da violência estrutural – fundamentada na economia – que acaba refletindo também na dinâmica das forças políticas e afetando os valores culturais do país. É ainda:

aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tomando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte (MINAYO, 1994, p. 3)

Já Saúl Franco Agudelo (1997) afirma que a violência tem adentrado a vida cotidiana, “disciplinando indivíduos, famílias, instituições e países” (p. 39) e ainda expõe:

A violência não é um ato marginal ou uma resposta ocasional nas relações inter-humanas e sociais... é uma incomunicação e não acordo: não opção para a vítima. Imposição assimétrica, seus saldos são múltiplos, feitos de dor, morte, medo, impotência, ausências e desesperanças individuais e grupais, que já há tempos demandam análises (AGUDELO, 1997, p. 40).

Em seu significado mais freqüente, violência quer dizer o uso da força física, psicológica ou intelectual para obrigar outra pessoa a fazer algo que não quer. É um meio de coagir e de submeter o outro e, acima de tudo, é violar os direitos essenciais que todo ser humano possui, restringindo a liberdade de uma pessoa, ou ofendendo-a física e moralmente (TELES, 2002). Já Maria Filomena Gregori afirma “a violência mantém a relação de mando e a sujeição, e o faz mediante um processo de interiorização pela parte dominada das vontades e ações da parte dominante” (1993, p.131).

O relatório da Anistia Internacional de 2007, no capítulo referente à República Federativa do Brasil, aponta o fenômeno da violência como o maior problema enfrentado no país:

Problemas nos sistemas judicial, prisional e de segurança pública, entre os quais violações sistemáticas dos direitos humanos, contribuíram para os níveis elevados e persistentes de violência criminal. A maioria das dezenas de milhares de mortes causadas por armas de fogo ocorreu nas comunidades mais pobres. Bem mais de mil pessoas foram mortas em confrontos com a polícia, em incidentes classificados como “resistência seguida de morte”, muitas em situações que sugerem o uso excessivo de força ou execuções extrajudiciais. A tortura continuou a ocorrer de forma generalizada e sistemática. O acesso à terra seguiu sendo um foco de violações dos direitos humanos. Houve despejos forçados e ataques violentos contra ativistas rurais, manifestantes contrários à construção de barragens, movimentos de sem-teto e povos indígenas. Muitas pessoas continuaram a trabalhar em condições análogas à escravidão ou sujeitas a servidão por dívida. Os defensores dos direitos humanos continuaram a sofrer ameaças e ataques (ANISTIA INTERNACIONAL, 2007, p.1) ²³.

Assim, para Rachel Soihet (2001), a violência sobre os segmentos populares tem sido uma presença constante na sociedade brasileira, apesar dessa ser sistematicamente negada ao nível ideológico em termos do mito da índole pacífica do brasileiro - fruto de uma mistura de raças que teria dado lugar a uma sociedade harmônica. E é no interior destas fragmentações que está inserida a violência contra a mulher, que é muitas vezes naturalizada e justificada.

E, a partir da década de 70 ²⁴ outro tema é incorporado ao movimento feminista: a “violência contra a mulher”. Segundo Maria Amélia de Almeida Teles (2002),

²³ ANISTIA INTERNACIONAL. Relatório 2007. Capítulo sobre o Brasil. Disponível em: <<http://www.br.amnesty.org/rel2007/AIR2007Brasil.pdf>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2008.

²⁴ No ano de 1975 a ONU promoveu a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher na cidade do México, institucionalizando neste evento a “Década da Mulher” (1975-1985). Tendo o Brasil se comprometido a lutar pelo fim de todas as formas de discriminação contra a mulher, em 1983 em São Paulo, criou-se o Conselho

podemos denominar a violência contra a mulher uma violência praticada contra o sexo feminino, significando a intimidação da mulher pelo homem que desempenha o papel de agressor, intimidador, dominador e disciplinador. Isso ocorre pela predeterminação dos papéis sociais impostos a homens e mulheres, reforçados por culturas patriarcais e machistas que estabelecem, no seio de suas relações, a violência entre os sexos. Refere Maria Filomena Gregori:

A relação de violência homem *versus* mulher apresenta uma peculiaridade frente a qualquer outra. O laço que une a mulher ao seu agressor não pode ser igual àqueles que ligam os outros opressores e oprimidos (GREGORI, 1993, p. 193).

A violência contra a mulher é muitas vezes caracterizada como *violência doméstica*, ou seja, violências ocorridas dentro do espaço doméstico por pessoas da mesma família ou que possuem algum vínculo emocional ou conjugal - como namorados, companheiros e maridos. Há esta associação devido ao fato das vítimas destas violências serem, em sua maioria, mulheres. Outro termo empregado é a *violência intrafamiliar*, praticada por entes da família, mas não necessariamente no ambiente doméstico. Nos anos 1990, outra expressão é incorporada pelo do movimento de mulheres: a *violência de gênero* – a qual a radicalização entre as desigualdades da relação entre homens e mulheres é afirmada na violência doméstica como violência de gênero (SCHRAIBER, 2005). Para Lilia Blima Schraiber:

Esta expressão destaca que, se a violência ocorre no âmbito doméstico e diz respeito aos conflitos familiares, aquela perpetrada contra a mulher, sobretudo nessas circunstâncias domésticas, é proveniente dos conflitos de gênero e da forma violenta de lidar com eles (SCHRAIBER, 2005, p. 31).

Para esta pesquisa o conceito *violência contra a mulher* foi mais adequado, pois nos dados analisados²⁵ as violências foram, não em sua totalidade, mas em sua maioria, praticadas por entes da família, ou em conflitos familiares.

Estadual da Condição Feminina. MASSUNO, Elizabete. Delegacia de Defesa da Mulher: uma resposta à violência de gênero. In: Igualdade de Oportunidade para as mulheres. São Paulo: Humanitas /FFLCH/USP, 2002, p. 26.

²⁵ Refere-se aos dados provenientes das Delegacias de Polícia da cidade de Marília analisados nas páginas 62 a 85.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no “Informe Mundial sobre Violência e Saúde” (2002), em todo o mundo, 7% das mortes de mulheres entre 15 e 44 anos, são acarretadas pela violência²⁶. O relatório “Nem uma a mais. O direito de uma vida livre da violência na América Latina e no Caribe”, divulgado pela UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher, no dia 16 de novembro de 2007, afirmou que, no Brasil, três em cada dez mulheres com 15 anos ou mais já sofreram violência física extrema²⁷. A violência contra a mulher sempre foi considerada como uma violência com menor grau de importância pela maioria dos governos mundiais e dos gestores de políticas afirma, porém, a Organização Mundial de Saúde (2005)²⁸:

desde a década de 90, os esforços empreendidos pelas organizações de mulheres e alguns governos comprometidos com esta questão tem suposto uma profunda transformação da sensibilização pública a respeito do problema. Atualmente é uma questão amplamente reconhecida que a violência constitui um grave problema de direitos humanos e saúde pública, que afeta a todos os setores da sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, p. 13).

Estes esforços também foram sentidos na sociedade brasileira. Partindo dos intensos esforços dos movimentos de mulheres pelo Brasil, em 1983, no Estado de São Paulo, foi criado o Conselho Estadual da Condição Feminina e, depois disso, foram criados conselhos em outros estados. Em 1985, por uma lei do Congresso Federal, foi formulado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), e segundo Dorothy Thomas (1991), tanto os conselhos estaduais como o conselho nacional, tiveram como principais objetivos, desde a sua formação, combater a violência contra a mulher.

Em 1988, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou o primeiro levantamento nacional sobre a violência no país. Estes dados, segundo Leila

²⁶ PORTAL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Disponível em: < <http://www.patriciagalvao.org.br/apc-aa-patricagalvao/home/> >. Acesso em 20 de Agosto de 2006.

²⁷ SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/noticias/ultimas_noticias/not_unifem_relatorio_violencia/view?searchterm=unifem>. Acesso em 15 de Setembro de 2007.

²⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estudos múltiplos da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher: primeiros resultados sobre a prevalência, eventos relativos à saúde e resposta das mulheres a esta violência: resumo do informe. 2005. Disponível em <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf>. Acesso em 20 de Outubro de 2007.

Linhares Barsted (2006)²⁹, foram desagregados por sexo em relação aos crimes de lesão corporal dolosa³⁰. Do total das vítimas deste crime, 44,7% eram mulheres, 55% ocorreram no âmbito doméstico e o agressor era o marido ou companheiro em 83% dos casos.

No decorrer da década de 80, as mulheres começaram a ter coragem de ir às ruas mostrar os seus rostos marcados pela violência sofrida, sendo esta década marcada pelo aumento significativo de denúncias no Brasil. Criaram-se serviços voluntários e anônimos de ajuda à mulher, com apoio jurídico, social e psicológico às vítimas através do SOS Mulher e de Centros de Defesa (TELES, 2002).

Neste período também foram implantadas, a começar por São Paulo, as Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), cujo objetivo era dar assistência diferenciada às mulheres vítimas de violência. Para precisar, foi em 1985 a inauguração da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (MASSUNO, 2002). Segundo Guita Grin Debert (2002), o Brasil foi pioneiro na criação das DDMs, sendo seguido por outros países. Sua concepção foi no dizer de Maria Filomena Gregori (2005, p. 7), “como uma deliberação governamental, a partir da demanda feminista e do movimento de mulheres pela contenção da violência contra a mulher”. Segue artigo do 1º decreto estadual 40.693 de 1º de março de 1996:

as Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher, criadas pela Lei 5467, de 24 de dezembro de 1986, têm em suas respectivas áreas de atuação, as seguintes atribuições: I – a investigação e apuração dos delitos contra a pessoa do sexo feminino, a criança, e o adolescente, previstos no Título I, Capítulos I,II,II,V e Seções I e II do Capítulo IV, nos artigos 163 e 173 do Título II, nos Títulos VI e VII e no artigo 305 do Título I, todos da Parte Especial do Código Penal e os crimes previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente; II – o atendimento de pessoas do sexo feminino, crianças e adolescentes que procurem auxílio e orientação e seu encaminhamento aos órgãos competentes. Artigo 1º No tocante aos artigos 121 e 163 do Código Penal, a competência se restringe às ocorrências havidas no âmbito doméstico e de autoria conhecida. Artigo 2º As atribuições previstas no inciso deste artigo serão exercidas concorrentemente com as demais unidades policiais (MASSUNO, 2002, p. 8).

As Delegacias de Defesa da Mulher são, nos dias atuais, alvos de muitos estudos e pesquisas científicas³¹, seja no campo das Ciências Sociais seja no campo do

²⁹ BARSTED, Leila Linhares. A violência contra as mulheres no Brasil e a Convenção de Belém do Pará dez anos depois. In: O Progresso das Mulheres no Brasil. Disponível em: <http://www.mulheresnobre.org.br/pdf/PMB_Cap8.pdf>. Acesso em 10 de Janeiro de 2008.

³⁰ Sobre a definição do conceito de crime de “lesão corporal dolosa” ver pág. 14.

Direito. Porém o real significado da dinâmica com que se movem as Delegacias de Defesa da Mulher deve ser remetido à compreensão de como a “universalidade e a particularidade se articulam no contexto brasileiro”, pois “os conflitos entre a universalidade e particularidade oferecem um caráter específico ao que tem sido chamado a ‘judicialização das relações sociais’ ” (DEBERT, 2002, p. 6-7). E esta expressão como refere a autora, busca:

contemplar a crescente invasão do direito na organização da vida social. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, essa invasão do direito não se limita à esfera propriamente política, mas tem alcançado a regulação da sociabilidade e das práticas sociais em esferas tidas, tradicionalmente, como natureza estritamente privada, como são os casos das relações de gênero e o tratamento dado às crianças pelos pais ou aos pais pelos filhos adultos (DEBERT, 2002, p. 7).

Sendo assim, é um desafio estudar dados provenientes das Delegacias, sobretudo das especializadas, como é o caso da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (DDM), pois estas “instituições são parte de um conjunto de ações levadas a cabo por organizações governamentais e da sociedade civil empenhadas no combate às formas específicas pelas quais a violência incide em grupos discriminados (...)”. Assim, “o dilema dos agentes em cada uma dessas instâncias é combinar a ética policial com a defesa os interesses das minorias atendidas” (DEBERT, 2002, p. 6-7).

Infelizmente, segundo entrevista concedida por Diva Moreira ³², analista de programas do PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, menos de 10% dos mais de 5.000 municípios brasileiros ainda não contam com os serviços especializados

³¹ Podemos citar a pesquisa de Benilda Regina Brito que analisou Delegacias Especializadas contra Mulheres de Belo Horizonte no ano de 2002. BRITO, Benilda Regina. Violência doméstica e sexual: um olhar da mulher negra. In: Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 57-60. Também, a pesquisa de Guita Grin Debert que analisou Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher (DDM) nas cidades de São José do Rio Pardo – SP, São Carlos – SP, São Paulo – SP e Salvador –BA. Sua pesquisa sobre esta instituição consistiu em analisar “as representações das agentes (mulheres que trabalham nas DDM’s) sobre suas práticas, a caracterização da clientela e o caráter dos procedimentos adotados nas delegacias” (p. 11). DEBERT, Guita Grin. Arenas de Conflitos Éticos nas Delegacias Especiais de Polícia. Primeira Versão. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2002. E ainda, a pesquisa de Maria Filomena Gregori, que teve como objetivo “a partir de observação, de entrevistas e de dados estatísticos, de que modo as delegacias estão articuladas à rede de movimentos sociais, sobretudo os relativos à problemática da mulher; ao universo de instituições de assistência social, psicológica e jurídica, e observar as relações da delegacia em meio à Secretaria de Segurança Pública” (p. 4). GREGORI, Maria Filomena. Feixes, Paralelismo e Entraves: as Delegacias de Defesa da Mulher em São Paulo e as Instituições. Primeira Versão. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2005.

³² MOREIRA, Diva. “Agressão atinge mulher de todas as classes”. Entrevista à Rádio Nações Unidas no dia 25 de Novembro de 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/cidadania/entrevistas/index.php?id01=832&lay=cid>>. Acesso em 08 de Novembro de 2007.

das Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher (DDM) que, segundo Diva, é um importante instrumento de defesa das mulheres apesar de suas limitações. E ainda afirma:

não basta criar as delegacias, é preciso equipá-las, para que elas possam oferecer um bom atendimento às mulheres. Por exemplo, 60% das delegacias não têm assistentes sociais nem psicólogos, profissionais que deveriam estar lá para fazer um trabalho de aconselhamento, de mediação de conflito, de apoio social e comunitário, de realização de palestras, etc. (MOREIRA, 2004).

Em janeiro de 2003, através do governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, pela primeira vez na história do país é instituída uma Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Em 2004, foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres tendo como objetivo principal enfrentar as desigualdades de gênero e raça no país. O Plano foi definido dentro de quatro áreas de atuação: autonomia; igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos; e o enfrentamento da violência contra a mulher. (BRASIL, Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2004, p. 11). Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD essa conquista deve ser celebrada, em um país acostumado a gastar 10,5% do seu PIB com o problema da violência doméstica (PNUD, 2004) ³³.

Foram alcançadas também algumas mudanças no que se refere à legislação sobre as violências sofridas pelas mulheres. Em agosto de 2006 foi sancionada a lei 11.340/06 – “Lei Maria da Penha”. Por meio dela a violência contra mulher passou a ser encarada com maior rigor, partindo de regras mais incisivas para a repressão de tal prática, dentre as quais se destaca: prisão do agressor em flagrante ou prisão preventiva decretada; pena triplicada para o indivíduo que praticou a violência; no caso de violência psicológica esta passa a ser caracterizada como violência doméstica; há também medidas de proteção à mulher - como a saída do agressor de casa, proteção para os filhos e direito de reaver seus bens ³⁴.

A partir desta Lei regulamentaram-se como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher a: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral. No ano de 2007, o presidente, pela Lei 11.489 de 20 de junho

³³ PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. “Agressão atinge mulher de todas as classes”. Entrevista à Rádio Nações Unidas no dia 25 de Novembro de 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/cidadania/entrevistas/index.php?id01=832&lay=cid>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2008.

³⁴ Notícia publicada no site da Fundação Perseu Abramo em 08 de agosto de 2006. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=2891>>. Acesso em 05 Março. de 2007.

de 2007, decreta o dia 6 de dezembro como o “Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo fim da Violência contra as Mulheres”³⁵. Assim, a violência contra a mulher começa a ser mais debatida e refletida no país.

Contudo alterações na legislação têm trazido grandes desafios para os que lidam diretamente com casos referentes à violência contra a mulher. Segundo Silvana de Freitas (2007)³⁶, da Folha de São Paulo, um juiz de Sete Lagoas – MG, Edílson Rodrigues, afirmou que o mundo é masculino e que as mudanças promovidas pela Lei Maria da Penha são diabólicas e inconstitucionais, rejeitando todas as medidas que chegaram às suas mãos contra homens que agrediram e ameaçaram suas companheiras. Porém, o Conselho Nacional de Justiça decidiu processar o juiz por ter-se excedido em seu linguajar nas decisões judiciais, e por ter afirmado: “para não se ver eventualmente envolvido nas armadilhas dessa lei absurda, o homem terá de se manter tolo, mole, no sentido de se ver na contingência de ter de ceder facilmente às pressões” (FREITAS, 2007)³⁷.

E é nesse processo de reivindicações e propostas de mudanças, a partir da legislação brasileira, na institucionalização das Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher, na Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, na promulgação da Lei Maria da Penha, entre outras, que direitos e melhorias estão sendo conquistados no Brasil, no que diz respeito a processos de prevenção da violência contra a mulher. No entanto, casos como o processo aberto contra o juiz Edílson Rodrigues demonstram a dificuldade de colocar em prática estas conquistas e o cumprimento destes direitos.

Segundo a Folha de São Paulo³⁸, foi publicado em outubro de 2006 pela ONU (Organização das Nações Unidas), um relatório denunciando o aumento da violência contra a mulher no mundo. O documento relatava que “a persistência e o aumento da violência contra as mulheres, e a impunidade com que se permite que esta continue, são claros indicadores do fracasso dos Estados no cumprimento de suas obrigações de protegê-las”. Para o secretário – geral da ONU, Koffi Annan:

³⁵BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 11.489 de 20 de Junho de 2007. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11489.htm> >. Acesso em 18 de Setembro de 2007.

³⁶ FREITAS, Silvana. “Para juiz proteção à mulher é diabólica”. Cotidiano. Folha de São Paulo de 21 de outubro de 2007. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2110200719.htm> >. Acesso em 08 de Novembro de 2007.

³⁷ FREITAS, Silvana. “Conselho irá processar juiz que criticou Lei Maria da Penha”. Cotidiano. Folha de São Paulo de 21 de novembro de 2007. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u347259.shtml> >. Acesso em 08 de Novembro de 2007.

³⁸ FOLHA DE SÃO PAULO ON-LINE. “ONU denuncia aumento da violência contra a mulher em todo o mundo”. Mundo. 10 de outubro de 2006. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u100779.shtml> >. Acesso em 30 de Janeiro de 2008.

Acabar com a impunidade na violência contra a mulher é crucial. É necessária uma ação coordenada e imediata por parte dos governos. Além disso, estes devem demonstrar vontade política e traçar estratégias sistemáticas e sustentáveis respaldada pelos recursos adequados (...) A violência contra a mulher requer uma atenção prioritária e recursos para que possa ser abordada com seriedade e visibilidade. Não podemos dizer que fizemos um progresso real em direção à igualdade, ao desenvolvimento e à paz enquanto esta violência continuar³⁹.

Assim, a continuidade na luta pela conquista de direitos e melhorias na vida das mulheres brasileiras e pelo reconhecimento da violência praticada como não natural se torna algo imprescindível e necessário, para que se possa, um dia, vislumbrar um país com menos violência e menos desigualdades entre homens e mulheres.

³⁹ FOLHA DE SÃO PAULO ON-LINE. “ONU denuncia aumento da violência contra a mulher em todo o mundo”. Mundo. 10 de outubro de 2006. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u100779.shtml> >. Acesso em 30 de Janeiro de 2008.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS,

SAÚDE E VIOLÊNCIA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo tem como objetivo discutir a saúde pública no Brasil, refletindo sobre o início das políticas públicas até a implantação do Sistema Único de Saúde, sendo feito um recorte pautado nas relações de gênero e na importância da perspectiva étnico/racial nas políticas de saúde brasileiras.

É perceptível que o Brasil avançou, no que diz respeito a propostas de leis, normas e diretrizes relacionadas à Saúde Pública e à Saúde da Mulher. Porém, ainda é muito recente no que tange à saúde da mulher em atender a perspectivas da violência e a questão étnico – racial. O atendimento a casos de violência contra a mulher no setor da saúde é prematuro e deficiente, pois muitas destas propostas não são repassadas a todos os municípios e estados brasileiros, servindo apenas de material teórico, nada prático, na prevenção da violência contra a mulher.

Paulo Teixeira (1997) define políticas públicas como um “conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta” (p. 43); é em razão de uma necessidade da sociedade que a resposta é dada pelo Estado por meio de políticas públicas (TEIXEIRA, 1997). Segundo Celina Souza (2006)⁴⁰, pode-se sintetizar políticas públicas como um:

campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (SOUZA, 2006).

Para autora o estabelecimento de políticas públicas “constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”. Celina Souza continua:

do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias

⁴⁰ SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, n. 16, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 de Outubro de 2007.

construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas - economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas - partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (SOUZA, 2006)⁴¹.

O campo de estudos do conceito “política pública”, segundo Marcus André Melo, é recente no Brasil, e é um campo de abordagem intelectual relativamente novo, pois foi somente em 1984 que se deu a criação da primeira instituição universitária destinada a analisar políticas públicas - Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEEP) da Universidade Estadual de Campinas – constituindo-se um “marco importante na institucionalização dessa subárea no Brasil” (MELO, 1999, p. 66).

Neste trabalho faremos referências específicas a políticas públicas de saúde e a políticas públicas ligadas à prevenção a violência contra a mulher no Brasil, seguindo recortes de gênero e étnico – racial.

Segundo Nilson Rosário da Costa (1985), a saúde pública no Brasil, a partir do fim do século XIX, caracterizou-se por se articular aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais, desenvolvendo uma medicina de massas preocupada em garantir condições mínimas de saúde à população trabalhadora. Estas políticas visavam conservar a manutenção das forças de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas, por meio da erradicação de doenças que ameaçavam essas atividades no espaço das cidades e áreas do campo. Para tanto desenvolver-se-iam ações sanitárias que obedecessem a padrões de grupos de interesses internos, visando à expansão do capitalismo internacional. Dessa forma, no Brasil, o surgimento das políticas públicas de saúde é marcado pela influência européia e, conseqüentemente, pelos países capitalistas avançados.

Massako Yida (1992) afirma que o sistema de saúde público no Brasil deve ser analisado no interior da formação do Estado brasileiro e de uma economia mundial capitalista constituída tardiamente, que preservava relações não-capitalistas e formas de governo altamente centralizadoras e autoritárias. Na época em que o capitalismo se encontrava numa fase concorrencial e o Brasil estava envolvido nas lutas republicanas, a

⁴¹ SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, n. 16, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de Outubro de 2007.

saúde passou a desempenhar um papel importante na circulação de mercadorias e mão-de-obra estrangeira, no que se diz respeito ao controle de doenças transmissíveis. O controle era dividido entre os defensores da ordem e do progresso e daqueles pertencentes à velha ordem. Do mesmo modo que a República queria criar uma identidade nacional em torno da nação, elemento constituinte da sociedade burguesa, o Estado responsável pela saúde da população, do senhor de escravo e das entidades filantrópicas, também queria conquistar uma identidade mais abstrata (YDA, 1992, p. 53-57).

Assim, as campanhas sanitárias se estabeleceram dentro dos princípios de ordem e progresso, uma área de atuação estatal - o controle de doenças. A contribuição da saúde, neste momento, mais do que o controle de doenças é a difusão de idéias sanitárias, de valores e normas, coagindo as classes populares através de um mecanismo de controle social. E foi neste momento que se iniciou o processo de institucionalização da saúde pública, com a aquisição de uma especificidade própria, quando houve a separação entre assistência social e ajuda de entidades filantrópicas⁴² (YDA, 1992, p. 53-57).

O discurso normativo e regulador da saúde teve por objetivo obter, das classes subalternas uma conduta racional em face da doença. A política de saúde se limitou a superar setorialmente as ameaças sanitárias, não questionando as causas e as relações sociais geradoras de tais doenças que ameaçavam a classe trabalhadora, limitando a doença a um âmbito simplesmente biológico. A saúde pública se afirmou como prática técnica no combate às doenças epidêmicas, desempenhando também a função pedagógica de normatização dos grupos sociais alheios às regras básicas de higiene (COSTA, 1985). Como exemplo, temos a higienização realizada na cidade de São Paulo que, como refere Maria Nilza da Silva:

foi realizada na remoção não somente dos negros mas também de todos aqueles que eram chamados “nacionais”, os pobres da cidade, os caipiras etc., a parcela da população de “descalços” e despossuídos. A justificativa sempre foi a questão sanitária, mas as leis implementadas visavam não apenas fazer o controle higiênico, tendo em vista a saúde, mas sobretudo banir a presença daqueles que adotavam comportamentos indesejados para o novo padrão da cidade (SILVA, 2006, p. 19).

⁴² Nos séculos anteriores, algumas atividades na área de saúde já se delineavam devido ao alto índice de morbidade e de mortalidade, mas estas estavam associadas a outras atividades assistenciais, não tendo um caráter específico. IYDA, Massako. Saúde Pública: Reprodução e Legitimação. In: Pesquisa Social em Saúde. Políticas. São Paulo: HUCITEC, 1992, p.53-57.

A partir de 1930, a higiene, seguindo os preceitos sanitários da época, definiu para a família brasileira uma educação física, moral, intelectual e sexual (COSTA, 2004). Nesta mesma época, a saúde pública ganha espaço institucional, resultando, em 1931, na criação do Ministério da Saúde no Brasil (IYDA, 1994, p. 59). A partir da década de 60, houve um esvaziamento progressivo das ações campanhistas, gerando a hegemonização do modelo médico-assistencial privatista. Este modelo médico assistencial foi gestado em paralelo a uma “crescente integração e universalização da Previdência Social: das Caixas de Aposentadorias e Pensões da década de 20, aos Institutos de Aposentadorias e Pensões dos anos 30 e 60”, vindo a ser institucionalizado em 1966 com o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS (MENDES, 1999, p. 59). Em 1976 o Ministério da Saúde toma uma nova postura inserindo a prestação de serviços médico-assistenciais:

a rede básica de assistência médico-sanitária; sistemas integrados de serviços de saúde; ampliação de serviços de saúde em áreas de valorização econômica; plano básico de ação sanitária do nordeste; interiorização das ações sanitárias; proteção materno-infantil; saúde mental; controle do câncer⁴³.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que influenciou determinantemente na elaboração de uma Nova Constituição Federal⁴⁴ no Congresso Nacional e na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS, o qual “avançou para a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços. Ao mesmo tempo, no Congresso Nacional, constituía-se, pelo consenso possível das forças sociais aí representadas, o desenho constitucional da saúde” (MENDES, 1999, p. 62). Amélia Cohn e Paulo Eduardo Elias (1999) afirmam:

A Constituição Federal contempla a Saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos. Segundo este texto legal a organização do SUS deve obedecer as seguintes diretrizes: descentralização com a fixação das

⁴³ BRASIL, Ministério da Saúde. Evolução Institucional da Saúde Pública, 1979, p. 38. Disponível em: < http://www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Administra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Planejamento%20em%20saude/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20institucional%20da%20saude%20publica/cd04_06.pdf >. Acesso em 17 de Agosto de 2007.

⁴⁴ “A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever de Estado, como parte da singularidade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 consagra a liberdade da iniciativa privada” (MENDES, 1999, p. 62).

direções pelas esferas do governo (Federal, Estadual e municipal), atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade, difundida como controle social (no sentimento daquele controle exercido pela sociedade) (COHN, ELIAS, 1999, p. 68).

Assim, segundo Eugênio Vilaça Mendes (1999), foi na década de 70 que o SUS (Sistema Único de Saúde) foi forjado, sendo regulamentado constitucionalmente pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dando início a um novo modelo de atenção à saúde. A sua estruturação, para Pedro Barros Silva (2003), teve como objetivo “ampliar os níveis de responsabilidade da gestão local e regional para solucionar, simultaneamente, questões referentes à melhora da eficácia do gasto público e à ampliação do acesso aos serviços”⁴⁵. Roberto Gouveia (2000) expõe que o SUS:

tem raízes históricas nas lutas sociais das décadas de 70 e 80 com a emergência de um conjunto de novos sujeitos sociais que viriam a marcar o período, gerando importantes transformações que hoje se fazem presentes. No estado de São Paulo, tomando como exemplo dessa argumentação, se desenvolveram algumas das mais importantes lutas do período, e o surgimento de novos personagens⁴⁶: donas-de-casa de bairros da periferia, militantes de comunidades de base da Igreja Católica e das oposições sindicais e de entidades populares, entre outros (GOUVEIA, 2000, p.21-22).

O SUS foi criado no Brasil em um momento em que distintos atores sociais emergiam da sociedade brasileira na luta para que seus direitos fossem institucionalizados. Esperava-se, portanto, que muitos dos anseios e reivindicações fossem atendidos através de um Sistema Único de Saúde disponível a todos os cidadãos brasileiros. Mas sabemos que até hoje isso não se tornou efetivo.

Para Nivaldo Carneiro e Cássio Silveira (2003) o SUS ainda não alcançou os objetivos e propostas com os quais foi criado e formado - por exemplo, no que diz respeito à morbidade e mortalidade. Os autores destacam:

⁴⁵ SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 de Setembro de 2007.

⁴⁶ SADER, E. Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores na Grande São Paulo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

a conquista da legitimação do SUS, expresso na Constituição de 1988, ainda não representou uma real efetivação de programas que transformem os padrões de morbi-mortalidade pretendidos por meio das ações de saúde voltadas à população em geral (CARNEIRO, SILVEIRA, 2003, p. 1828).

Segundo Pedro Barros Silva (2003), avalia-se que 10% da população esteja à margem dos atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, sendo sua cobertura estimada para 99 milhões de brasileiros. Porém, segundo pesquisa do IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) ⁴⁷ realizada em 1998, que esta cobertura pode ser ainda menor. Há muitas críticas ao modelo deste Sistema de Saúde e também algumas propostas de mudança.

Segundo Amélia Cohn e Paulo Eduardo Elias (1999), o Sistema Único de Saúde padece de muitos problemas tanto na sua estruturação quanto no seu funcionamento. Já Eugênio Vilaça Mendes (1999), desde o fim da década de 90, reitera que é tempo de construir uma nova agenda para a saúde sem rejeitar os princípios do SUS e, ainda, enfatiza que estas mudanças têm de ser efetivadas nos níveis político, ideológico e tecnológico:

A mudança será política porque envolve distintos atores sociais em situação, portadores de diferentes projetos devendo, para hegemonizar-se, acumular capital político. Tem, também, uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por nova concepção de processo saúde-doença e por novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Por fim, apresenta uma dimensão cognitivo-tecnológica que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os supostos políticos e ideológicos do projeto de produção social da saúde (MENDES, 1999, p.234).

Assim, o Sistema Único de Saúde em vigência no Brasil deve ser reconstruído a fim de firmar-se como espaço de saúde, mas isso implica segundo Eugênio Vilaça Mendes (1999), um:

⁴⁷ Esta pesquisa foi encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e da Fundação Nacional de Saúde – FNS do Ministério da Saúde. Foi realizada através de 2000 entrevistas pessoais domiciliares, com uma de 16 anos ou mais, sendo o perfil elaborado por cotas proporcionais de sexo, idade, atividade e localização geográfica. SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 de Setembro de 2007.

processo de construção social de um novo sistema de saúde o que vai exigir mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente, na concepção de processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. E, como consequência, na ordem governativa da saúde na cidade (MENDES, 1999, p.234).

A seguir, refletiremos sobre a Atenção Básica em Saúde, que se sustenta em princípios fundamentados no SUS, e:

fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2004)⁴⁸.

Desde 1978 a Organização Mundial em Saúde (OMS) tem defendido a atenção primária em saúde e, há mais de vinte e cinco anos, “tem sido reconhecida como um dos componentes – chave de um sistema de saúde eficaz” (OPAS, 2005, p. 3). A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários com a Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata na antiga União Soviética, teve como resultado a Declaração de Alma-Ata. Esta declaração define:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (...) Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1-2).

⁴⁸ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2004. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php >. Acesso em 07 de Junho de 2007.

No Brasil, a Atenção Básica em Saúde é confiada às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e às Unidades de Saúde da Família (USF)⁴⁹, conhecidas popularmente como “postos de saúde”. A atenção básica de saúde caracteriza-se no Brasil:

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações... A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica, 2006, p. 10-11).

Em 28 de março de 2006, a Portaria nº648/GM aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família - PSF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS⁵⁰, pois considerou a expansão do Programa de Saúde da Família “como uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil” (BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica, 2006, p. 7). Para o Ministério da Saúde, a Saúde da Família:

é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS... A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2004)⁵¹.

⁴⁹ Conceitos definindo as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde ver pág. 88.

⁵⁰ Programa discutido nas págs. 115 e 116.

⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf>. Acesso em 02 de Agosto de 2007.

O destaque acima dado à Atenção Básica em Saúde - estrutura que fundamenta as bases e diretrizes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Saúde da Família (USF) – dá-se pelo fato de que é por meio destes espaços de saúde, pela atuação e percepção dos profissionais de saúde, que se avaliará a eficácia das políticas públicas de saúde referentes à violência contra a mulher, implementadas no município de Marília.

Acredita-se que estas unidades (UBS e USF), por estarem próximos à comunidade são locais de referência para as mulheres, e podem ser usados para atendimentos a saúde – realizados por médicos, enfermeiros e psicólogos - não só em casos de obesidade, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, prevenção clínica de doença cardiovascular, cérebro vascular e renal crônica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, saúde bucal, HIV/Aids, doenças hepáticas e outras DSTs, envelhecimento e saúde da pessoa idosa ⁵²; mas também em casos de violência contra a mulher. Pois, como destaca Carneiro Júnior e Silveira (2003), é nestes espaços de atendimento da atenção básica, que se efetiva com mais autonomia a promoção e o cuidado à saúde, visto que essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho estritamente médico (CARNEIRO, SILVEIRA, 2003, p. 1828).

2.2 A SAÚDE DA MULHER: A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E A IMPORTÂNCIA DO RECORTE ÉTNICO/RACIAL

Como vimos no Capítulo I, a condição da mulher sempre esteve sujeita a desigualdades e preconceitos. Na área da saúde estas desigualdades foram reforçadas por uma ordem médica pautada em preceitos machistas e reguladores, e como reflexo da ordem social. Diz Jurandir Freire Costa, na sociedade brasileira do século XIX:

o machismo foi fundamental à ordem médico-política por várias razões. Em primeiro lugar, porque servia de corretivo aos homens menos hábeis, estimulando-os a alcançar o mesmo desempenho, ora pela incitação “cordial” à mudança, ora pela coerção brutal. Profundamente convencido de que o verdadeiro homem era dono da mulher e fiscal dos filhos, o

⁵² Estes são os temas publicados pelos Cadernos de Atenção Básica, e são distribuídos gratuitamente para os profissionais de saúde do Brasil. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php>. Acesso em 19 de Junho de 2007.

“machista” tornava-se um ciumento guardião da moral higiênica. Estava sempre disposto a reprimir com violências físicas e morais de todos aqueles que, por incompetência ou rebeldia, ousassem contestar os novos mandamentos da conduta masculina (COSTA, 2004, p. 253).

Porém, foi somente na década de 80, na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde⁵³, realizada no ano de 1988 na Austrália, que a saúde da mulher foi incluída entre as quatro áreas prioritárias na promoção de ações de políticas públicas saudáveis, através da Declaração de Adelaide. Esta Conferência seguiu os mesmos preceitos da Declaração de Alma-Ata, feita pela Assembléia Mundial de Saúde em 1977 e da I Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, realizada em 1986 em Ottawa. Segundo a Declaração de Adelaide, em subitem intitulado “Apoio à Saúde da Mulher”, foi proposto:

que os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento de mulheres fossem respeitados e priorizados, incluindo como sugestão as seguintes propostas: igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade; práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres; mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como: apoio a mulheres com crianças, licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988, p. 4).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988⁵⁴ incluiu a saúde como direito social, proposto no Art. 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”, dispondo ainda a saúde como:

direito de todos e dever do Estado, garantido 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, Constituição de 1988, Seção II, Art. 196).

⁵³ DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1988. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf> >. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

⁵⁴ BRASIL. Constituição de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em 16 de Junho de 2007.

A Universidade de Campinas (UNICAMP), pioneira em atenção à saúde da mulher, desenvolveu, desde o fim da década de 60, programas verticais que contemplassem a saúde da mulher de forma diferenciada, com o objetivo de promover atendimentos voltados para a “detecção e prevenção às mulheres de nível sócio-econômico mais baixo, integrada de uma forma simples e prática sem acarretar gastos excessivos” (PINOTTI, FAÚNDES, ZEFRINO, 1988, p. 20). Com a implantação destes atendimentos diferenciados chegou-se ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este Programa visava como primeiro avanço: “conseguir que, pelo menos nos aspectos biomédicos, se pense na mulher inteira e não em órgãos separados” (p. 22); pois, segundo José Aristodemo Pinotti, Aníbal Faúndes e Luis Carlos Zeferino (1988), não era costume pensar na mulher como um ser individual, que pensa e tem cultura própria. Pensar a mulher como um ser integral, biológico e psico-social estava longe da conduta do sistema público de saúde, tanto público quanto privado. Assim, “a Unicamp reclama o mérito de ter influenciado o Ministério da Saúde para que adotasse esse modelo” (PINOTTI, FAÚNDES, ZEFRINO, 1988, p. 23). Porém, quando o Ministério da Saúde se refere à saúde da mulher, não cita em nenhuma das suas disposições a Universidade de Campinas na implementação do PAISM:

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004, p. 16-17)⁵⁵.

Suely Costa (2001) afirma que o PAISM se tornou um programa feito por mulheres e exclusivo para as mulheres:

⁵⁵ BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em 06 de Junho de 2007.

uma avaliação, mesmo que imprecisa dos resultados desse Programa, aponta para os problemas engendrados por essa arquitetura programática: o da recriação das obrigações femininas na esfera da reprodução e o da conseqüente apartação masculina dessa experiência comum a homens e mulheres. De forma original projetada, restou um País restrito ao planejamento familiar. Os índices de mortalidade materna e perinatal, embora conhecessem algumas quedas, entre os anos 70 e 80, voltaram, nos anos 90, aos de 15 anos atrás, o que faz pensar na relativa eficiência dos esforços iniciais (COSTA, 2001, 112-113).

A efetivação e estruturação de normas e disposições da saúde da mulher sob um recorte de gênero sofreram e sofrem dificuldades até hoje. Da mesma forma a luta pela inserção do recorte étnico – racial na saúde do Brasil se deu cercada de dificuldades, como ressaltou Fátima Oliveira (2003):

“Todavia, não tem sido fácil demonstrar aos governos, à sociedade e inclusive a profissionais e escolas de saúde, em âmbito mundial, a relevância de tais afirmativas. São generalizadas a incompreensão e a ausência de políticas de saúde como meios de combate ao racismo (OLIVEIRA, 2003, p. 95).

Ficou claro, pelo trabalho de Jurandir Freire Costa, que a higienização pautada no controle dos corpos, disseminada a partir da década de 30, fez com que o racismo fosse institucionalizado também nas práticas de saúde. Estes preceitos de higienização serviram para incentivar o racismo e os preconceitos raciais, por defender um corpo sadio nos moldes de uma classe e uma raça dominante, “corpo robusto e harmonioso, organicamente oposto ao corpo relapso, flácido e doentio do indivíduo colonial” (COSTA, 2004, p. 13).

O cuidado higiênico com o corpo fez do preconceito racial um elemento constitutivo da consciência de classe burguesa. O racismo não é acessório ideológico, acidentalmente colocado ao *ethos* burguês. A consciência de classe tem, na consciência da superioridade biológico-social do corpo, um momento indispensável à sua formação. O indivíduo de extração burguesa, desde a infância, aprende a julgar-se superior aos que se situam abaixo dela na escala ideológica de valores sócio-raciais (COSTA, 2004, p. 13-14).

Assim, as práticas de saúde no Brasil estiveram sujeitas à discriminação e preconceito. Porém, a partir da década de 80 houve um reconhecimento da necessidade do

recorte étnico – racial na sistematização das práticas de saúde. A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ⁵⁶, realizada em 1988 na Austrália dispôs também:

Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural. (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988, p. 4).

No Brasil, em 1996, o Ministério da Saúde, organizou uma Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra em que constatou:

1. A população negra brasileira é muito particular do ponto de vista genético. Não corresponde a nenhuma outra população de qualquer parte do mundo; 2. Os dados históricos são bem conhecidos; estudos demonstram que essas diferenças, quanto a seus aspectos biológicos, persistem até hoje; 3. Como consequência, a população negra brasileira é única do ponto de vista genético. Da perspectiva médica, isso significa que o conhecimento a respeito de todos os aspectos biológicos ligados às etnias negras, incluindo as doenças, podem ter no Brasil características próprias; particularmente as doenças podem ter comportamentos diversos daqueles observados, quer na África, quer em outros países da América ou da Europa; e 4. Até hoje os estudos que analisam as populações afro-brasileiras são muito escassos. (OLIVEIRA, 2003, p. 93 – 94).

Fátima Oliveira (2003), em uma consultoria à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), de que resultou a publicação “Saúde da População Negra: Brasil ano 2001”, sistematizou o estado da arte sobre a saúde da população negra, apresentando o recorte étnico/racial já estabelecido no Brasil, mas que ainda sofre resistências no reconhecimento e investimento na prevenção a doenças, que interferem na saúde reprodutiva da mulher negra e na vida produtiva do homem negro, atingem precocemente um número significativo de pessoas e são:

mortalidade precoce de afrodescendentes no Brasil; diabetes tipo II; hipertensão arterial; miomas uterinos; anemia falciforme; deficiência de glicose-6- fosfato desidrogenase; mortalidade infantil; mortalidade materna; síndromes hipertensivas na gravidez e mortalidade materna; raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva; dados de estudos sobre a

⁵⁶ DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

Lei de Planejamento Familiar, esterilização, cesárea e quesito cor; violência, violência de gênero, recorte racial/étnico e saúde; além de outras doenças nas quais há indícios de incidência expressiva em mulheres negras, tais como câncer cérvico-uterino, e no conjunto da população negra, como a infecção por HIV/Aids (OLIVEIRA, 2003, p. 91)

No entanto, o compromisso efetivo do Ministério da Saúde com a saúde da mulher negra foi efetivado somente em maio de 2003, quando se comprometeu, segundo Fátima Oliveira (2004) a:

monitorar a inclusão do quesito “cor” nas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, conforme determina a resolução do Conselho nacional de Saúde; determinar a inclusão do quesito “cor” nos sistemas de informação e em todos os documentos do Sistema Único de Saúde (SUS); determinar a contratação de uma representante do movimento negro para assessorar a inclusão das questões relacionadas à população negra, nas ações da saúde da mulher; estimular e apoiar a implementação em todos os Estados da Federação da política de atenção à anemia falciforme do Ministério da Saúde, que prevê diagnóstico, tratamento, atenção às questões étnicas, dando ênfase às especificidades das mulheres falcêmicas, na idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal (OLIVEIRA, 2004, p. 48-49).

Constatou-se, portanto, que o racismo foi mantido também em práticas higiênicas do fim do século XIX e começo do século XX, reforçando a ideologia racista e a desigualdade na sociedade brasileira até os dias de hoje. Então, é urgente que se faça uma reflexão mais profunda sobre as práticas de saúde destinadas à população negra no Brasil, especialmente à população feminina, que sofre ainda mais com as diferenciações e desigualdades. Pois, segundo Benilda Brito (2003), o fato de a mulher ser negra traz consigo a grande particularidade de somar às suas relações sociais, afetivas, econômicas, políticas, culturais e emocionais o fator racismo, que marca as relações tanto públicas como privadas.

Segundo Maria Cecília de Souza Minayo (2004), o tema da violência se torna um tema do campo da saúde:

pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; e também, pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra” (MINAYO, 2004, p. 646).

Já Saúl Franco Agudelo (1997) afirma:

Por seus efeitos contrários ao bem – estar individual e coletivo, pela destruição de milhares de vidas humanas e devido à intensa redução da qualidade de vida para as pessoas próximas às vítimas afetiva, política e socialmente, e ainda, pela limitação no exercício dos diferentes direitos, a violência tem efeitos graves e negativos sobre a Saúde Pública (AGUDELO, 1997, p. 54-55).

No final de 1980, os estudos acerca da violência suscitaram reflexões das áreas de filosofia, ciências humanas e epidemiologia. Porém, apesar do tema emergir em dados e estatísticas, sendo os eventos violentos a segunda causa de óbitos no perfil da mortalidade em geral, Maria Cecília de Souza Minayo (2004) afirma que não foi tarefa fácil integrar o assunto de acidentes e violências nas políticas de saúde no Brasil.

Foi em 1998, após a Assembléia Mundial de Saúde em 1997, que o Brasil criou um Comitê Técnico com o objetivo de propor ações específicas da violência no setor da saúde. Diz a autora: “em 16 de maio de 2001 (não sem muitos percalços e delongas), o documento foi oficializado por portaria com a seguinte denominação: ‘Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências’” (MINAYO, 2004, p. 646). E este documento constata:

os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde (BRASIL, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, 2001, p.11)⁵⁷.

No começo de 1990 a Organização Pan-Americana de Saúde começou a advertir os países membros para que incluíssem o tema da violência em suas agendas de intervenção. Em 1997, a Assembléia Mundial de Saúde deu atenção especial às causas da violência, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicado em 2002, o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” (MINAYO, 2004). Este relatório publicou as seguintes recomendações:

⁵⁷ BRASIL, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, 2001. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf> >. Acesso em 29 de Agosto de 2007.

criar, colocar em prática e monitorar planos nacionais de prevenção da violência; aumentar a capacidade de coleta de dados sobre violência; definir prioridades e apoiar a pesquisa sobre as causas, conseqüências, custos e atividades de prevenção da violência; promover respostas de atenção primária; fortalecer respostas para as vítimas da violência; integrar a prevenção da violência a políticas sociais, de educação e por onde promover a equidade social e de gênero; incrementar a colaboração e intercâmbio de informação em prevenção da violência; promover e monitorar a adesão de nações a tratados internacionais, leis e outros mecanismos para proteger os direitos humanos; buscar respostas práticas apoiadas a nível internacional para controlar o tráfico de drogas e de armas (OPAS, Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, 2002)⁵⁸.

No Brasil, o enfoque à violência doméstica, como problema de saúde pública, destaca-se a partir da década de 80 e representa a intersecção entre a violência contra a mulher e a violência intrafamiliar “no sentido de sinalizar para o fato de que as mulheres sofrem violências em diversos contextos, o familiar é sem dúvida, dos mais usuais e relevantes” (SCHRAIBER, 2005, p. 30). Seus efeitos na saúde da mulher podem ser traduzidos, no dizer de Lilia Bilma Schraiber (2002):

em diversas repercussões para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida. 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, 2002)⁵⁹.

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, que teve como intuito, segundo Maria Amélia de Almeida Teles (2002), estabelecer padrões para o atendimento das mulheres vítimas de violência sexual em território nacional. Porém, segundo documento publicado pela Articulação de Mulheres Brasileiras: “Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil: Balanço Nacional cinco anos após Beijing”, até o ano de 2000,

⁵⁸ OPAS, Relatório Mundial de Violência e Saúde, 2002. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArg/violencia.ppt#256.1.Slide1> >. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

⁵⁹ SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 15 de Julho de 2007.

somente 17 hospitais possuíam os padrões definidos pela Norma Técnica, sendo 11 pertencentes à região Sudeste, e ainda registrou:

Infelizmente a implantação da norma técnica ainda se esbarra em questões burocráticas, ou nas resistências de profissionais de saúde que se negam ao atendimento das mulheres que procuram o serviço de abortamento legal; de juízes que negam o (desnecessário) alvará que permite a realização do procedimento nos casos previstos por lei; ou ainda por interferência de membros da igreja católica, que têm lançado mão de liminares alegando risco de vida para as mulheres/meninas (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2000, p. 93).

Porém, vale ressaltar que em nenhuma das disposições da Norma Técnica, publicada em 1998 pelo Ministério da Saúde, foi enfocado o recorte étnico – racial referente à temática da violência contra a mulher.

O tema da violência contra a mulher é tratado, em 2004 pelo Ministério da Saúde, na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ⁶⁰, onde são abordados:

o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004, p. 5).

O documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), citou pesquisa realizada por Correa e Piolla (2002) ⁶¹, na qual se constatou que, no período entre 1998 e 2002, foi priorizada a saúde reprodutiva da mulher, tratando-se mais especificamente da redução da mortalidade materna, que dificultava a atenção integral à saúde da mulher. “Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e

⁶⁰ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf > . Acesso em 14 de Junho de 2007.

⁶¹ CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 18.

raça” (p. 18). Porém, em nenhum momento esta política fez um recorte sobre a violência contra a mulher quando citou a saúde da mulher negra.

No entanto, podemos citar a Casa da Cultura da Mulher Negra, uma entidade do Estado de São Paulo, atuante em reflexões, palestras, encontros, debates sobre a questão da violência contra a mulher, como problema de saúde, vinculado também a questão racial. Esta entidade foi inaugurada em junho de 1990 na cidade de Santos – SP por integrantes do Coletivo de Mulheres Negras da Baixada Santista. Em 1999 promoveu o Seminário Nacional “Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar”, que teve por principais objetivos “dar visibilidade aos efeitos da violência doméstica, sexual e racial sobre a saúde da mulher, o papel estratégico dos serviços de saúde na identificação dos casos e apoio às vítimas desses tipos de violência” (p. 7) ⁶² e resultou na publicação coordenada por Alzira Rufino: “Violência contra a Mulher: um novo olhar” (2002). Nessa publicação há um rico material de capacitação para profissionais de saúde no que diz respeito à violência contra a mulher. A publicação “Violência contra a Mulher e Saúde: Um Olhar da Mulher Negra” (2004) ⁶³ deu continuidade à publicação anterior, que foi dirigida a profissionais da área da saúde e a organizações de mulheres, dando atenção à violência contra a mulher e enfocando também a violência contra a mulher negra.

Em agosto de 2007, esta pesquisa foi apresentada no II Seminário Interdisciplinar sobre Violência contra a Mulher Jovem/Adolescente, realizado na cidade de Brasília ⁶⁴. Neste evento foi publicado um módulo de auto-aprendizagem: “Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência: propostas de intervenção para o setor de saúde”, organizado por Stella Regina Taquette, em parceria com o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ), e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) ⁶⁵. Este módulo mostrou a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer serviços de saúde que atendessem situações de violência; pois nesses atendimentos, na maioria das vezes, não há pessoal habilitado a adotar estratégias ou propostas que dêem soluções para suas pacientes. Quanto a isso, o resultado do módulo publicado em 2007 reconhece a necessidade

⁶² CASA DE CULTURA DA MULHER NEGRA. Violência contra a mulher: um novo olhar. 2ª Ed. Santos: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2002.

⁶³ CASA DE CULTURA DA MULHER NEGRA. Violência contra a mulher e saúde: um olhar da mulher negra. Santos: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2004.

⁶⁴ Neste evento recebi Menção Honrosa pela apresentação do trabalho: “Reflexos da Violência contra a Mulher na Saúde Pública da cidade de Marília”, concedida pela Secretaria Especial de Política para as Mulheres, Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Direitos Humanos.

⁶⁵ TAQUETTE, Stella Regina (org). Mulher Adolescente /Jovem em Situação de Violência: propostas de intervenção para o setor da saúde. Brasília: NESSA/UERJ, SPM/PR, 2007.

da capacitação dos profissionais de saúde na identificação de situações de violência sob uma perspectiva de gênero e também sob um recorte étnico/racial.

E este é exatamente o nosso objetivo no Capítulo IV: analisar as práticas de saúde em uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, no que diz respeito ao enfrentamento da violência contra a mulher no sistema público de saúde.

CAPÍTULO III
MARÍLIA: REFERÊNCIA NO COMBATE
À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER?

3.1 A CIDADE DE MARÍLIA...

Em 22 de dezembro de 1922, com a Lei nº 2.161, foi criado o Distrito de Paz de Marília pelo fazendeiro Bento de Abreu Sampaio Vidal e em abril de 1929 a cidade de Marília foi elevada à categoria de município. Está situada a centro-oeste do Estado de São Paulo, a 450 km da capital paulista (LARA, 1991).

A cidade teve primeiramente como base de seu desenvolvimento a cultura de café, sendo esta posteriormente, substituída pelo algodão, o que definiu sua entrada na agroindústria consolidando seu primeiro ciclo industrial nas décadas de 40 e 60, caracterizando-se este ciclo também pela indústria de óleo comestível, plantação de amoreiras e pela sericicultura, transformando-se em grande produtora de casulos (LARA, 1991). O segundo ciclo, na década de 70, foi marcado pelo início de indústrias baseadas não em produtos agrícolas, mas em indústrias de metalurgia e alimentação. Já o terceiro ciclo, iniciado a partir da década de 80, esteve relacionado com a implantação das universidades, o que modificou sua população – tendo a migração de jovens estudantes mudado, inclusive, suas relações comerciais ⁶⁶.

Atualmente sua economia, segundo a Fundação SEADE ⁶⁷, é destacada principalmente pela indústria de alimentos e bebidas, tendo recebido o título de “Capital do Alimento”. Segundo o Guia de Investimentos e Geração de Emprego, da Fundação SEADE:

a indústria de alimentos e bebidas apresenta o maior potencial de expansão na região, uma vez que no período 1996-2002 foi a que mais atraiu os investimentos anunciados pelas empresas pesquisadas. Já em 2003, destacava-se a construção civil, que recebeu 52,1% dos US\$ 87,2 milhões dos investimentos anunciados na região (FUNDAÇÃO SEADE, s.a., p. 4).

Em 2001, uma pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo (USP) e pela Rede Globo, constatou que a cidade de Marília está em primeiro lugar no desenvolvimento econômico do Estado de São Paulo ⁶⁸.

⁶⁶ Histórico da cidade de Marília obtido no site da Prefeitura de Marília. Disponível em: <<http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/index.html>>. Acesso em 15 de Jun. 2007.

⁶⁷ FUNDAÇÃO SEADE. Região Administrativa de Marília. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/analises/RAMarilia.pdf>>. Acesso em 10 de Jan. 2008.

⁶⁸ A cidade. YES Marília: Guia de Turismo, Informação e Negócios. Disponível em: <<http://www.yesmarilia.com.br/index2.php?pag=cidade>>. Acesso em 29 Nov. de 2007.

Na área da educação, em 2006, Marília possuía 28 escolas municipais de educação infantil (EMEI), 18 escolas municipais de ensino fundamental (EMEF), 3 classes municipais de ensino infantil (CMEI), 4 berçários, 33 unidades de ensino médio e fundamental, 2 unidades de educação supletiva e 1 unidade de supletivo profissionalizante. A rede particular contava com 32 unidades de ensino infantil, fundamental e médio e 2 unidades de educação especial, bem como 6 universidades, sendo 3 públicas e 3 particulares (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARÍLIA, 2006). Por essa razão, a cidade foi reconhecida pelo Instituto Ayrton Senna e pela Fundação Banco do Brasil como cidade modelo em educação; e em 2002 foi apontada pela Unicef-ONU como a “Cidade amiga da Criança”, ocupando o 6º lugar no Brasil e o 4º lugar do Estado no que diz respeito ao atendimento à criança ⁶⁹.

Já na área da Saúde, possui atualmente, 28 unidades de saúde da família (USF), 12 unidades básicas de saúde (UBS), 3 Serviços de Pronto Atendimento⁷⁰. Possui ainda 7 Hospitais, sendo estes, o Hospital das Clínicas, o Hospital Materno Infantil, a Associação Feminina Gota de Leite, o Hospital São Francisco de Assis, o Hospital Universitário, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Espírita de Marília. Já a área de segurança à população mariliense possui 5 Delegacias de Polícia (DP), 1 Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher de Marília (DDM), 1 Delegacia de Investigações Gerais (DIG) e 1 Delegacia de Investigações sobre Entorpecentes (DISE) ⁷¹.

Segundo o Censo do IBGE de 2000⁷², a cidade de Marília possuía 197.342 habitantes. Já em 2006 ⁷³, a população mariliense somava um total de 224.094 habitantes. Segundo a classificação do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), cresceu 6,07%, de 1991 a 2000, quando atingiu o IDH de 0,821. Este crescimento foi gerado em primeiro lugar Pelos indicativos de “educação”, seguidos pelos de “longevidade” e de “renda”. Em 2000, ocupava a 212ª posição em relação aos demais municípios do Brasil, e a 58ª em relação aos municípios do Estado ⁷⁴.

⁶⁹ A cidade. YES Marília: Guia de Turismo, Informação e Negócios. Disponível em: <<http://www.yesmarilia.com.br/index2.php?pag=cidade>>. Acesso em 29 Nov. de 2007.

⁷⁰ RELATÓRIO DE GESTÃO. A saúde que temos, a saúde que queremos. Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Marília/SP. 2006.

⁷¹ Informações pesquisadas no site do Comitê Gestor de Segurança e Qualidade de Vida. Texto escrito 2005. Disponível em: <<http://www.mariliasegura.com.br>>. Acesso em 03 de Julho de 2006.

⁷² Pesquisa por mim encomendada à Eliana Rodrigues da Fundação SEADE, que disponibilizou dados referentes ao Censo do IBGE de 2000 sobre a população feminina mariliense.

⁷³ Dados retirados do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, p. 117.

⁷⁴ ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. “Perfil Municipal: Marília/SP”. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/igce/ceurb/basededados/pdf/marilia.PDF>>. Acesso em 29 de Janeiro de 2008.

A população feminina mariliense, segundo o Censo do IBGE 2000, de 14 anos ou mais somava 78.304 mulheres, sendo o seu perfil traçado com de maioria branca (71,3%), casada (46,5%), na faixa etária dos 21 a 30 anos (22%), e com 9 a 12 anos de estudo (28%). Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde de Marília, no ano de 2006, percebeu-se uma elevação de mulheres mais velhas na cidade, sendo necessário reestruturar os serviços responsáveis pela saúde, seguridade social e previdenciário no município de Marília. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2006).

3.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: O QUE DIZEM OS DADOS POLICIAIS

Algumas considerações sobre as estatísticas criminais

Segundo Teresa Caldeira (2000, p.102), os “estudos sobre crime partem do pressuposto de que as estatísticas registram apenas uma fração do crime total”. Em muitos casos de violência contra mulher, os registros policiais não são feitos de forma confiável, estando estas distorções presentes tanto nos dados quantitativos quanto nos qualitativos. Nos estudos realizados por Mingardi⁷⁵ *apud* Caldeira (2000), foi detectado que, nos casos em que a mulher é vítima de violência e vai até a delegacia denunciar, os registros são preenchidos com muita má vontade, pois os policiais acreditam que as mulheres irão mudar de idéia no dia seguinte e retornar para retirar a queixa. Para a autora:

Tendo em vista que é a polícia que produz as estatísticas, sua visão do que seja a população potencialmente criminosa, sua avaliação sobre os diversos crimes e sua maneira de agir em relação aos diferentes tipos de eventos são todos elementos que influenciam os resultados – as estatísticas. (CALDEIRA, 2000, p. 104)

Guita Grin Debert (2002) aponta uma questão que tem sido levantada por muitos pesquisadores que estudam o dia-a-dia das Delegacias de Polícia:

⁷⁵Guaracy Mingardi pesquisou sobre funcionamento da polícia civil paulista para a dissertação de Mestrado defendida na UNICAMP, o que resultou na publicação do livro: MINGARDI, Guaracy. Tiras, gansos e trutas: cotidiano e reforma na Polícia Civil. SP: Scritta, 1992, p.46.

independente da vítima da agressão perpetrada pelo acusado, surpreende o fato de que as queixas em todas as delegacias são, na sua grande maioria, tipificadas como lesão corporal leve ou ameaça. A suposição do desinteresse da vítima na punição do agressor, mas também a percepção de que a delegacia tem um papel subalterno no sistema judicial criminal, é acionada para legitimar o modo como os crimes são tipificados mesmo no caso em que há uma identificação da delegada com o ideário feminista. Perguntar porque não se registra como crime de tentativa de homicídio a queixa de uma mulher que vem à delegacia com hematomas no pescoço, e conta que o marido tentou enforcá-la com um cinto tem uma resposta taxativa (DEBERT, 2002, p. 22).

Segundo a autora, é usual que crimes de tentativa de homicídio sejam tipificados como lesão corporal, pois a tentativa de homicídio requer a abertura de um inquérito, o que “é pior” para a delegacia (DEBERT, 2002). E é isso que se constatou na análise dos dados provenientes de denúncias de violência contra a mulher nas Delegacias de Polícia na cidade de Marília: só houve uma tipificação de tentativa de homicídio em 1.653 boletins lidos.

Assim, deve-se atentar para o fato de que o trabalho com estatísticas criminais exige o cuidado de perceber que há possibilidades de ser abarcados o total dos crimes denunciados, nem com a veracidade do que realmente ocorreu.

O perfil da mulher mariliense que sofre violência...

Como fora discutido no Capítulo I, as mulheres são alvo primordial do fenômeno da violência, pelo fato de estarem submetidas a uma educação pautada nos valores patriarcais e machistas, sendo muitas vezes consideradas inferiores, desprovidas de inteligência, emoções, desejos e quereres. A mulher mariliense não foge a esta regra, pois a cidade de Marília é regida, como a maioria das cidades situadas no interior do Estado, por regras e valores morais, nas quais a ordem e a passividade devem ser mantidas, silenciando, por vezes violências sofridas anos a fio, no intuito de sustentar casamentos e relacionamentos falidos, na defesa de um tradicionalismo imposto pelas relações sociais diversas.

A seguir, traçou-se, com o auxílio do Banco de Dados ⁷⁶ do Grupo de Pesquisa e de Gestão Urbana de Trabalho Organizado (GUTO) da UNESP/Marília e dos

⁷⁶ Este Banco de Dados foi criado em 2000, por um grupo de cientistas da computação do Projeto GUTO, que desenvolveram um programa de preenchimento de boletins de ocorrência informatizado, facilitando a digitação

dados presentes na Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, o perfil da mulher que sofre violência na cidade de Marília. A partir de cada boletim de ocorrência, as informações analisadas referentes às vítimas⁷⁷ foram: a zona de bairro onde o crime ocorreu, a cor, a idade, o estado civil e a relação da vítima com o indiciado⁷⁸. Relacionaram-se, ainda, os Dados Policiais com os Dados do Censo do IBGE 2000 referentes à população feminina mariliense, obtendo-se a fração (porcentagem) das mulheres violentadas em relação ao total de mulheres marilienses.

Uma das preocupações que norteou este trabalho, a partir da utilização de dados policiais, foi localizar os bairros com maiores índices criminais de violência contra a mulher, para que Unidades de Saúde do Sistema Público da cidade de Marília fossem contatadas e analisadas a partir dos seus profissionais de saúde.

Segundo o Plano Diretor proposto em 2006⁷⁹, a cidade de Marília foi dividida em cinco Zonas de Bairros⁸⁰: Norte, Sul, Central (Centro Sul, Centro Norte, Centro Oeste, Centro Leste), Oeste e Leste. Compete às Delegacias de Marília registrar Boletins de Ocorrência de seus Distritos⁸¹. Serão encontrados registros de crimes destas localidades.

Primeiramente, dividiram-se as localidades encontradas nos registros dos boletins de ocorrência pelo número total de crimes. Nessa divisão constatou-se que as mulheres vítimas pertenciam às localidades ou Zonas: 260 eram da Sul (30,5%); 254, da Norte (30%); 126, da Oeste (15%); 108, da Central (13%); 57, da Leste (6,7%); 28 não especificaram bairro (3%); 9 bairros não foram encontrados nos documentos da Prefeitura (1%); 5 eram Distritos (0,6%); e 2 eram da Zona Rural (0,2%).

dos escrivães e também futuras pesquisas nos dados coletados. Este Programa é interligado entre todas as Delegacias, neste sentido, a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher continha em seu banco, dados referentes às outras Delegacias da cidade. Assim, os dados analisados nesta pesquisa são provenientes dos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º Delegacias de Polícia, Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (DDM), Plantão de Polícia (PL), Delegacia de Investigações Gerais (DIG) e Delegacia de Investigações sobre Entorpecentes (DISE).

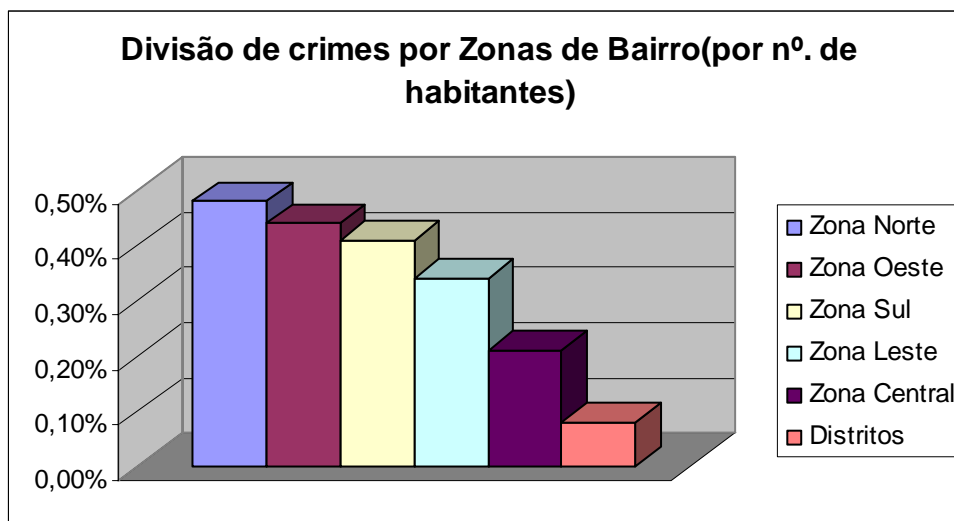
⁷⁷ Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa On-Line, vítima significa: “pessoa perseguida ou sacrificada pela tirania ou injustiça de alguém; pessoa que é sacrificada aos interesses de outrem; pessoa que sucumbe à desgraça ou ao infortúnio; pessoa ludibriada; tudo o que sofre qualquer dano”. Disponível em: < http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx >. Acesso em 05 de Ago. 2007.

⁷⁸ Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa On-Line, indiciado ou indiciada designa-se a um “indivíduo ou designativo de réu que num processo criminal é declarado criminoso, para ser pronunciado e julgado”. Disponível em: < http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx >. Acesso em 05 de Ago. 2007.

⁷⁹ Plano Diretor da cidade de Marília. Disponível em: < http://www.marilia.sp.gov.br/secretarias/urbano/2.0/downloads/lei_plano_diretor_marilia.pdf >. Acesso em Jan. 2007.

⁸⁰ Através do Plano Diretor da cidade Marília, os bairros foram agrupados em Zonas de Bairro, sendo definidas em cinco Zonas: Zona Norte, Zona Sul, Zona Central, Zona Leste e Zona Oeste.

⁸¹ Distritos aqui, definem uma divisão territorial de regiões ao redor da cidade de Marília, e estas respondem criminalmente à cidade de Marília, sendo estes: Padre Nóbrega, Avencas, Rosália, Dirceu e Lácio.



Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO-01/2004 a 10/2005.

Gráfico 1 – Distribuição de Zonas de Bairros (por nº. de habitantes) onde residiam as vítimas

Já, ao analisar o número de crimes de violência contra a mulher em proporção ao número de habitantes de cada Zona de Bairros ⁸², da Sul 62.940 habitantes; da Norte 52.581 habitantes; da Zona Central 49.559 habitantes; da Oeste 28.238 habitantes; da Leste 16.632 habitantes e dos Distritos, mais ou menos 6.000 habitantes ⁸³ – constata-se que os dados se invertem, mudando completamente a pesquisa e os locais onde a violência contra a mulher é mais significativa.

Com a divisão dos crimes pelo número de habitantes de cada Zona de Bairro obteve-se em primeiro lugar a Norte, com 0,48% do total de crimes; segundo a Oeste com 0,44%; a Sul com 0,41%; a Leste com 0,34%; a Zona Central com 0,21% e os Distritos com 0,08%.

Percebeu-se que a Zona Sul, a mais populosa da cidade de Marília, com 62.940 habitantes, quando analisada pelo número de crimes em proporção ao número de habitantes, deixou de ser a mais violenta no que diz respeito à violência contra a mulher (pois na análise anterior esta localidade ocupava o primeiro lugar no número de ocorrências), ocupando agora o terceiro lugar. Já a localidade com maior número de ocorrências foi a Norte, que anteriormente ocupava a segunda posição. A Oeste aparece como a segunda região

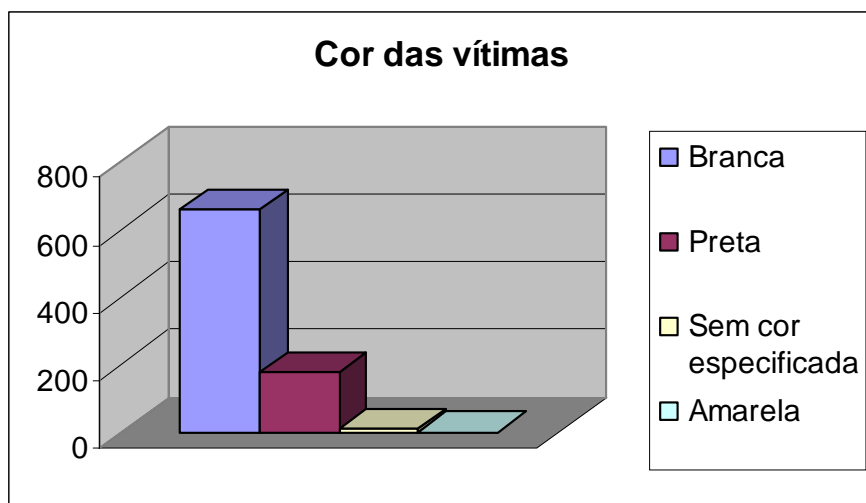
⁸² Conforme foi especificado anteriormente, o novo abairramento que serve de base aos dados da cidade de Marília foi proposto pelo Plano Diretor em 2006, assim, o número de habitantes que irá nos orientar nesta pesquisa é seguido pelas informações deste novo abairramento. Disponível em: <http://www.mariliasegura.com.br/mapas.php>. Acesso em Jan. 2007.

⁸³ No novo abairramento não há referência ao número de habitantes da Zona Rural.

com mais ocorrências de violência contra a mulher, a qual na primeira análise aparecia como a terceira em número de ocorrências.

Segundo Sueli Andruccioli Felix (1996), ao se analisarem os bairros de uma cidade, deve-se considerar qual é sua característica, pois de um bairro para outro há diferenças quanto à sua organização e aos habitantes, alterando também a sua tipologia criminal. Assim, na relação entre espaço e criminalidade é importante detectar os espaços de ocorrências dos crimes, mas acima de tudo é importante considerar qual a percepção das pessoas, ou seja, como as pessoas lêem e sentem o ambiente, se percebem a fragmentação do bairro tanto do ponto de vista social quanto do espacial ⁸⁴.

A análise dos locais de bairros onde moravam as vítimas foi necessária para que o objetivo do trabalho fosse alcançado: analisar as práticas e percepções dos profissionais de saúde quanto à violência contra a mulher, que atuam nas áreas onde estas violências são mais significativas. Nesse caso estão analisadas com base nas entrevistas com profissionais de saúde, as Zonas de Bairro: Norte, Oeste e Sul da cidade de Marília.



Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO-01/2004 a 10/2005.

Gráfico 2 – Distribuição segundo Cor/Raça das Vítimas

Quando analisada a cor das vítimas, foram encontrados os seguintes dados: 658 vítimas brancas (77,4%), 178 vítimas negras ⁸⁵ (21%), 12 não especificaram a cor (1,4%),

⁸⁴ Esta fragmentação se dá por fatores que desorganizam a sociedade tais como: o crime, o desemprego, a circulação de drogas, a falência das instituições da comunidade, etc. (FÉLIX, 1993, p. 32).

⁸⁵ A cor “negra” designa vítimas da cor parda e preta conjuntamente.

e 2 vítimas amarelas (0,2%). Das 658 mulheres brancas, 49% sofreram violência física, 48,5% violência psicológica e moral e 2,5% violência sexual. Das 178 mulheres negras, 57% sofreram violência física, 40,5% sofreram violência psicológica e moral e 3% sofreram violência sexual. Já das duas mulheres de cor amarela, uma sofreu violência física e a outra sofreu violência psicológica e moral.

Tabela 1 – Distribuição das Mulheres com 14 anos ou mais por Cor – Município de Marília/SP - 2000

Cor	Frequência	%
Branca	55826	71,3
Parda	16412	21,0
Preta	3190	4,0
Amarela	2368	3,0
Ignorado	339	0,5
Indígena	169	0,2
Total	78304	100,0

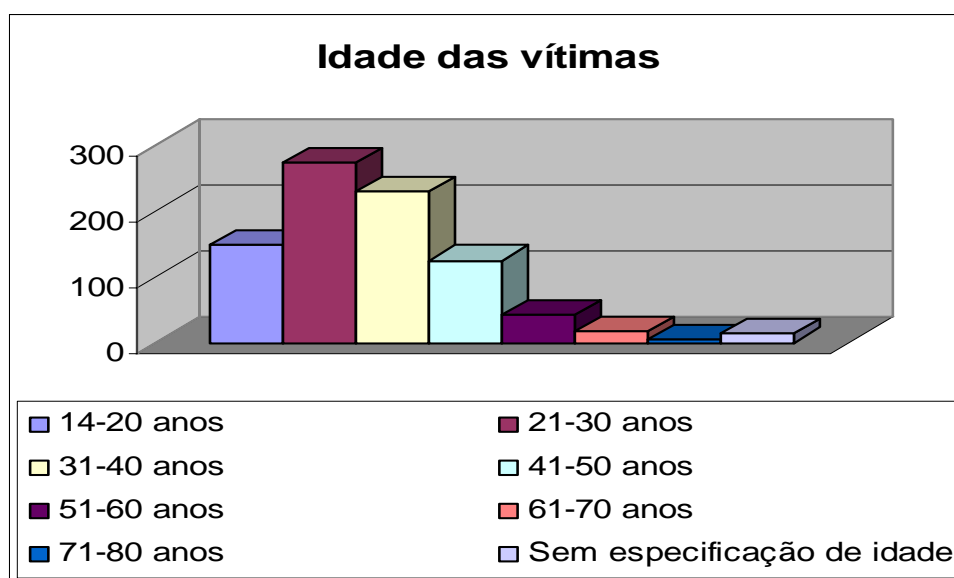
Fonte: Censo do IBGE, 2000.

A mulher mariliense, segundo o Censo do IBGE, de 2000, é primordialmente branca (71,3%); seguidas das mulheres pardas (21%); das mulheres pretas (4%), ou seja, 25% são mulheres negras; das amarelas (3%) e de indígenas (0,2%). Quando se comparou o Gráfico 2 com a Tabela 1, ou seja, o número de mulheres agredidas pelo total de mulheres marilienses, referentes à sua cor, verificou-se que foram agredidas: 1,17% mulheres brancas, 0,9% mulheres negras e 0,07% mulheres amarelas.

Assim, verificou-se que a mulher mariliense é na sua maioria branca, sendo também a categoria que mais sofreu violência. Porém quando falamos em pesquisa criminal, neste caso pesquisa em boletins de ocorrência, não temos a possibilidade de saber quem designa a cor da vítima: se é a mulher que declara sua cor no ato da denúncia ou se é o (a) escrivão (ã) que a determina, pois estas duas coisas podem acontecer. Assim, o que se percebe é que muitos dos registros policiais não são fiéis à realidade (como foi discutido anteriormente sobre a tipificação dos crimes), ocorrendo o mesmo com a cor/raça da vítima. Os dados são classificados muitas vezes segundo a percepção do funcionário (a) da delegacia (escrivão/ã), sem seguir o critério adotado pelo IBGE e outras entidades – a auto declaração.

No quesito cor da pele, a cor branca tem predominância. Não sabemos se é realmente a população feminina que sofre mais violência, ou se é descaso dos escrivães em

digitar todos os registros com esta especificação. A população negra feminina é bem menor que a branca, correspondendo a 25% do total de mulheres marilienses, segundo o IBGE de 2000. Não questionamos os dados pretendendo que a cor negra deveria ter sobressaído nas estatísticas, apesar de estudiosos no assunto afirmarem que a mulher negra sofre mais violência que a mulher branca⁸⁶. Questionamos, sim, a veracidade das estatísticas criminais, porquanto, são os escrivães que digitam os dados, sem se importar com a cor da mulher, ou é a mulher que não se reconhece como branca ou negra? Deve-se, portanto, dar uma maior atenção em conscientizar a população negra sobre a importância de se definir como tal⁸⁷, como também, em conscientizar os escrivães das Delegacias de Polícia sobre a importância da veracidade das estatísticas criminais para estudos e pesquisas científicas.



Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO-01/2004 a 10/2005.

Gráfico 3 – Distribuição segundo a Idade das Vítimas

^{ci} Através de uma pesquisa realizada em três Estados (não citados pela autora no artigo), no período de 1997 e 2002, Benilda Brito constatou que a maioria das mulheres que denunciaram a violência doméstica eram negras. “As instituições que hoje atendem mulheres tanto para abrigar como para colher denúncia, são unânimes em afirmar que a maioria das mulheres que sofreram violência doméstica são negras”. BRITO, Benilda Regina. *Violência Doméstica e Sexual – um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003, p. 57. Também Edson França em artigo sobre a falta de políticas públicas com recorte racial, também afirma que as mulheres negras lideram as estatísticas de violência doméstica. FRANÇA, Edson. *Participação da militância em espaços institucionais*. AFROPRESS - Agência Afro-étnica de Notícias. Disponível em: <http://www.afropress.com/colunista_2.asp?id=332>. Acesso em 14 de Agosto de 2007.

⁸⁷ “O próprio negro, em alguns casos, não se reconhece, e uma das principais lutas do movimento negro e de estudiosos comprometidos com a defesa da dignidade humana é contribuir para o resgate da cidadania do negro”. SILVA, Maria Nilza. *A mulher negra*. Revista Espaço Acadêmico, Maringá, ano II, nº 22, 2003. Disponível em: <www.espacoacademico.com.br/022/22csilva.htm>. Acesso em 10 de Setembro de 2006.

Quanto à idade das mulheres, segundo os dados policiais, constatou-se que: 148 vítimas têm de 14 e 20 anos (17,5%); 273 vítimas entre 21 e 30 anos (32%); 229 vítimas entre 31 e 40 (27%); 125 vítimas entre 41 e 50 anos (14,5%); 41 vítimas entre 51 e 60 anos (5%); 16 vítimas entre 61 e 70 anos (2%); 4 vítimas entre 71 e 80 anos (0,5%); 14 vítimas não especificaram a idade (1,5%).

Pesquisas como a de Lilia Blima Schraiber (2002) verificaram que quase 30% das mulheres de São Paulo, na faixa etária dos 15 aos 49 anos, admitiram ter sofrido algum tipo de violência física. Já Benilda Brito (2003) relata que a vítima feminina tem em potencial de 25 a 45 anos, segundo análise realizada em 2002 nas Delegacias de Belo Horizonte. Nesta pesquisa encontraram-se os mesmos dados, sendo um total de 74% das vítimas da faixa dos 21 aos 50 anos, correspondendo a 79% das mulheres que sofreram violência psicológica e moral e 69,5% das que sofreram violência física.

Tabela 2 – Distribuição de Mulheres com 14 anos ou mais por Idade – Município Marília/SP – 2000

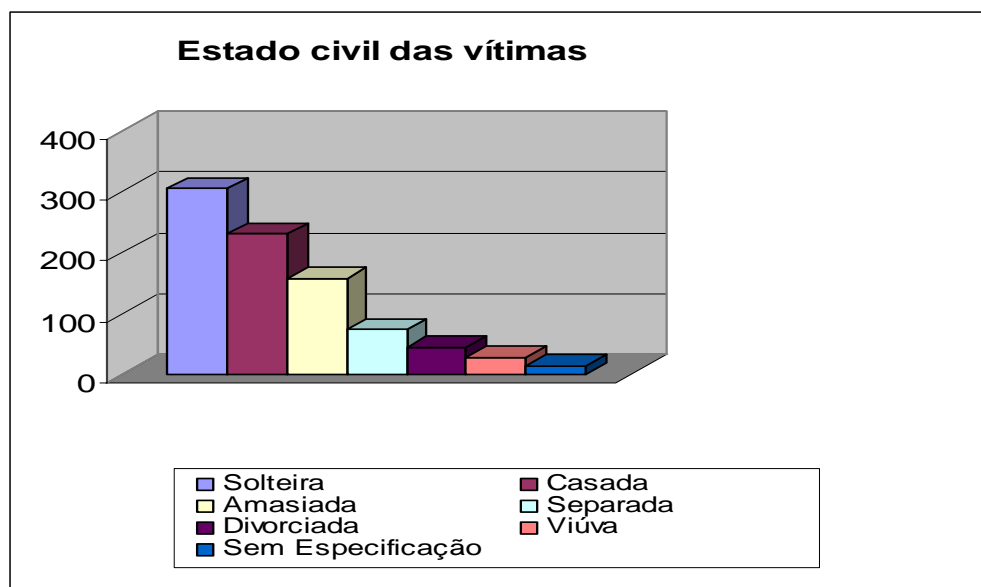
Idade	Frequência	%
14 a 20 anos	13201	17,0
21 a 30 anos	17258	22,0
31 a 40 anos	15926	20,5
41 a 50 anos	12938	16,5
51 a 60 anos	8330	10,5
61 a 70 anos	6052	8,0
71 a 80 anos	3339	4,0
81 e mais anos	1261	1,5
Total	78304	100,0

Fonte: Censo do IBGE, 2000.

Quanto às mulheres marilienses com 14 anos ou mais, segundo o Censo do IBGE de 2000, percebeu-se um maior percentual delas esteve na faixa etária de 21 a 30 anos de idade (22%); seguido das mulheres de 31 a 40 anos (20,5%); de 14 a 20 anos (17%); de 41 a 50 anos (16,5%); de 51 a 60 anos (8%); de 71 a 80 anos (4%) e mulheres de mais de 81 anos (1,5%).

Quando se analisou o Gráfico 3 e a Tabela 2, sobre o total de mulheres agredidas em relação ao total de mulheres marilienses, segundo a idade, verificou-se que 1,12% das mulheres foram agredidas na faixa etária de 14 a 20 anos; 1,58%, de 21 a 30 anos; 1,43%, de 31 a 40 anos; 0,97%, de 41 a 50 anos; 0,46%, de 51 a 60 anos; 0,2%, de 61 a 70

anos; 0,1%, de 71 a 80 anos. Não houve registro de mulheres agredidas com idade de 81 anos ou mais. Assim, a mulher que sofreu violência, em relação ao número total de mulheres marilienses, se encontra em maior número na faixa etária de 21 a 30 anos.



Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO-01/2004 a 10/2005.

Gráfico 4 – Distribuição segundo Estado Civil das vítimas

Quanto ao estado civil das mulheres vítimas: 305 mulheres são solteiras (36%); 230, casadas (27%); 158, amasiadas⁸⁸ (18,5%); 73, separadas (8,6%); 44, divorciadas (5,2%); 27, viúvas (3,2%). Treze não especificaram o estado civil (1,5%).

A violência acometeu primordialmente a mulher que possuía algum tipo de relação estável com seu agressor; ou seja, as casadas e amasiadas - pois amasiada foi considerado relação conjugal estável – somaram o índice de 45,5%.

As mulheres casadas e amasiadas sofreram mais violência física (52,5%), seguida da violência psicológica e moral (45%) e da violência sexual (2,5%). Entre as mulheres solteiras há também a prevalência da violência física (52%), seguida da violência psicológica e moral (45,5%) e da violência sexual (2,5%). As mulheres separadas sofreram violência psicológica e moral (55%), violência física (42,5%) e violência sexual (2,5%). As

⁸⁸ Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa On-line, a palavra “amasiada” deriva da palavra amásia, que quer dizer concubina. Nesta pesquisa a palavra “amasiada” designa o estado civil de uma mulher, ou seja, viver amasiada com um homem ou com uma mulher. Disponível em: http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx. Acesso em Setembro de 2007.

mulheres divorciadas sofreram violência psicológica e moral (66%) e violência física (34%) e não sofreram violência sexual. Já as mulheres viúvas sofreram violência psicológica e moral (52%) e violência física (48%). Assim, a violência física predominou sobre as mulheres casadas, amasiadas e solteiras, e a violência psicológica e moral contra as mulheres separadas, divorciadas e viúvas.

Tabela 3 – Distribuição das Mulheres com 14 anos ou mais por Estado Civil – Município de Marília/SP – 2000

Estado Civil	Frequência	%
Casada	36200	46,5
Solteira	28824	37,0
Viúva	7211	9,0
Desquitada/separada judicialmente	3241	4,0
Divorciada	2829	3,5
Total	78304	100,0

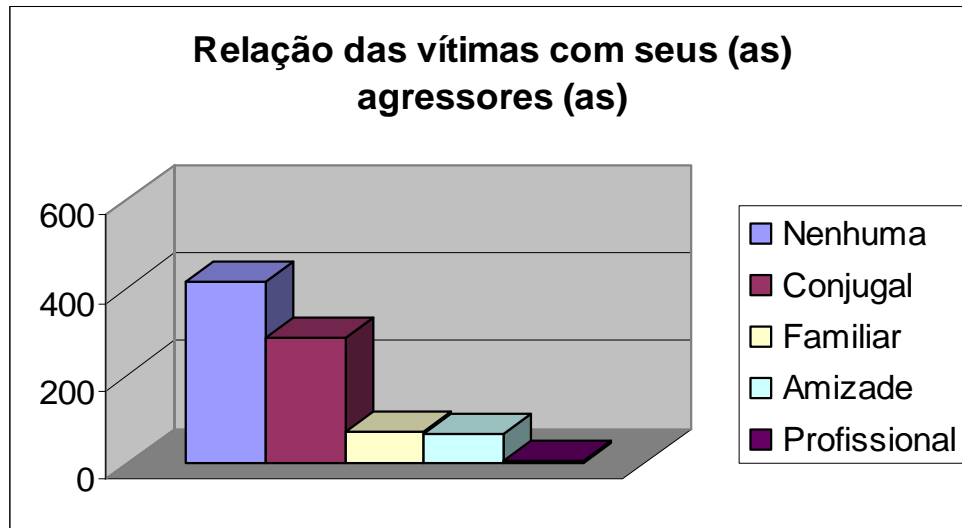
Fonte: Censo do IBGE, 2000.

Em relação ao estado civil, segundo o Censo do IBGE de 2000, a maioria das mulheres são casadas (46,5%), seguidas das mulheres solteiras (37%). Já o percentual das viúvas (9%), é superior ao das desquitadas ou separaram judicialmente (4%), ou mesmo das que se divorciadas (3,5%).

Por meio da análise do Gráfico 4 e da Tabela 3 – que representava o número das mulheres agredidas em relação ao total de mulheres marilienses segundo o estado civil – vimos que a maioria se encontrava entre as desquitadas/separadas judicialmente (2,25%); seguidas das divorciadas (1,5%); das solteiras (1,05%); das casadas (0,63%) e das viúvas (0,3%). Sobre as mulheres amasiadas não foi possível obter esta relação, pois a variável “amasiada” não consta nos dados do IBGE.

Portanto, verificamos que a maioria das mulheres agredidas, do total de mulheres marilienses, encontrava-se nos grupos onde há predominância das variáveis cor, idade e estado civil. Ou seja, a maioria das mulheres marilienses é branca e foram também as mais agredidas. Grande parte tem de 21 a 30 anos de idade e esta foi a que mais agressão sofreu. Em relação ao estado civil, a maioria das mulheres marilienses, segundo o senso do IBGE de 2000, se declarou casada, e a maior parte dos casos de agressão foi contra as mulheres com relações estáveis, ou seja, as casadas e amasiadas. E, ao mesclar essa variável

(o número de mulheres agredidas pelo número total de mulheres por estado civil), o maior índice de agressões recai sobre as mulheres divorciadas/separadas judicialmente.



Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO-01/2004 a 10/2005.

Gráfico 5 – Distribuição da situação relacional das vítimas com seus (as) agressores (as)

Dos crimes analisados quando levamos em conta a relação das vítimas com o seu agressor, verificamos que 290 mulheres (34%) possuíam uma relação conjugal (maridos, ex-maridos, amásios, ex-amásios, ex-amásia, namorados, ex-namorados); 69 mulheres (8,15%) possuíam relação familiar (pai, mãe, padrasto, tio, filho, filha, cunhado, cunhada, afilhado, genro, irmão, irmã, sobrinho); 66 mulheres (7,75%) possuíam uma relação de amizade (amigo, amiga, vizinho, vizinha, conhecido); 7 mulheres (1%) possuíam uma relação profissional (patrão, patroa). Quatrocentos e dezoito mulheres (49%) não declararam nenhuma relação com o agressor ou a ocorrência não foi devidamente preenchida pelo profissional no ato da denúncia.

Mais uma vez a subnotificação dos dados foi evidente no decorrer da análise, já que 49% dos boletins preenchidos em mais de um ano não registraram a relação da vítima com seu agressor. O programa desenvolvido pelo Projeto GUTO levou em conta a relevância destas informações a fim de servir de referência a pesquisas acadêmicas e científicas realizadas por meio destes dados. Mas isto não foi suficiente para que os boletins de ocorrência fossem preenchidos de maneira completa e condizente a realidade do crime

ocorrido. E, como vimos acima, Tereza Caldeira (2000), em sua pesquisa na cidade de São Paulo, observou a mesma falta de vontade no preenchimento destes boletins.

Tiveram índice mais elevado (34%) as agressões sofridas pelas mulheres de seus parceiros. Caso se somasse as que relataram algum vínculo afetivo (maridos, ex-maridos, amásios, ex-amásios/as, namorados, ex-namorados, amigos e entes da família), o índice subiu para 42,15%. Estes dados só vêm corroborar as inúmeras pesquisas ⁸⁹ feitas no Brasil com o intuito de alertar sobre a violência contra a mulher. Na sua maioria o agressor é masculino, conhecido e possui um vínculo afetivo com a vítima. Diz Maria Filomena Gregori:

A violência conjugal é vista pelo feminismo como expressão radical da relação hierárquica entre os sexos no núcleo familiar. Nessa relação assimétrica, o homem ocupa a posição de demanda, podendo fazer valer sua autoridade para punir, exigir e, por vezes, agredir os outros componentes da família. A mulher, cujo papel é o de lidar com as tarefas domésticas e cuidar dos filhos, está subordinada aos desígnios do homem”. (GREGORI, 1993, p. 123)

Segundo Guita Grin Debert ⁹⁰, a violência contra a mulher acima de 50 anos muda a tipificação. A violência que era praticada na sua maioria por parceiros e ex-parceiros muda de agressor. Os agressores passam a ser familiares. Na presente pesquisa, percebemos que mulheres com mais de 50 anos foram violentadas na sua maioria por familiares ou por pessoas que já possuíam vínculos familiares como: filho/a, neto, genro, afilhado, enteado, sobrinho, ex-nora, ex-sogra, somando um total de 26,5%. Já os que possuíam vínculos conjugais como: marido, ex-marido, amásio, ex-namorado, somaram um total de 20%. Os vizinhos/as tiveram a porcentagem de 10%; os patrões de 1,5%. E como não poderia deixar de ultrapassar os dados, obtivemos um percentual de 42% de registros que não especificaram o tipo de relação no ato da denúncia. Assim, verificamos que os agressores/as em potencial, de mulheres acima de 50 anos, encontravam-se entre os membros da família e não mais entre parceiros íntimos.

São estes vínculos, sustentados muitas vezes por anos de sonhos, desejos, planos, vivências e experiências de vida que fazem com que as barreiras interpostas à denúncia e à ruptura com uma vida de sofrimentos seja algo muito distante da maioria das mulheres que sofrem violência.

⁸⁹ Schraiber (2005), Brito (2003), Oliveira (2003), Day et.al. (2003), Gregori (1993).

⁹⁰ Dados apresentados pela autora na Mesa Redonda “Violência e Preconceito”, no Seminário Internacional Fazendo Gênero 7, na Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 30 de agosto de 2006.

Nesta pesquisa ficou claro que o tema da violência contra a mulher abrange um quadro complexo de relações, sejam estas conjugais, afetivas, de amizade ou não, onde o agressor é tanto o homem quanto a mulher. A mulher é agressora de outras tantas mulheres. Quase 20% (19,2%) dos indiciados são mulheres: mães, patroas, sobrinhas, tias, filhas, vizinhas, ex-amásias, ex-noras, ex-sogra.

Não queremos aqui deixar de lado os quase 80% dos homens agressores encontrados na análise dessa pesquisa, pois eles estão, há anos, no topo das estatísticas criminais e nos casos de violência contra a mulher. Só queremos ressaltar que a mulher é uma voz ativa, que também se rebela e agride o outro, transformando esse emaranhado de relações em uma cadeia de violência, e confirmando que violência gera mais violência entre familiares, conhecidos e desconhecidos. Expõe Marilena Chauí *apud* Maria Filomena Gregori:

salientar o vitimismo na abordagem sobre o fenômeno da violência implica em não considerar que nas relações familiares as mulheres, mesmo partilhando uma condição de subalternidade, agem, condenam, exigem, e por vezes, agridem. Qualificar tais gestos como reação ou reprodução pode, mais do que estimular uma transformação, manter a “estrutura” básica que faz operar a violência (GREGORI, 1993, p. 131).

Segundo Maria Filomena Gregori (1993), a mulher aparece no discurso feminista como um ser vitimizado, mesmo quando age contra os outros. Nessa situação, “as mulheres aparecem como passivas, seja do ponto de vista da condição que as define enquanto gênero, seja nas situações concretas nas quais ocorrem os conflitos e embates” (p. 124-125). Porém, nesta pesquisa, elas também fizeram parte dos agressores, gerando também violência.

Um fator que pode fazer com que a mulher participe ativamente no processo de violência é o revide. O revidar à violência sofrida ocupa 21,1% dos casos de violência contra a mulher na cidade de São Paulo. Embora assuma um papel de defesa, o revide não extingue a violência gerada, “ao contrário, perpetua como forma de interagir, sufocando as possibilidades de entendimento comum” (SCHRAIBER, 2005, p.136):

Acreditamos que a comunicação voltada para o entendimento nas relações interpessoais e a efetiva garantia dos direitos humanos internacionalmente consagrados é que podem atuar contra a violência ou preveni-la. O uso da violência como revide é a atitude de uma mulher com poucos recursos de defesa, isolada de sua rede social e de instituições para lidar com o problema. (SCHRAIBER, 2005, p.136)

É nesse sentido que ações efetivas de prevenção se fazem necessárias e imprescindíveis, com o intuito de possibilitar a quebra desse ciclo de violências vivenciadas pelas mulheres que estão historicamente imersas nessa realidade.

Os dados policiais e os tipos de crimes cometidos contra a mulher mariliense

Os dados analisados nesta pesquisa são de crimes de “lesão corporal dolosa”⁹¹, “ameaça”⁹², “injúria”⁹³, “atentado violento ao pudor”⁹⁴, “estupro”⁹⁵, “homicídio”⁹⁶, bem como os crimes designados como “comunicação de fato”⁹⁷.

No período de janeiro de 2004 a outubro de 2005 foram encontradas 1653 ocorrências, sendo descartadas 803 ocorrências pelos seguintes motivos: vítimas não femininas, ou seja, algumas ocorrências continham erro de digitação vindo a vítima com nome masculino; comunicações de fato contendo informações de: roubo, furto, perda de documentos, guarda de filhos, problemas com linhas telefônicas/ celulares, contratos não cumpridos, acidentes de trânsito, processo de separação e tentativas de suicídio⁹⁸; vítimas menores de 14 anos e duplicação de Boletins de Ocorrência - neste caso os dados

⁹¹ Crime conceituado na pág. 14.

⁹² Crime conceituado na pág. 14.

⁹³ Segundo o Código Penal Art. 140, o crime de injúria significa injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro. PORTAL VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Disponível em <<http://www.patriciagalvao.org.br/apc-aa-patricagalvao/home/noticias.shtml?x=72>>. Acesso em 20 de Agosto de 2006.

⁹⁴ O crime de atentado violento ao pudor está inscrito no Artigo 214 do Código Penal, e ocorre quando a mulher “é obrigada a manter relação sexual anal, oral e qualquer outro contato íntimo que não seja relação sexual vaginal, ou quando é obrigada a presenciar outras pessoas tendo relações sexuais”. SENADO FEDERAL, Agência Senado. Cartilha “A mulher e as leis”, 2004. Disponível em <http://www.senado.gov.br/comunica/agencia/cidadania/violcontmulher/not03.htm>. Acesso em 12 de Julho de 2007.

⁹⁵ Segundo o Art. 213 do Código Penal, estupro ocorre quando a mulher é obrigada a manter relação sexual vaginal sob ameaça ou violência. SENADO FEDERAL, Agência Senado. Cartilha: “A mulher e as leis”, 2004. Disponível em <http://www.senado.gov.br/comunica/agencia/cidadania/violcontmulher/not03.htm>. Acesso em 12 de Julho de 2007.

⁹⁶ Segundo o Código Penal Art. 121 Homicídio significa matar alguém. Como nesta pesquisa o crime encontrado foi “tentativa de homicídio”, este significa segundo o Art. 14 do Código Penal, o crime tentado que, quando iniciada a execução, não se consuma por circunstâncias alheias à vontade do agente. PORTAL VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Disponível em <<http://www.patriciagalvao.org.br/apc-aa-patricagalvao/home/noticias.shtml?x=72>>. Acesso em 12 de Julho de 2007.

⁹⁷ Crime conceituado na pág. 14.

⁹⁸ Na pesquisa foram encontrados 3 tentativas de suicídio, mas segundo Daniel Ribeiro tal ato não pode ser imputável legalmente, sendo impossível instauração penal. RIBEIRO, Daniel. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5670&p=2>>. Acesso em 12 de Jul. de 2007. Segundo o Art. 122 do Código Penal na Lei 2.848 de 1940, há disposição de crime por “induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio”, que não foi o caso dos registros encontrados nesta análise. PORTAL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Disponível em <<http://www.patriciagalvao.org.br/apc-aa-patricagalvao/home/noticias.shtml?x=72>>. Acesso em 12 de Julho de 2007.

considerados referem-se ao primeiro que foi digitado. Assim, a pesquisa abarcou 850 boletins de ocorrências que foram analisados individualmente, sendo os dados apresentados, a seguir, referentes a este total de crimes.

Tabela 4 – Distribuição dos Crimes Tipificados como “Comunicação de Fato”

Tipificação dos Crimes	Números de Crimes	%
Ameaça	61	48,5%
Injúria	30	24%
Lesão Corporal Dolosa (LCD)	25	19,5%
LCD e Injúria	4	3%
LCD e Ameaça	3	2,5%
Ameaça e Injúria	3	2,5%
TOTAL	126	100%

Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO – 01/2004 a 10/2005.

Foi apontada, no item anterior, a dificuldade de trabalhar com dados policiais, ou seja, com a fração total dos crimes ocorridos. E, ainda, com a disparidade dos critérios usados pelos escrivães na digitação dos crimes denunciados. Nesta pesquisa encontramos 126 ocorrências classificadas como “comunicação de fato”, mas lendo seus históricos constatamos: 61 crimes de ameaça (47%), 30 crimes de injúria (23,5%), 25 crimes de lesão corporal dolosa (19%), 4 crimes de injúria e lesão corporal dolosa (3%), 3 crimes de ameaça e lesão corporal dolosa (2,5%) e 3 crimes de ameaça e injúria (2,5%);).

Tabela 5 – Distribuição da Tipificação dos Crimes

Tipificação dos Crimes	Números de crimes	%
LCD	348	48%
Ameaça	222	30,5%
Injúria	49	7%
Ameaça e LCD	42	6%
Ameaça e Injúria	31	4%
Atentado Violento ao Pudor	18	2,5%
LCD e Injúria	6	0,8%
Ameaça, LCD e Injúria	4	0,5%
Estupro Tentado e LCD	2	0,3%
LCD e Tentativa de Homicídio	1	0,15%
Estupro Tentado	1	0,15%
TOTAL	724	100%

Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO – 01/2004 a 10/2005.

Dos 724 crimes (onde não estão inseridos os crimes com a classificação “comunicação de fato”), constatamos: 348 crimes de lesão corporal dolosa (48%), 222 crimes de ameaça (30,5%), 49 crimes de injúria (7%), 42 crimes de ameaça e lesão corporal dolosa (6%), 31 crimes de ameaça e injúria (4%), 18 crimes de atentado violento ao pudor (2,5%), 6 crimes de lesão corporal dolosa e injúria (0,8%), 4 crimes de ameaça, lesão corporal dolosa e injúria (0,5%), 2 crimes de tentativa de estupro e lesão corporal dolosa (0,3%), 1 lesão corporal dolosa e tentativa de homicídio (0,15%), e 1 crime de tentativa de estupro (0,14%).

Tabela 6 – Distribuição dos Crimes por Violência Sofrida

Tipificação dos Crimes	Números de crimes	%
LCD	373	44%
Ameaça	283	33%
Injúria	79	9,5%
Ameaça e LCD	45	5%
Ameaça e Injúria	34	4%
Atentado Violento ao Pudor	18	2%
LCD e Injúria	10	1,1%
Ameaça, LCD e Injúria	4	0,5%
Estupro Tentado e LCD	2	0,2%
Estupro Tentado	1	0,1%
LCD e Tentativa de Homicídio	1	0,1%
TOTAL	850	100%

Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO – 01/2004 a 10/2005.

Tipificamos os crimes de forma separada na tabela acima, a fim de demonstrar que a classificação dos crimes no ato da denúncia não é feita de forma a relatar o que realmente consta no histórico. Se a leitura não tivesse sido feita e a análise fosse baseada em dados brutos, perderíamos 126 crimes - ou 15% do total analisado - gerando assim grande diferenciação nas futuras reflexões acerca da violência contra a mulher na cidade de Marília. Porém, os dados apresentados na Tabela 6 representam a soma das Tabelas 4 e 5, ou seja, o total de crimes analisados nesta pesquisa (850 ocorrências).

Tabela 7 – Distribuição de Crimes Agrupados por Violência Sofrida

Tipificação dos Crimes	Números de crimes	%
Violência Física	433	51%
Violência Psicológica	283	33%
Violência Moral	79	9,5%
Violência Psicológica e Moral⁹⁹	34	4%
Violência Sexual	21	2,5%
TOTAL	850	100%

Fonte: Delegacias de Polícia de Marília e Banco de Dados do Projeto GUTO – 01/2004 a 10/2005.

A análise dos crimes foi dividida em categorias. Nela diferenciamos-os pela violência praticada particularmente em cada um ¹⁰⁰, com base em suas definições na Legislação Brasileira, segundo a Lei Maria da Penha – Lei 11.340, sancionada no dia 7 de agosto de 2006. Regulamentaram-se como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher: *violência física*, *violência psicológica*, *violência sexual*, *violência patrimonial* e *violência moral*. Assim dividimos em *violência física*: crimes de lesão corporal dolosa e tentativa de homicídio¹⁰¹; *violência psicológica*: crime de ameaça; *violência moral*: crime de injúria; *violência sexual*: crimes de atentado violento ao pudor e estupro. Nesta pesquisa não encontramos crimes designados como *violência patrimonial*.

Como violência física podemos considerar ações como: “tapas, empurrões, chutes, bofetadas, puxões de cabelo, beliscões, mordidas, queimaduras, tentativas de asfixia, ameaça com faca, tentativa de homicídio” (SCHRAIBER, 2005, p.38). Segundo a Lei Maria da Penha, violência física pode ser entendida qualquer conduta que ofenda sua integridade ou a saúde corporal ¹⁰².

A violência física foi a que mais atingiu a mulher mariliense, com 51% do total de crimes. Os dados da cidade de Marília confirmam a Pesquisa de Opinião Pública Nacional – “Pesquisa sobre Violência Doméstica contra a Mulher”, coordenada pelo DataSenado (Serviço de Pesquisa e Opinião) em 2007 ¹⁰³, pela qual se detectou que 59% das

⁹⁹ Em 34 boletins de ocorrência designou-se o crime como “ameaça e injúria”, por isso aglutinamos as duas violências, sendo estas analisadas conjuntamente.

¹⁰⁰ BRASIL. Presidência da República. Lei n°. 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 18 de Junho de 2007.

¹⁰¹ Os crimes que contiverem mais de uma especificação, por exemplo: “lesão corporal dolosa e ameaça” ou “lesão corporal e injúria”, foram analisados como violência física, pois a agressão física foi efetuada.

¹⁰² BRASIL. Presidência da República. Lei n°. 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 18 de Junho de 2007.

¹⁰³ Pesquisa DataSenado – SECS 2007. Foram realizadas 797 entrevistas, por telefone, com mulheres maiores de 16 anos, em todas as capitais brasileiras de acordo com o sistema de cotas proporcionais obedecendo a

mulheres entrevistadas sofreram violência física. Em Pernambuco, no ano de 2006, entre os meses de janeiro e maio, 120 mulheres foram assassinadas¹⁰⁴; já em 2007, do mês de janeiro a junho, já haviam morrido 135 mulheres, quase uma morte por dia¹⁰⁵. Segundo o Coletivo de Mulheres Rosa Luxemburgo do Partido da Causa Operária, o governo do Estado não tem o mínimo interesse em investigar estas mortes. Já a violência psicológica, segundo a Lei 11.340,¹⁰⁶ é:

qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, Presidência da República, Lei nº. 11.340, 2006).

Enquadra-se a violência moral “como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria”¹⁰⁷. A violência simbólica é institucionalizada através de incorporações de naturalização das ações entre dominantes e dominados. “O poder simbólico não pode se exercer sem a colaboração dos que lhe são subordinados e que só se subordinam a ele porque o constroem como poder” (BOURDIEU, 1999, p. 52). Segundo Gregori (1993, p.131), “a violência mantém a relação de mando e a sujeição, e o faz mediante um processo de interiorização pela parte dominada das vontades e ações da parte dominante”.

Consideramos de extrema importância a criminalização de atos como “ameaça” e “injúria”, pois estas violências simbólicas estão significativamente presentes nos dados analisados. Os “crimes simbólicos” – aqueles que ocorrem sem deixar marcas físicas, mas deixam provavelmente seqüelas na saúde da mulher, correspondem a 46,5% do total dos

quantidade de mulheres residentes em cada capital, no período de 1 a 15 de fevereiro de 2007. A margem de erro é de 3,5% para mais ou para menos e o intervalo de confiança estimado é de 95%. SENADO FEDERAL. Pesquisa de Opinião Pública Nacional. Pesquisa sobre Violência Doméstica sobre a Mulher. Disponível em <http://ouvidoria.petrobras.com.br/objects/files/2007-03/504_Relat%C3%B3rio%20anal%C3%ADtico%20Viol%C3%Aancia%20Dom%C3%A9stica.pdf>. Acesso em 15 de Julho de 2007.

¹⁰⁴ Coletivo de Mulheres Rosa Luxemburgo do Partido da Causa Operária. “Já são 120 o número de mulheres mortas desde o início do ano”. Disponível em: <http://www.pco.org.br/conoticias/mulheres_2006/3mai_violencia_pe.htm>. Acesso em 10 de Janeiro de 2007.

¹⁰⁵ Coletivo de Mulheres Rosa Luxemburgo do Partido da Causa Operária. “Já são 135 mortes de mulheres em Pernambuco”. Disponível em: <<http://www.pco.org.br/mulheres/index.html>>. Acesso em 10 de Janeiro de 2008.

¹⁰⁶ BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 18 de Junho de 2007.

¹⁰⁷ BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 18 de Junho de 2007.

crimes. Estes acontecimentos fazem parte das “pequenas mortes cotidianas”, provenientes da violência simbólica a que mulheres são submetidas diariamente (PITANGUY, 2003, p. 41).

Como a violência sexual, Schraiber (2005, p. 38) considera: “expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa, toques e carícias não desejados, exibicionismo e voyerismo, prostituição forçada, participação forçada em pornografia, relações sexuais forçadas (coerção física ou por medo do que venha a ocorrer)”. Já a Lei Maria da Penha¹⁰⁸ apresenta como esse tipo de violência:

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;

Este tipo de violência foi a menor encontrada entre as mulheres marilienses, com 2,5% do total dos crimes. O presente estudo vem corroborar outros realizados em âmbito nacional acerca da violência contra a mulher. No estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), apenas 10% das vítimas de violência sexual vão à polícia prestar queixa¹⁰⁹. Segundo dados da pesquisa citada anteriormente, coordenada pelo DataSenado, a violência sexual ocupa o menor índice: 5%. Os pesquisadores da UNIFESP concluíram que o baixo nível de denúncia de crimes sexuais se deve ao fato da mulher não ter conhecimento de delegacias especializadas e pelo receio de ser humilhada e mal-tratada pelas autoridades policiais. E ainda, segundo Vaz¹¹⁰ o abuso sexual “consiste no mais difícil tipo de violência a ser identificado e admitido”.

¹⁰⁸ BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 18 de Junho de 2007.

¹⁰⁹ Esta pesquisa foi realizada através dos prontuários de saúde em três hospitais de referência na capital paulista entre 1998 e 2003. Causa Operária On-line. Disponível em <http://www.pco.org.br/conoticias/mulheres_2005/23jun_violencia.htm>. Acesso em 15 de Agosto de 2007.

¹¹⁰VAZ, Marlene. Abuso Sexual. Disponível em <http://www.cedeca.org.br/PDF/abuso_sexual_marlene_vaz.pdf>. Acesso em 03 de Julho de 2007.

CAPÍTULO IV

MARÍLIA: OS PROFISSIONAIS DE

SAÚDE

4.1 A SAÚDE DA MULHER E O ENFOQUE DA VIOLÊNCIA NA CIDADE DE MARÍLIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Marília – SP foi criada em 1983, com o surgimento de muitos postos de saúde nas periferias, culminando com a descentralização da rede básica de saúde (ROJAS, 2001). Nesse período, no setor público de saúde predominou o modelo assistencial centrado na ação médica, no qual as unidades de saúde eram desarticuladas entre si, como ressalta Rojas:

A estrutura da rede primária e secundária não permitia a credibilidade por parte dos usuários e, ao mesmo tempo, seu recurso humano sentia-se desmotivado, para um trabalho de rotinas desgastantes e desvalorizadas tanto pela comunidade, como por seus pares e pela estrutura administrativa (...) O sistema de saúde do município de Marília/SP foi organizado ao longo dos anos, segundo a lógica do modelo biomédico: expansão da rede física, incorporação da tecnologia e atenção médica dirigida exclusivamente para a anormalidade biológica (ROJAS, 2001, p. 35; 38).

No ano de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Marília possuía 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 7 Unidades de Saúde da Família (USF) (ROJAS, 2001). Já em 2006, o município de Marília contava com 12 Unidades Básicas de Saúde e 28 Unidades de Saúde da Família, sendo todas as Unidades de Saúde atendidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Pôde-se perceber um aumento de Unidades de Saúde da Família e uma diminuição das Unidades Básica de Saúde. Isto se deveu ao fato do modelo de atenção básica em saúde estar sendo reorientado no município, com vistas a uma transformação progressiva do modelo da Saúde da Família ¹¹¹, para atender ao Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família ¹¹². (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2006). A Secretaria Municipal de Saúde de Marília constitui as Unidades de Saúde (UBS/USF), para a sua área de abrangência:

¹¹¹ Sobre o conceito do modelo do Programa da Saúde da Família, ver págs. 45 e 46.

¹¹² “O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros”. O PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PROESF. Informe da Atenção Básica nº. 18, p.1. Disponível em:

<[http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20\(Programa\)_Outubro_2003.doc](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20(Programa)_Outubro_2003.doc)>. Acesso em 12 de Janeiro de 2008.

como maior porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, ficando claramente estabelecido que cada UBS/USF é responsável pelos riscos e agravos que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento. Fica sob sua responsabilidade a articulação com os diversos equipamentos sociais, tais como: escolas, creches, asilos, sociedades de amigos do bairro, grêmios recreativos, ambientes de trabalho, etc., que estejam localizadas em sua área de abrangência (bairro ou conjunto de bairros). É nelas que se dá o primeiro contato e onde se estabelece o maior vínculo de equipe de saúde com a população usuária do Sistema (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2006, p. 12).

Quanto à saúde da mulher, o Programa Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹¹³ foi implantado no município no 3º trimestre de 1986, através das ações programáticas que, segundo Rojas *apud* Tanaka¹¹⁴, se concentrou na assistência ao pré-natal e no controle e prevenção do câncer ginecológico (ROJAS, 2001). E ainda, “particularmente, em relação à mulher, a assistência à saúde, fragmentou-se ainda mais, priorizando a atenção à gestação” (ROJAS, 2001, p. 38). Desde 1999, Marília conta com um Hospital Materno Infantil, sendo referência na saúde da mulher e infantil¹¹⁵, vinculado à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)¹¹⁶.

Até o ano de 2003, a saúde da mulher era contemplada pelo “Programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino e de Mama”. Porém a partir de 2004, a assistência à saúde da mulher amplia-se no município, tendo um programa específico, designado como “Programa Municipal de Saúde da Mulher”, que analisa separadamente as múltiplas faces da saúde da mulher: pré-natal e atenção ao parto; características da população feminina; perfil da mortalidade feminina; prevenção do câncer ginecológico e mamário; prevenção do câncer de colo uterino¹¹⁷.

¹¹³ Programa este já discutido na pág. 49.

¹¹⁴ TANAKA, A.Y., SOUZA, E.C., JACOB, E., GURGEL, J. de A.H., REZENDE, K.T.A., MOREIRA, M., ROJAS, S.H.C.C., FERNANDES, S.F., BATISTA, W., RIBEIRO, Z.M.T. Municipalização. Marília, 1987. 78p. (Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Marília).

¹¹⁵ Segundo a Câmara Municipal de Marília, o Hospital Materno Infantil é referência na região, pois atende mais de 50 mil crianças por ano, além de prestar atendimento a 62 cidades da região. Em novembro de 2007 o Hospital recebeu uma doação a qual será revertida para a construção de uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Disponível em: <http://www.camar.sp.gov.br/noticias.php?id1=1216&oper=noticias>. Acesso em 30 de Janeiro de 2007.

¹¹⁶ FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FAMEMA). HC II – Unidade Materno-Infantil. Disponível em: < <http://www.famema.br/hc/hmi.html> >. Acesso em 15 de Junho de 2007.

¹¹⁷ Análises realizadas a partir dos Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Marília, referentes aos anos de 1999, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2006.

Segundo as coordenadoras do Programa Municipal da Saúde da Mulher de Marília, Dra. Silvia Helena de Cerqueira César e Dra. Selma Regina Miranda Pereira, o tema da violência contra a mulher foi inserido no sistema de saúde mariliense, entre os anos de 2001 e 2002, quando houve a elaboração do programa “Mulher, Violência e Saúde”, organizado pela Dra. Silvia Helena de Cerqueira César Rojas e revisado pela Dra. Lidimar Rodrigues de Souza. No entanto, este não foi citado em nenhum dos Relatórios de Gestão da Secretaria no que diz respeito à saúde da mulher ¹¹⁸. Ao ser indagada acerca da existência de um enfoque à saúde da mulher negra, uma das coordenadoras do Programa Municipal de Saúde da Mulher, deu resposta negativa, e enfatizou:

O que eu queria colocar é que todas as nossas ações na saúde da mulher não são voltadas pra grupos específicos, o nosso olhar tem que ser universal. Então, porque eu ter uma política voltada pra mulher negra, pode até assim, priorizar algum enfoque, algum problema de saúde. Agora assim, pré-natal - ele é universal, câncer de colo do útero - ele é universal, atenção à patologia mamária - é universal, quer dizer, são todas as mulheres, aqui nós não discriminamos (Silvia Helena de Cerqueira César Rojas, Coordenadora do Programa Municipal da Saúde da Mulher em Marília).

Como foi mencionado anteriormente no Capítulo II, diversos debates têm sido travados acerca da dificuldade de inserir o recorte étnico – racial nas políticas de saúde. Apesar de medidas já terem sido tomadas em que destaca a importância do recorte étnico – racial no cuidado da saúde da mulher, constatamos que em Marília esta medida é inexistente. Porém, a justificativa por não se realizar qualquer ação com viés étnico/racial na Secretaria Municipal de Saúde de Marília, por meio do Programa Municipal de Saúde da Mulher, firmase na “universalidade” da mulher, enquanto o Ministério da Saúde se compromete, em 2003, em “determinar a contratação de uma representante do movimento negro para assessorar a inclusão das questões relacionadas à população negra, nas ações da saúde da mulher” (OLIVEIRA, 2004, p. 49). Infelizmente esta contratação não se efetivou na região de Marília.

A cidade de Marília é contemplada com discussões acerca da violência contra a mulher desde 1990, através da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher de Marília (DDM), contando com a parceria das universidades, secretarias municipais, hospitais, ONG's e conselhos municipais. No ano de 2000 foi criado, por esta Delegacia, o Núcleo de Atendimento Multidisciplinar (NAM), no intuito de proporcionar meios para a implementação de uma rede de trabalho voltado à prevenção da violência contra a mulher em

¹¹⁸ Foram analisados os Relatórios de Gestão referentes aos anos de 1999, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2006.

diversos setores e segmentos. Assim, a “Rede Mulher de Marília” foi criada em 25 de novembro de 2005, tendo como uma de suas parceiras a Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Esta Rede conta atualmente “com 31 entidades interligadas, das áreas de segurança, saúde, assistência social e consultoria jurídica, que prestam serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica de forma integrada”¹¹⁹.

Esta Rede tem por objetivo, segundo Cássia Marina Giandon Silva, articuladora da Rede Mulher, fortalecer os serviços de atendimento às vítimas de violência, a fim de proporcionar a diferentes profissionais “uma escuta competente e afetiva, buscando a humanização do atendimento e a eficácia da intervenção junto aos conflitos intra-familiares através da mediação” (SILVA, 2007, p.2). Sem grandes surpresas, constatamos que o recorte étnico – racial também não é incluído nas propostas da Rede Mulher de Marília.

A Rede Mulher proporcionou, em 2006, um Ciclo de Conferências, “objetivando uma nova visão através de experiências de sucesso na resolução dos problemas relativos à violência doméstica; como também, adequar essas experiências a nossa realidade de forma a fortalecer os serviços pertencentes à Rede”¹²⁰. Este ciclo contou com quatro conferências: Área Jurídica; Área de Saúde; Área Psicossocial; Área Acessoria, Consultoria, Pesquisa, contemplando, assim, também a área da saúde.

Por serem realizadas, desde a década de 90, ações em diversas áreas relacionadas à prevenção da violência contra a mulher, a cidade de Marília é tida como uma referência. A Rede Mulher de Marília “é referência no Estado de São Paulo” no que diz respeito a serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência contra a mulher¹²¹. Mas será verdade? Podemos afirmar e reconhecer o município de Marília como modelo para outras regiões?

E é exatamente este o objetivo deste trabalho: verificar especificamente a saúde pública da cidade de Marília e o viés da violência contra a mulher. Esta análise será realizada pela percepção de profissionais atuantes na rede de atenção básica de saúde (UBS e USF), situadas em regiões onde os índices destas violências são mais expressivos.

¹¹⁹ COMITÊ GESTOR DE SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA. Rede Mulher de Marília. Histórico. Disponível em: < http://www.mariliasegura.com.br/Rede%20Mulher/rede_mulher_historico.php >. Acesso em 14 de Maio de 2006.

¹²⁰ COMITÊ GESTOR DE SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA. Rede Mulher de Marília – I Ciclo de Conferências. Disponível em: < http://www.mariliasegura.com.br/ciclo_mulher.php >. Acesso em 14 de Maio de 2006.

¹²¹ REDE MULHER DE MARÍLIA: serviços de atendimento às mulheres. Folheto explicativo sobre a Rede Mulher e seus serviços. Publicado em 2005, p. 1.

4.2 A PESQUISA DE CAMPO: OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Conforme salientado anteriormente, esta parte da pesquisa teve como objetivo analisar o conhecimento e o envolvimento dos profissionais de saúde, atuantes nas Unidades de Saúde (UBS e USF), com o problema da violência contra a mulher ¹²².

A formação dos profissionais de saúde no Brasil requer com urgência uma reforma na educação que, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) ¹²³, deve ser expressa no:

atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Deve expressar ainda a produção de conhecimento e promoção de avanços nos campos científico, tecnológico e cultural e prestação de serviços, principalmente de cooperação e assessoramento técnicos, de retaguarda e avaliação tecnológica e de documentação e disseminação dos saberes produzidos nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Para Luiz Meira e José Pinotti (1988) compete ao sistema educacional:

permitir que o indivíduo aprenda uma linguagem comum, social (...) o aluno deve ser iniciado em todos os níveis do sistema de saúde, primeiramente exercendo procedimentos simples e avaliando as ações desenvolvidas no sistema como um todo e, posteriormente, executando assistência individual em níveis de complexidade progressiva (MEIRA, PINOTTI, 1988, p. 26-27).

Uma pesquisa brasileira divulgada em agosto de 2007, coordenada por Edinilsa Ramos, do Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde (CLAVES – da Fundação Oswaldo Cruz) ¹²⁴, teve por objetivo avaliar com base em um questionário proposto a 90 docentes, com a inclusão do tema da violência nos currículos, e concluiu:

¹²² Constatamos uma diferenciação na estrutura das Unidades de Saúde da Família (USF) para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nas USF só há um médico atuando, sendo este o “médico (a) da saúde da família”. Já nas UBS há divisões por especialidades, podendo a mulher ser atendida por ginecologistas ou clínicos gerais. Assim, entrevistamos, entre os médicos (as): três médicos ginecologistas, três médicos da saúde da família, duas médicas da saúde da família e um médico clínico geral. Foram entrevistadas ainda dez enfermeiras e três psicólogas. O nome das Unidades de Saúde não foi citado para a preservação dos profissionais que nelas trabalham, e os nomes dos profissionais foram trocados por pseudônimos para a preservação de suas identidades.

¹²³ CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. A four-way approach to training in the health field: teaching, management, care, and social control. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.14,n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de Janeiro de 2008.

¹²⁴ CASTRO, Fábio. Violência fora dos currículos. Agência FAPESP. Disponível em: <http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?id=7604>. Acesso em 13 de Abril de 2007.

nos cursos de medicina, 23% das disciplinas abordam a violência. O tema apareceu em 16,3% das disciplinas de enfermagem. Na maior parte dos casos, a abordagem era feita de forma correlata. É uma porcentagem muito baixa, que mostra a ausência do tema na formação desses profissionais (CASTRO, 2007).

Segundo Fátima Oliveira (2004), a maioria das escolas de saúde do Brasil não inclui em suas grades curriculares o tema da violência doméstica e algumas, no máximo, oferecem cursos de extensão. O mesmo ocorre na França, pois, segundo os médicos Cécile Morvant, Gilles Lazimi e Emmanuelle Piet (2007)¹²⁵, a questão da violência contra a mulher não é abordada em seus cursos de formação, sendo primordial a sensibilização e a formação dos profissionais de saúde, os quais não têm consciência da amplitude do problema da violência. Muitos profissionais de saúde não recebem nenhuma formação ao longo de seus estudos, nem sabem como abordar o problema e como proceder, caso consigam identificá-lo. Com isso, as violências crescem e se agravam. Para esses médicos, os profissionais de saúde:

não concebem ou imaginam que a violência ocorre em um terço dos pacientes que vêm se consultar. Eles não compreendem que as violências se manifestam em qualquer meio, não importando a idade, raça, grau de instrução, religião, estado civil, e situação econômica (MORVANT, LAZIMI, PIET, 2007).

Já para Jaques Lebas (2001):

A maioria dos profissionais de saúde na França não recebem formação universitária e pós – universitária sobre o tema da violência contra a mulher, e ainda os cursos de intervenção médica se medicina se limitam no ensino de tratamentos de lesões traumáticas e prescrições médicas (LEBAS, 2001, p.10)¹²⁶.

¹²⁵ O manifesto “Os profissionais de saúde e o seu papel na luta contra a violência contra a mulher: uma urgência da saúde pública” foi publicado no dia 8 de março de 2007 por cinco médicos franceses no intuito de sensibilizar os profissionais de saúde no acompanhamento e rastreamento de casos de mulheres vítimas de violência. Dr. Cécile Morvant, médico hospitalar do serviço de urgência; Dr. Gilles Lazimi, clínico geral; Dr. Emmanuelle Piet, médico de proteção maternal e infantil; Dr. Gerard Lopez, psiquiatra; e Dr. Laure Vanwassenhove, clínico geral. Tradução minha. Disponível em: <http://www.violences.fr/Actualités/Manifestedu8mars/tabid/94/Default.aspx>. Acesso em 03 de Setembro de 2007.

¹²⁶ LEBAS, Jacques. *Saúde e Violência Conjugal: quais as metas dos profissionais de saúde?* ADSP, nº 36. Tradução minha. Título original: Santé et violence conjugale: quels enjeux pour les professionnels de santé?. Disponível em: < <http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-36/ad360910.pdf> >. Acesso em 01 de Setembro de 2007.

A análise do período de formação dos profissionais de saúde se justifica com o fim de descobrir se o tema “violência contra a mulher” foi abordado de alguma forma, de modo a capacitar o profissional, em sua formação acadêmica, a diagnosticar ou obter subsídios acerca das atitudes ou dos procedimentos adequados ao se deparar com problemas relacionados com a violência.

Quando indagados, 11 profissionais de saúde responderam que havia sido abordado o tema no período de sua formação acadêmica; 8 profissionais responderam que o tema não tinha sido abordado no período de sua formação acadêmica; e 3 profissionais não se lembraram. Porém, os depoimentos dos profissionais, que relataram que o tema da violência contra a mulher fora de alguma forma abordado no período de sua formação acadêmica, enfatizaram uma abordagem realizada não de forma específica, mas de uma forma vaga, superficial, simplificada, não aprofundada. Segue o depoimento da psicóloga Fernanda:

Foi. Não de forma curricular, de forma opcional. A partir do quarto ano do meu curso a gente faz opção por estágio, e eu particularmente tinha feito essa opção, participei de um projeto de pesquisa tb, tudo extra curricular, além dessa possibilidade de ser extra curricular, na minha faculdade eram desenvolvidos vários projetos no tema. Minha faculdade durou 5 anos, nesse tempo eu passei por 2 ou 3 congressos que abordavam o tema (Fernanda, psicóloga, 26 anos).

No caso de Fernanda, o envolvimento com o problema da violência contra a mulher foi uma opção particular; não que o tema tenha sido abordado na grade curricular, mas através de opção de estágio. Assim, nem todos os profissionais dessa turma saíram capacitados ou sensibilizados a um olhar específico na abordagem da violência contra a mulher. Sendo assim, é imprescindível que este tema componha as grades curriculares dos cursos de formação de profissionais de saúde, sejam estes de formação em Medicina, Enfermagem ou Psicologia. Pois só dessa forma, tabus em torno deste tema tão delicado e complexo poderão ser desmistificados no preparo de profissionais aptos a desenvolver um olhar mais sensível no diagnóstico de casos que tenham a violência como agravo na saúde da mulher.

As Pesquisas e as ações realizadas em Marília

Ao serem indagados se tinham conhecimento de pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde sobre o tema violência contra a mulher, foram 18 os profissionais de saúde que responderam ignorarem a existência de tais pesquisas; apenas 4 afirmaram conhecer alguma pesquisa ou ação.

Segundo o Diário Oficial da União¹²⁷, em maio de 2004 pela portaria nº. 936, se estruturou no Brasil a “Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde” e a “Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios”, sendo esta implementada em virtude da Portaria nº. 737/GM de 16 de maio de 2001 que definiu a Política Nacional da Redução da Morbidade por Acidentes e Violências.

Um dos objetivos da “Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde” de 2004 está disposto no Art. 4º item g: “qualificar a gestão do SUS para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde”. Infelizmente isso não ocorreu nem vem ocorrendo especificamente na cidade de Marília através do Ministério da Saúde.

O NEPAV – Núcleo de Estudos e Programas para os acidentes e violências da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal - publicou em dezembro de 2006 uma coletânea de artigos sobre diversos tipos de violências enfrentadas no sistema público do Distrito Federal: “Enfrentando a violência na rede de saúde pública do Distrito Federal”. Segundo o site Rede Paz Brasil¹²⁸, o NEPAV é dos grupos que integram o Plano Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. No entanto, apesar desta publicação ter como parceira o Ministério de Saúde, não foi citada em nenhum relato dos profissionais na cidade de Marília.

Em agosto de 2007 foi publicado em Brasília-DF um módulo de auto-aprendizagem: “Mulher Adolescente/Jovem em situação de violência: propostas de intervenção para o setor de saúde”, apresentadas no II Seminário Nacional de Prevenção à Violência contra a Mulher Jovem/Adolescente. Até o mês de outubro, quando realizamos as últimas entrevistas, este módulo não havia sido apresentado à Secretaria Municipal da cidade de Marília, bem como às Unidades entrevistadas.

¹²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Diário Oficial da União. Portaria nº 936, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>>. Acesso em 02 de Junho de 2007.

¹²⁸ REDE PAZ BRASIL. Disponível em: <<http://www.redepazbrasil.ufms.br/default.php?pag=noticia&id=71>>. Acesso em 15 de Junho de 2007.

Em nenhuma entrevista foi citada com precisão alguma pesquisa, uma ação promovida pelo Ministério da Saúde ou a ele ligado. Os 4 profissionais que afirmaram conhecer ações ligadas ao Ministério da Saúde não souberam de nenhuma pesquisa ou ação. Como se pode perceber, muitas são as produções e articulações para que a violência seja enfrentada no sistema público de saúde brasileiro. Mas infelizmente estas medidas, ações e pesquisas não chegam até o profissional que trabalha cotidianamente na rede pública enfrentando as mais diversas situações; ou, melhor, muitas vezes não enfrenta por não estar preparado e apto a perceber sinais de violência na população atendida. Perdem-se muitas chances de realizar o combate e a prevenção da violência devido à falha de uma ação efetiva por parte dos que promovem tais medidas, leis e pesquisas. Há, ainda, a falha em articulá-las para o destino a que foram formuladas e pensadas – O Sistema Público de Saúde, através do Ministério da Saúde.

Todas as Unidades visitadas deveriam ter em mãos estas publicações, já que elas são vinculadas às propostas provenientes do governo: a primeira do Programa Nacional de Prevenção à Violência e a segunda da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - que contém medidas, dicas e formas de combater a violência no campo da saúde. A primeira publicação foi encontrada de forma completa e gratuita na *internet*. Este material, além de informar o profissional sobre as diversas maneiras como a violência contra mulher pode ser manifestada, contém dicas de como proceder em atendimentos relacionados a diversas violências.

Provavelmente a prevenção da violência estaria mais próxima efetivamente da realidade dos profissionais de saúde (nesta pesquisa dos profissionais de saúde atuantes nas regiões onde os índices de violência contra a mulher são mais expressivos), se ações inovadoras e ricas como esta publicação fossem viabilizadas pelos canais de prevenção à violência – os profissionais de saúde. Iniciativas como as relatadas acima são de extrema importância quando geridas por um órgão que possui poder e abrangência nacional - neste caso o Ministério da Saúde. Afinal, a disseminação de informações específicas para profissionais de uma área específica, da saúde pública, facilitaria a atuação na prevenção das diversas violências que acometem a mulher mariliense.

Quando indagados sobre se conhecem alguma pesquisa ou ação já realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília, 15 profissionais afirmaram conhecer algumas iniciativas relacionadas ao tema da violência contra a mulher, na maioria palestras ou distribuição de folhetos, não porém capacitações efetivas. Como podemos constatar nos depoimentos:

Também não. Já teve umas palestras aí, mas eu não sei se eu fui. Fiquei sabendo, faz tempo, mais de ano (Fábio, médico, 55 anos).

A gente recebe alguma cartinha, do disk denúncia, então, como fazer a denúncia. Mas uma capacitação... (Elenice, enfermeira, 37 anos).

Teve já, teve um programa eles distribuíram panfletos, foram nas Unidades falar sobre, mas eu acho que foi uma divulgação pequena (Fabiola, enfermeira, 24 anos).

Eu lembro que foi passado um folder faz um mês, dois meses, eu acho que a coisa nova que apareceu foi esse folder, eu até achei que fosse uma palestra, um curso, até eu fiquei muito interessada, aí eu vi o folder e disse: já é uma iniciativa, mas seria melhor ainda se tivesse algo mais (Débora, médica, 29 anos).

Já a Secretaria da Saúde da Mulher, órgão responsável por ações diretas à população feminina na Secretaria Municipal de Saúde, baseada em entrevista com suas coordenadoras municipais¹²⁹, afirma que todos os profissionais de saúde já foram capacitados para atuarem em questões referentes ao tema. Infelizmente esta não é a realidade constatada: apenas 10 profissionais dos 22 entrevistados já receberam da Secretaria Municipal de Saúde, alguma capacitação efetiva¹³⁰ que os orientasse a tratar exclusivamente dos aspectos da violência contra a mulher. Porém alguns citaram ações provenientes da Rede Mulher de Marília.

Vale ressaltar que um programa da Secretaria Municipal de Saúde, que trata especificamente da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, tem inserido alguns aspectos da violência contra a mulher em reuniões com profissionais de saúde de Marília. Mas, como foi ressaltado pela psicóloga Carolina, este tema não é tratado especificamente:

Olha a gente participou de um projeto há uns dois meses, uma capacitação sobre drogas, sexualidade e dentro dessa capacitação veio um grupo de uma instituição que lida com esse tipo de problema, de situação, de violência doméstica, principalmente com a mulher (ela estava se referindo ao Programa “Rede Mulher de Marília”). Tem até um programa desenvolvido dentro da secretaria, tudo, tem um local de atendimento. Eles têm, parece, advogados, eles têm toda uma equipe que dão assistência. E foi passado, a Lei da Maria da Penha e eles passaram todo programa pra gente, só que não é tão divulgado como deveria. Acredito que falta mais informação, porque foi divulgado num trabalho que se trabalhou prevenção de drogas e não especificamente sobre um trabalho para as mulheres. Realmente não há esse tipo de divulgação (Carolina, psicóloga, 29 anos).

¹²⁹ Roteiro de Entrevista com Coordenadoras do Programa Municipal de Saúde da Mulher, vide Anexo IV.

¹³⁰ Estas capacitações, segundo as coordenadoras, foram realizadas através de palestras com os profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde da cidade de Marília.

Segundo pesquisa acerca da Rede Mulher de Marília, Ana Maria Camporez (2007) constatou:

Na atenção primária, após o contato com diversos profissionais, constata-se que, mesmo existindo uma parceria com a Secretaria Municipal da Saúde com a Rede Mulher de Marília, ainda não há uma estrutura de atendimento em rede, visto que estes atendimentos realizados limitam-se a informações e encaminhamentos baseados na rotina do profissional, não ocorrendo nenhum registro dos encaminhamentos que possam ser vinculados com a Rede Mulher (CAMPOREZ, 2007, p. 191).

Com relação a isso, constatamos que muitos profissionais ainda se encontram despreparados para tratar do tema da violência com suas pacientes e muitos ainda se sentem inseguros em lidar com um assunto que envolve emoções e sentimentos provocados pela violência. A Secretaria de Saúde de Marília já possui esta preocupação, tem também o Programa “Rede Mulher”. No entanto, estas ações deveriam ser estruturadas e realizadas periodicamente, abrangendo todos os profissionais de saúde, principalmente na atenção básica à saúde. Pois, como foi constatado por Camporez (2007), a atenção básica não em pauta nas propostas da Secretaria de Saúde em parceria com a Rede Mulher.

E pelo que se constatou a enfermeira Jussara, quando indagada se conhecia alguma ação da Secretaria Municipal de Saúde, as ações que já foram realizadas se perderam pela falta de continuidade e pelo rodízio dos profissionais nas frentes de trabalho.

Já, já teve sim. Desde a época que entrei, que faz em torno de quase 2 anos, se, por exemplo, se tem uma capacitação que seja da secretaria municipal de saúde de Marília, e o esquema é abordado, depois fica talvez um bom tempo sem estar se falando. Só que assim, que acontece, o rodízio dos profissionais acaba sendo grande nesse ínterim. Aí você ouve da sua colega que já teve sobre isso, é aonde você vai à busca querendo saber pelo teu colega: “Opa! Já foi falado sobre isso, o que você tem de material, ou aonde a gente pode estar procurando”... entendeu... Agora, se tivesse uma continuidade, assim que a gente fala, periódica, seria mais interessante, especialmente para àquelas pessoas que entram, entendeu, que entram Eu sempre, às vezes falo, principalmente hoje eu sinto um contato mais presente com a comunidade muito mais diretamente. Como eu trabalhei muito tempo dentro do hospital, em alas específicas, não no pronto-atendimento, então, o olhar era diferente. Aí depois quando você cai na realidade da atenção básica, que aí você começa a ter esse olhar, e ver o quanto é importante essa inserção (Jussara, enfermeira, 40 anos).

Assim, além da complexidade do trabalhar, com um tema tão delicado, como a violência contra a mulher, as ações se frustram, em razão da esporadicidade com que são realizadas e do rodízio dos profissionais que atuam diretamente com a população. Foi exatamente o que a articuladora da Rede Mulher e Coordenadora do Núcleo de Apoio Multidisciplinar (NAM), da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher de Marília, Cássia Marina Silva, afirmou (em uma conversa informal conosco), a saber, que infelizmente algumas ações da Rede Mulher estão desarticuladas, fazendo com que projetos já realizados, como o Ciclo de Conferências, venham a perder a sua eficácia pela não-frequência dos debates, discussões e reflexões.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, tanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como as Unidades de Saúde da Família (PSF) têm autonomia para realizar ações que venham ao encontro das necessidades da população atendida. Porém, dezoito dos profissionais entrevistados, afirmaram nunca ter realizado qualquer ação referente à prevenção da violência contra a mulher nas Unidades de Saúde onde atuam. Duas entrevistadas citaram ações promovidas pelas políticas municipais, como a Secretaria Municipal de Saúde e a Rede Mulher. Segue o depoimento de Cristina:

Quando da criação, da implantação desse programa (Rede Mulher), a gente fez, fez uma divulgação, e procuramos levantar com os agentes comunitários em suas micro-áreas casos que eles conheciam, tentou estudar uma maneira de estar abordando, que às vezes nem sempre chega. A gente sabe mas ela não chega até a Unidade. Aí depois a gente já, na verdade, deu uma parada porque a gente conheceu os casos que existiam, tentamos intervir em alguns, alguns tiveram resultados, outros não né, mas a gente está sempre fazendo a vigilância, entre aspas, assim, um mapeamento das agentes comunitárias mesmo (Cristina, enfermeira, 33 anos).

Segundo a enfermeira, quando a Rede Mulher foi implantada na cidade de Marília, sua Unidade levantou dados referentes à violência contra a mulher, mapeando sua área de abrangência a partir de dados coletados pelas agentes comunitárias. Porém, Cristina enfatiza que a equipe “deu uma parada” em relação à discussão e levantamento sobre o tema e levantamento de dados relacionados a ele.

Foi essa, (se referindo a uma ação realizada em sua Unidade através da Secretaria Municipal de Saúde), que eles disseram que iam panfletar, mas eu nem vi as pessoas. Eu vi depois os cartazes colados mas acho que foi pequeno porque nem a gente teve contato com quem estava panfletando (Fabíola, enfermeira, 24 anos).

Os profissionais de saúde de sua Unidade não tiveram qualquer contato com quem estava prestando informações sobre o tema. Ainda segundo os Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, referentes à saúde da mulher, nenhuma ação foi relatada indicando qualquer iniciativa de prevenção à violência contra a mulher junto aos profissionais atuantes em sua Rede Básica de Saúde ¹³¹.

Carlos, médico da saúde da família, citou as iniciativas de sua própria equipe, realizadas de forma particular e independente da Secretaria Municipal de Saúde, destacando que a atividade se deu em parceria com a Delegacia de Política de Defesa da Mulher, mediada pela delegada Dra. Rossana Camacho ¹³². Ele afirmou:

Isso, nossa equipe que promoveu. Como a gente trabalha em equipe, a gente, eu, a enfermeira, a dentista, a gente tenta promover essa coisa da promoção da saúde, e trouxemos essa delegada da mulher, ela veio conversar com a nossa população, numa reunião de comunidade, passar as coisas, e tudo mais, e ela deixou claro pra gente que tinha isso aí. Mas eu acredito que este fomento, essa coisa do governamental poderia ser maior... (Carlos, médico, 38 anos).

Segundo a enfermeira Amanda, a discussão acerca da violência contra a mulher foi promovida na Campanha Mundial de Luta contra a Aids, na Terapia Comunitária e no planejamento familiar, não tendo sido realizado nenhum encontro específico para discutir a prevenção da violência contra a mulher:

Já, porque a gente faz grupos de planejamento familiar, DST, Papa – Nicolau, Laqueadura, Vasectomia, e a gente sempre aborda esse tipo de coisa. No dia Mundial da luta contra a AIDS, a gente aborda um pouco disso. E a gente começou um grupo de Terapia Comunitária e a gente fala um pouco disso (Amanda, enfermeira, 36 anos).

Problemas como hipertensão, diabetes, prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, dengue, entre outros, têm lugar privilegiado nas atividades realizadas nas Unidades, pois são tratados na sua maioria pelo Ministério da Saúde. Assim, podemos perceber que infelizmente o tema da violência contra a mulher é pouco abordado nas

¹³¹ Análises realizadas com base nos Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Marília, referentes aos anos de 1999, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2006.

¹³² Esta delegada é responsável por articular ações de prevenção à violência contra a mulher desde a década de 90, enfatizadas na pág. 90.

Unidades de Saúde. Enfatizamos, mais uma vez, a falta de articulação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de seu Programa Municipal de Saúde da Mulher, que não tem como foco a saúde da mulher relacionada aos agravos decorrentes da violência sofrida.

O Tema da Violência contra a Mulher...

Ao tentarmos conhecer a opinião dos entrevistados quanto a uma capacitação específica para fazer frente aos problemas relacionados à violência contra a mulher, procuramos verificar o interesse deles nessa questão. Dos 22 profissionais entrevistados 20, expressaram em seus depoimentos, a importância do profissional de saúde capacitar-se para enfrentar os problemas que a violência contra a mulher provocam.

Eu acho assim, que a gente precisa, porque enquanto eu estou aqui nesta unidade eu passei por duas situações que eu precisei atuar... Então eu acho assim, se a gente tivesse um preparo anterior, a gente saberia lidar melhor com a situação. Eu acho que precisa. A gente recebe folheto, ouve daqui e dali, mas é uma coisa que a gente lê, não te capacita em nada. É uma orientação muito breve (Elenice, enfermeira, 37 anos).

Entretanto, a enfermeira Amanda declarou que em relação à violência contra a mulher, à criança e ao idoso, já elaborou relatórios e os encaminhou à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal; mas ressaltou a falta de subsídios tanto aos profissionais de saúde quanto à comunidade de Marília que orientem e ajudem a atender a mulher que sofreu violência.

Eu acho que tinha que ser com mais frequência esse tema, porque o que a gente atende aqui, em relação às mulheres que procuram, são coisas absurdas. Tanto quanto a mulher quanto a criança menor. A gente faz a denuncia, conselho tutelar, delegacia... Às vezes eu faço um relatório e mando pra Saúde da Mulher da Secretaria, Saúde da Criança, do Idoso também, mas eu acho que teria que ser mais intenso essas palestras, tanto para o profissional quanto para a comunidade. As mulheres não denunciam a própria agressão que elas sofrem, têm medo, e vem pra Unidade achando que a unidade vai fazer isso, vai apoiar, vai dar proteção pra ela, é isso que a gente tenta fazer (Amanda, enfermeira, 36 anos).

Assim, percebemos que os profissionais de saúde acham importante receberem uma capacitação específica para enfrentar os problemas da violência contra a mulher, para saber como proceder diante de tais problemas, como abordá-los, onde procurar ajuda, se devem denunciar ou não à polícia, ou recorrer a uma Rede especializada. Assim, ao afirmarem a importância de uma capacitação específica, estão sugerindo que esta deve ser proporcionada pelos órgãos competentes. A pesquisa coordenada por Edinilsa Ramos¹³³, mostrou que os docentes entrevistados sentem a necessidade de uma capacitação específica para tratar com a violência: “é coerente que eles se sintam assim, uma vez que não tiveram capacitação para trabalhar com o tema” (CASTRO, 2007). Porém, 2 profissionais acrescentaram que esta capacitação seria necessária em certas áreas de atuação do médico. O depoimento de Fábio, médico ginecologista, relacionou a questão acerca da violência contra mulher, à violência sexual; ou seja, descartou as outras formas de violência e, enfatizando que é a área de sexologia que deveria dar conta do recado, acrescentou que o tema deve interessar somente a profissionais que tenham escolhido esta área de atuação:

Existem áreas específicas. Dentro da sexologia, hoje o pessoal deve saber, depende da área do profissional. Dentro da ginecologia tem um tratamento pra isso, lógico, depende se você segue uma área ligada à sexologia, que está ligada à violência sexual (Fábio, médico, 46 anos).

Eu acho assim, é importante trabalhar na graduação e sensibilizar a pessoa, o profissional, no caso o médico, sensibilizá-lo para isso. Porém a impressão que eu tenho é que a capacitação ou o conhecimento ele teria sentido na hora que você tivesse atendendo pessoas que são violentadas, porque aprender uma coisa antes que ela aconteça na sua vida não tem significado, é um aprendizado que está descolado do que você vive e o nosso cérebro esta treinado a guardar, entender coisas que a gente vive, porque o adulto aprende assim. Então na minha opinião é importante que a capacitação ocorra no momento em que o profissional vive a situação. Se ele esta trabalhando numa área que ele não vive violência, porque médico tem em todo canto e em toda sociedade, vai ter profissional, como o oftalmologista, por exemplo, que trabalha dentro de um consultório raramente vai ter contato com pessoas violentadas, ou vai ser procurado por essa situação. Então pra ele não vai fazer sentido. Agora um profissional que trabalha como eu trabalho aqui no Programa num ambiente interligado, um ambiente que aparece de tudo, e de tudo o que é comum, aqui faz muito sentido ser capacitado. Eu acho isso (Clara, médica, 29 anos).

¹³³ CASTRO, Fábio. Violência fora dos currículos. Agência FAPESP. Disponível em: < http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?id=7604 >. Acesso em 13 de Abril de 2007.

Clara, médica da saúde da família, não acredita em um aprendizado integral antes da real necessidade, mas em um conhecimento impulsionado pela necessidade de saber. Para ela, o profissional de saúde deveria ser sensibilizado a um olhar específico sobre a violência contra a mulher somente quando se deparasse com um caso em que precisasse atuar. Assim, enfatiza que os profissionais da rede básica de saúde deveriam estar sendo sensibilizados, pois atuam diretamente com agravos decorrentes da violência em suas populações.

Já Ricardo, médico da saúde da família, discorda de uma atuação específica em problemas de violência contra mulher, enfatizando que o profissional, nos dias atuais, deve estar preparado a realizar atendimentos decorrentes não apenas em casos de violência contra a mulher, mas também em casos de violência que acomete outros grupos, como as crianças e idosos:

Eu acho que atualmente a gente vive numa sociedade extremamente machista, então ficou muito a temática da violência contra a mulher. Mas eu de certa forma discordo. Eu acho que hoje em dia o profissional hoje tem que estar habilitado para investigar diversos tipos de violência, violência contra a mulher, violência contra o idoso, infantil, e acho que a melhor forma de você estar percebendo isso é através de um bom exame físico e através de uma boa história (Ricardo, médico, 30 anos).

As Políticas Públicas e o cotidiano do profissional de saúde

Dos profissionais entrevistados, 18 declararam que faltam políticas articuladas que os auxiliem a enfrentar a violência contra a mulher. Segundo Débora, médica da saúde da família, políticas públicas de saúde dirigidas ao atendimento em casos de violência contra a mulher são inexistentes na cidade de Marília. Ela afirma que nunca foi capacitada para isso e o tema não foi discutido enquanto atuava como profissional de saúde:

Muito ruim, muito ruim, eu acho que não existe o reforço desta orientação, porque você não vê muito, coisas que são tabus, que nem violência, se você não fizer uma pesquisa ativa, uma busca ativa você não descobre, mesmo a questão do abuso sexual ou outra forma de violência, se você não for lembrado disso, se você não tiver isso introjetado, você fica perdido. Você lida com muitas coisas, a hora que o médico introjetar a necessidade disso aí fica mais fácil, mas como não houve um treinamento, uma conscientização acaba não sendo diagnosticada (Débora, médica, 29 anos).

Percebemos que não houve preocupação com capacitação efetiva dos profissionais de saúde em Marília. Contudo, para Clara, não há precisamente falta de informação, há certamente informação, porém, teórica a respeito dos diferentes tipos de violências que acometem as mulheres. Presume-se que os médicos e médicas estejam cientes desses conceitos. Mas ressalta que é necessário que o médico se sensibilize ao perceber seu papel de agente de prevenção à violência, preocupando-se com a saúde integral da população atendida, não tratando somente da saúde física de seus pacientes, mas promovendo-os também humanamente e socialmente. A seguir seu depoimento:

Sim, eu acho, porque é um assunto difícil, tem a ver com a visão do médico, do papel dele, mexe até com coisas mais profundas, porque o médico sabe o que é violência sexual, violência física, qualquer tipo de violência contra a mulher, ele sabe o que é. Não sei se falta informação, mas falta ele saber que é papel dele promover saúde neste sentido, então ele acha que é coisa de psicólogo, “isso é social, isso é psicológico, eu sou o biológico, eu trato doença, se ela chegar toda cortada a gente sutura”. eu acho que tem a ver mais com a visão do que com o conhecimento. Eu acho que o médico sabe o que é, mas ele não identifica porque não acha que é o seu papel ficar perguntando coisas da família (Clara, médica, 29 anos).

Maria Herminda Carbone (2000)¹³⁴ afirma:

apenas a atenção médica individual, de um ponto de vista biologicista, não conseguirá atender as necessidades de saúde de uma população. Ela é apenas uma parte do cuidado em saúde, conceito que é muito mais amplo e não aceita o recorte excludente da medicalização do social. É um olhar reducionista aquele em que uma problemática basicamente social é vista como apenas biológica e restrita a atos médicos (CARBONE, 2000, s.p.).

Assim, como referimos anteriormente, 15 dos profissionais entrevistados já conheciam alguma ação ou pesquisa municipal sobre o tema da violência contra a mulher, e 20 ressaltaram a importância de serem capacitados. No entanto, 18 destes profissionais ainda afirmam a falta de políticas articuladas que os auxiliem quanto a conhecer o tema da violência

¹³⁴ CARBONE, Maria Herminda. Tísica e rua: os dados de vida e seu jogo. Trabalho de Conclusão de Mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00000401&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de Janeiro de 2008.

contra a mulher, sua complexidade e tabus, e a enfrentar os problemas relacionados à violência.

Os Atendimentos de Saúde às Vítimas de Violência...

Como já foi abordado, a violência contra a população feminina tem sido naturalizada através de práticas sociais e médicas, tendo em razão disso, transformado, a mulher em alvo primordial de ações violentas, perpetradas por companheiros, entes da família, amigos, vizinhos, etc. Dinalva Menezes Tavares (2000) afirmou que a mulher é a maior usuária do sistema de saúde brasileiro. Partindo dessa afirmação acreditamos que em sua vida ela passe por ciclos violentos que podem ser prevenidos por ocasião dos à sua saúde. Esta pesquisa os profissionais de saúde foram indagados se tais violências já foram explicitadas ou mesmo se, implicitamente, a mulher conseguiu verbalizar a violência sofrida.

Ao serem perguntados se a violência já foi explicitada, 17 profissionais disseram nunca terem atendido uma mulher cujos problemas de saúde tenham sido ocasionados por violência. Já quando indagados se, em conversas ou investigando a história das mulheres, ou ainda, examinando suas queixas e dores, perceberam algum sinal de violência, 16 deles relataram que a violência tem sido um agravante dos problemas de saúde da mulher. Assim, a constatação de Lilia Blima Schraiber (2005) ao afirmar que dificilmente a mulher procura os serviços de saúde devido à violência sofrida é confirmada.

Então, é certo que quando os profissionais procuraram conhecer a história de vida da mulher, eles vêem aflorar processos de violência. Isso foi reiterado pelo depoimento da psicóloga Fernanda:

Elas não manifestam a violência, não vem verbalizado de forma clara, só que no decorrer dos atendimentos eu consigo perceber que tem situações de violência, até muito, principalmente violência psicológica, na forma de coação. A maioria dessa população é casada ou tem companheiro, então elas vivem ali, a violência dentro de casa. Tem violência física, mas a maior parte é psicológica mesmo, violência sexual também aparece em alguns casos, mas elas não me procuram porque sofreu violência, isso vem disfarçado. Mesmo as que vêm com fratura não se queixaram disso, mas ai no decorrer dos atendimentos elas conseguem, eu acho que com um pouco mais, de até a afinidade comigo, ali no trabalho profissional, elas conseguem verbalizar (Fernanda, psicóloga, 26 anos).

Marcadas por um processo de inferioridade tanto na sua vida social quanto na familiar, a mulher, na maioria das vezes, não consegue explicitar a violência sofrida e lutar contra ela. A violência vem escondida atrás de doenças diversas. Falar da violência também dói. Falar do sofrimento causado por agressões físicas, psicológicas, verbais gera muitos sentimentos. Ainda mais para a mulher casada ou amasiada. Pois, como expõe Jurandir Freire Costa:

historicamente, a redução da mulher ao papel de mãe e esposa devotada representou esse compromisso entre o pai e o poder médico. O homem, expropriado de terras, bens e escravos, através da higiene, colocou suas genitais à serviço do Estado. Em contrapartida foi-lhe dado o direito de concentrar sobre a mulher toda a carga de dominação antes distribuída sobre o grupo familiar e demais dependentes da propriedade. A esposa passou a ser sua única propriedade privada. De propriedade jurídico-religiosa, a mulher passou a propriedade higiênico-amorosa do homem (COSTA, 2004, p. 252).

De acordo com exposições já apresentadas, poucos profissionais foram capacitados para perceber os sinais de violência nos seus atendimentos a mulheres. Afirma Cécile Morvant (2007):

a maioria não enxerga o sofrimento, e participam desse fato indiretamente ao seu isolamento e desinteresse. Muitos preferem ficar passivos em face das violências ou no encontro de situações difíceis de gerenciar. Eles têm o sentimento de ficarem isolados, impotentes e com medo de recorrer à lei (MORVANT, 2007, p.4).

Débora, médica de saúde da família, ressaltou que sentiu-se sensibilizada em face da violência por ocasião de um curso promovido não por órgão municipal de saúde, que frequentou por iniciativa própria:

Se você perguntar aparece, eu acho que tenho atendido nos últimos 3 meses, abuso sexual, mas faço uma investigação ativa.... De novembro pra cá (3 meses), detectei 5 casos, porque eu comecei a investigar mais. E porque eu comecei a investigar mais? Porque eu sou tutora do curso de Perpetração da Saúde da Família em São Carlos¹³⁵, e lá no curso apareceu alguns casos de violência contra a mulher e eles (os profissionais de saúde) estudando isso e eu participando das discussões eu me sensibilizei mais para esse papel e aí eu comecei a perguntar e começou a chover. Eu falei: “meu Deus, se eu não perguntar, elas não falam”... Investigando os sintomas, mas

¹³⁵ Na fala da médica não foi especificado onde este curso foi ministrado na cidade de São Carlos.

perguntado: “Olha, desculpa, mas eu tenho que fazer uma pergunta pra você. Seu pai, se você já viu algum olhar diferente, já te tocou de alguma outra forma? E algumas dizem: Já. E aí eu quase caio da cadeira. Falo: “meu Deus!” A gente não costuma perguntar e a não ouvir também (Débora, médica, 29 anos).

Assim, Débora foi clara em dizer que sensibilizada por um grupo de estudos em que se debateram casos de violência contra a mulher, seu olhar, sua percepção e atuação se modificaram radicalmente. Segundo seu depoimento, com uma investigação mais efetiva nos atendimentos à saúde das mulheres, os casos começaram “a chover”. Portanto, ela se tornou sensível ao tema das violências que acometem as mulheres e começou, a partir de sua prática profissional, a diagnosticar e a prevenir tais violências.

Segundo Lilia Blima Schraiber e Ana Flávia D’Oliveira (1999), as mulheres que sofrem violência parecem utilizar mais os serviços de saúde. Porém, “os profissionais de saúde não identificam ou pelo menos não registram a violência em prontuário como parte do atendimento” (SCHRAIBER, D’OLIVEIRA 1999, p. 18). Para Orlando Saliba ¹³⁶, “a notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas” (2007, p.472).

Em pesquisa realizada em São Paulo em um serviço de atenção primária, demonstrou-se que “57% das mulheres atendidas relataram algum episódio de violência física na vida. Apenas 10% dos casos estavam registrados em prontuário” (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999, p. 18) ¹³⁷. Como na cidade de Marília existe a “Rede Mulher de Marília”, esta utiliza-se de um protocolo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, mais especificamente a Saúde da Mulher, o qual o profissional, quando detecta a violência em um atendimento de saúde, deve preencher e encaminhar à Rede Mulher. No entanto, somente 3 profissionais entrevistados relataram utilizar ou conhecer este protocolo. E ainda, segundo a Rede Mulher de Marília, em 2005 somente duas vítimas foram encaminhadas do sistema de saúde para a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, e em 2006 foram 23 encaminhamentos da área da saúde à Delegacia da Mulher, mas somente 7 vítimas compareceram para registrar ocorrência. Refere o médico clínico geral Francisco:

¹³⁶ SALIBA, Oswaldo. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Revista Saúde Pública, 41 (3), 2007, p. 4725-477. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>>. Acesso em 11 de Janeiro de 2008.

¹³⁷ SCHRAIBER, L.B., D’OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência, gênero e saúde: organização serviço e tecnologia de atenção integral à mulher. São Paulo: Faculdade de Medicina USP, DMP; CSE Samuel Pessoa, 1999. (Relatório Final de Pesquisa/CNPq).

A questão é, se você percebe vamos supor que existe uma questão acontecendo (de violência), e a pessoa te nega, tá certo, eu não tenho como obrigá-la, tá certo. Eu posso estar questionando, perguntando, mas se a pessoa te nega eu não tenho como forçá-la a fazer uma coisa que ela não quer. Isso ocorre, em varias situações... . Então assim, são situações que são difíceis, tá certo, eu acho que são difíceis. Elas pedem (as mulheres) quando é uma coisa, que não se anote no prontuário, tem um monte de coisas... Anotar no prontuário é uma coisa do médico, quer dizer, isso aí a gente não pode estar exigindo que não se anote, porque é o documento que eu tenho do atendimento, é uma anotação minha, pode ser uma anotação pessoal, assim, tão clara, que qualquer pessoa possa saber o que está acontecendo, a gente tem uma norma de anotação que pode ser perfeitamente usada nestes casos (Francisco, médico, 40 anos).

O fato da paciente não querer que queixas que envolvesse situações de violência sejam detalhadas em seu prontuário, revela a vergonha, a insegurança e o medo de ser estigmatizada pelos atendentes da unidade de saúde que posteriormente verão os detalhamentos de sua ficha.

Assim, a prevenção da violência se torna ainda mais complexa quando critérios éticos entram em cena. Deve o médico anotar suas percepções acerca da violência sofrida por sua paciente, caso estas se mostrem contrárias?

Para Oswaldo Saliba, apesar dos códigos de ética médica, de ética da enfermagem e de ética da psicologia, “não apresentarem explicitamente a expressão violência doméstica, eles deixam claro o dever que os profissionais têm de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes” (2007, p. 476). Sendo assim, devem notificar processos de violência a que sua paciente esteja sendo submetida. Todos os 16 profissionais que constataram violência de forma explícita ou implícita em seus atendimentos, deram algum encaminhamento para a paciente. Estes encaminhamentos foram: conselhos, orientações a procurar a Delegacia, o Hospital, indicação de tratamento psicológico, da terapia comunitária da própria Unidade, etc.

Porém, constatou-se também que estes encaminhamentos muitas vezes são dados com dúvidas e incertezas a respeito de que conduta utilizar, e isso expressa a falta de capacitação específica do profissional, seja ele(a) médico (a), enfermeiro (a), ou psicólogo (a):

Então, por isso que eu digo, eu não tenho uma orientação de qual a situação, de qual a conduta jurídica ou de acessoria pra dar. O que eu posso é estabilizar o humor delas, trabalhar o lado psíquico, o psicológico dela pra tentar estabilizar. Agora, no restante eu não posso interferir, eu acabo não interferindo. Eu oriento a ver sempre a tentar haver uma conciliação, uma conversa, e para a paciente procurar a delegacia da mulher, procurar as autoridades competentes pra essa situação. Não sei se cabe a nós interferir. Acho que o reparo sim, interferir eu não sei (Júlio, médico, 30 anos).

Júlio, médico da saúde da família, afirma claramente sua dúvida quanto a interferir ou não na vida da sua paciente e demonstra falta de preparo em prosseguir com o atendimento, e cumprir com competência sua função de profissional da saúde, como salientou anteriormente Oswaldo Saliba (2007) acerca do dever dos profissionais de saúde em promover a saúde e a dignidade de seus pacientes. Assim, é necessário que o profissional de saúde saiba como proceder ao atendimento em que ele nota estar qualquer violência, e é de extrema importância mostrar à paciente alternativas para quebrar o ciclo da violência sofrida. Para Schraiber e D'Oliveira (1999):

A resolução do problema, quando possível, não se dará no âmbito específico da saúde. Portanto, é necessário que os serviços de saúde, ao abordarem o problema, estabeleçam com cada mulher uma escuta responsável, exponham as alternativas disponíveis em termos de acolhimento e intervenção (DDM, apoio jurídico, apoio psicológico, casa abrigo, ONGs etc...) e decidam com ela quais seriam as alternativas melhores para o caso, incluindo-a ativamente na responsabilidade pelo destino de sua vida (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999, p. 23)

A Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, como vimos no Capítulo I, foi criada com o objetivo de proporcionar uma assistência diferenciada a mulheres vítimas de violência. Assim, é de esperar que os serviços oferecidos pelas Delegacias abranjam os direitos e a dignidade da mulher violentada. Porém, quando atendia uma mulher que a procurara em sua Unidade em busca de auxílio, vítima de violência com marcas pelo corpo todo, a enfermeira Elenice, entrou em contato com a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher de Marília, com o consentimento da paciente, na certeza de que esta instituição a auxiliaria neste atendimento tão delicado. Infelizmente não foi o que ocorreu:

Eu liguei na delegacia da mulher, ai os policiais vieram. Primeiro eu conversei com eles, depois nós fomos para uma sala fechada, e eu participei da conversa deles com a paciente. Ela tava muito assustada... E eles vieram, e ela contou. Ela estava muito chorona, muito nervosa... E eles induziram ela a falar que não foi culpa dele que bateu nela, a conversa deles com ela, eles queriam induzir ela a falar assim “vc apanhou porque você teve culpa”. Foi muito ruim. Até a gente conversou aqui na Unidade: “tinha que ser mulher pra atender essas ocorrências, eu liguei na delegacia da mulher e vieram policiais homens...” (Elenice, enfermeira, 37 anos).

Este episódio ocorreu na Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher que é considerada ativa desde a década de 90 em ações de prevenção à violência contra a mulher. Quando isso ocorre em uma Delegacia considerada especializada, imagine-se o que pode ocorrer onde não há serviço de atendimento à mulher?

Alguns entrevistados, mesmo não tendo capacitação específica no enfrentamento do tema da violência contra a mulher, usaram procedimentos que achavam adequados ou corretos. A criação de vínculo com as usuárias das unidades de saúde foi um dos recursos utilizados por alguns profissionais para conseguir proceder a uma investigação acerca de processos de violência que suas pacientes possam estar sofrendo. Para Fábio, médico ginecologista, explica:

A pessoa que tem mais intimidade coloca de uma maneira informal, dificilmente uma desconhecida fala, é mais por amizade que coloca o que aconteceu. Há grávidas... converso bastante com a paciente, num ambiente informal. A paciente vem pra falar que apanha do marido, mas que não quer confusão (Fábio, médico, 46 anos).

Outra estratégia foi utilizada por Clara, no caso de uma mulher que passava por atendimentos periódicos, mas a violência nunca havia sido explicitada. Através das visitas dos agentes comunitários foi detectado que essa mulher apanhava muito do marido. Os agentes comunitários alertaram a médica e esta tentou abordar a paciente:

A desculpa foi a de consultar a criança. Aí ela veio, e na conversa eu fui cutucando: “como é que tá em casa, com o marido”, e aí ela foi falando, contou tudo, e a gente começou a fazer um acompanhamento de terapia familiar e comunitária, ela veio nas sessões clínicas, chamei os filhos, desde os mais velhos até os mais novos, conversei um por um, pra ter uma visão deles. O marido é usuário de crack, bebe, agride, e chamei o marido pra vir conversar. Mas até hoje ele não conseguiu vir. Ele fala que eu não tenho nada a ver com a vida dele. Eu mandei carta pra ele dizendo que eu estava acompanhando a família, que eu precisava conversar com ele, que eu tava a fim de pensar junto um jeito de a família ser mais feliz. A reação dele foi rasgar a carta, que eu não tinha nada a ver com a sua vida... (Clara, médica, 29 anos).

Situações como esta podem fazer com que o profissional se sinta desestimulado a lutar contra processos de violências que envolvam suas pacientes. Pelo depoimento de Clara, percebemos que o papel dos agentes comunitários de saúde foi

primordial para ela olhar com sensibilidade para a mulher que sofria violência e para que essa família fosse atendida de forma específica, no que diz respeito à prevenção da violência e na tentativa de erradicá-la de seu cotidiano. A própria médica afirmou que se não fosse o alerta dos agentes comunitários de saúde, ela não teria detectado o ciclo de violência que essa família vivia. Clara continua:

Comecei a ver que era importante dividir o olhar com o resto da equipe, porque até chegar aqui, existe um processo, e os agentes, como eles estão nas casas eles conseguem detectar mais precocemente um problema da ordem da violência do que a gente aqui, eles falam pra gente. Por exemplo, já aconteceu do agente me procurar: “na casa tal parece que bate na mulher, parece que violenta”, e aí quando veio na consulta por outro motivo eu consegui entrar, porque eu já sabia, eu fiquei cutucando, “e você na sua casa, com seu marido” e aí a pessoa contava que tinha violência. Mas foi o agente que me tocou, pq se ele não tivesse falado nada pra mim, a consulta era por uma lesão de pé, sei lá o que era, eu nem ia ficar perguntando “e aí seu marido”, eu nem ia perguntar, e eu achei legal isso (Clara, médica, 29 anos).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ¹³⁸ foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 2001. Este programa é um importante passo no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, e foi inspirado:

em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (Ministério da Saúde, Programa Agentes Comunitários de Saúde, 2001, p. 5).

O PACS criou a profissão dos agentes comunitários de saúde com o objetivo de que atuassem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). O agente comunitário deve residir no mínimo dois anos na comunidade em que atua, ter no mínimo 18 anos e dispor de tempo integral para suas atividades. Entre as suas atribuições estão:

¹³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://www.fm.usp.br/cedem/did/atencao/PACS.pdf> >. Acesso em 22 de Novembro de 2007.

visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade; identificar situação de risco e encaminhar aos setores responsáveis; pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no Carta da Criança; incentivar o aleitamento materno; acompanhar a vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e de gestantes; orientar a família sobre o uso de soro de reidratação oral para prevenir diarreias e desidratação em crianças; identificar as gestantes e encaminha-las ao pré-natal; orientar sobre métodos de planejamento familiar; orientar sobre prevenção da AIDS; orientar a família sobre prevenção e cuidados em situação de endemias; monitorar dermatoses e parasitoses em crianças; realizar ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; realizar ações educativas referentes ao climatério; realizar atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil; supervisionar eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas; realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso; identificar portadores de doenças psico-física com orientação aos familiares para apoio necessário no próprio domicílio (Ministério da Saúde, Programa Agentes Comunitários de Saúde, 2001, p. 5-6).

Percebemos que a saúde da mulher está inserida nas propostas de trabalhos dos agentes. Porém, o tema da prevenção à violência não foi mencionado no PACS. Assim, o papel dos agentes comunitários se configura de extrema importância nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, pois são eles que têm contato mensal com toda a população em que a Unidade de Saúde está inserida, fazendo eles próprios parte da comunidade.

Portanto, constatamos que os profissionais de saúde têm atendido mulheres que sofrem processos de violência. Eles têm seus próprios recursos e táticas, tentando abordar a paciente no ato da consulta. Em vista disso a necessidade de que os profissionais de saúde sejam preparados de forma integral para o atendimento da mulher cujos problemas de saúde são agravados pela violência. E é mister que esta capacitação também seja estendida aos agentes comunitários de saúde.

O perfil da mulher vítima de violência...

Os 16 profissionais que, no atendimento à saúde, perceberam, de forma explícita ou implícita, a violência como fator agravante da saúde da mulher, traçaram o perfil da mulher violentada: possui, no geral, entre 20 e 50 anos; são casadas ou amasiadas; têm

filhos; e, na visão dos profissionais, são na sua maioria pardas. Porém, 4 profissionais não souberam especificar a cor e um deles enfatizou:

Não tem uma cor específica, tanto negras, quanto brancas, quanto pardas, não tem uma coisa que eu possa dizer: “olha acontece mais com branca, com negra”, não achei que isso tivesse diferença (Carlos, médico, 36 anos).

Segundo Amália do Nascimento Sacramento (2005)¹³⁹, em um estudo – realizado em Salvador, na Bahia – sobre a importância do quesito cor quando se dá a assistência à saúde da mulher no período de pré-natal, constatou-se que é complicado para o profissional de saúde classificar a cor da gestante no preenchimento de documentos em assuntos de saúde:

A identificação da cor é representada ainda, tanto para gestantes quanto para profissionais do estudo, como ofensa, preconceito, discriminação, racismo e novidade, assinalando como é “complicado” a classificação da cor. Relatos de profissionais de saúde que participaram do estudo indicam não haver diferença no atendimento com base na cor, entretanto, muitos reportaram já ter presenciado práticas discriminatórias e preconceituosas de outro (a)s profissionais, baseados na aparência, explicitando um racismo operando em sua sutileza (SACRAMENTO, 2005).

A partir da década de 90, o movimento negro se engajou em reivindicações para a introdução do quesito cor nas políticas públicas de saúde. Esta luta, diz Rubens Adorno (2004)¹⁴⁰:

se destaca como forma de sensibilização e de contribuição para a formação do pessoal de saúde, a questão da discriminação social e racial, além de demonstrar, como aliás os trabalhos de investigação realizados têm feito, as diferenças na distribuição nas causas de morte, no acesso ao serviço etc. entre brancos, pardos e negros (ADORNO, 2004).

¹³⁹ Texto realizado a partir de sua Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual da Bahia. SACRAMENTO, Amália do Nascimento. Controvérsias e importância do quesito cor. 2005. Jornal On-line Írohín. Disponível em: < <http://www.irohinh.org.br/imp/n10/09.htm> >. Acesso em 10 de Janeiro de 2008.

¹⁴⁰ ADORNO, Rubens de C.F.; ALVARENGA, Augusta Thereza ; VASCONCELLOS, Maria da Penha. Quesito cor no sistema de informação em saúde. Estudos Avançados, São Paulo, v. 18, n. 50, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de Janeiro de 2008.

Assim, a importância da introdução do quesito cor nos documentos da Saúde Pública brasileira não reside somente no fato de que estas classificações auxiliariam pesquisas científicas, mas também, como ressaltou Adorno, na sensibilização dos profissionais de saúde para esta questão. Porém, como constatamos na cidade de Marília, a Secretaria Municipal de Saúde não leva em conta a importância da questão étnico – racial em seus planejamentos. Por isso, não podemos esperar que os profissionais de saúde tenham esta questão como relevante em suas percepções.

A opinião do profissional de saúde sobre a mulher não sair do ciclo da violência

A maioria dos entrevistados relatou que o medo da reação violenta, a vergonha, a dependência financeira e o receio de perder a guarda dos filhos como os principais motivos para a mulher resistir e quebrar o ciclo de violência em que vive. Expõe Ricardo, médico da saúde da família:

tem o medo envolvido, a questão da renda familiar, tem a questão do núcleo familiar, que às vezes por mais que não esteja constituído, existe. Eu acho que o medo da justiça funcionar, de ela tentar fazer alguma coisa e depois sofrer as conseqüências disso (Ricardo, médico, 28 anos).

Primeiro tem uma questão de resistência, de ordem emocional mesmo, porque ela vai ter que mexer com esse conflito, que pode até determinar uma nova forma de organização dessa família, e aí muitas têm medo de perder a estabilidade, que elas julgam que têm nessa família, por questões financeiras também, não só esta estabilidade financeira, mas elas ficam muito no vínculo mesmo, na questão emocional, talvez de se sentir desamparada, de se sentir sozinha, ela tem uma relação de dependência muito grande com esse companheiro. Muitas vêm de histórias de conflitos familiares desde a infância, onde não tinha sido instaurado aquele ambiente familiar adequado. Então depois que elas formam novas famílias e acho que se agarram nessa possibilidade de ter uma vida, de construir nova estabilidade familiar, e aí não tem, mas tem medo de aceitar essa condição, medo de uma resistência mesmo de assumir o fracasso dessa relação. E também acho que tem o medo concreto de ela sofrer uma represália também, de ela ir procurar ajuda, e será que se ela voltar não vai sofrer mais violência de novo, ou o filho não vai sofrer violência também, Tem questões emocionais, psicológicas, mas tem o medo real também (Fernanda, psicóloga, 26 anos).

De acordo com uma pesquisa realizada em 2003, com agentes comunitários de saúde sobre o tema da violência contra a mulher¹⁴¹, uma das agentes comunitárias expressou um alto grau de desestímulo e impotência. Ela havia detectado um caso muito grave em que a mulher era sistematicamente agredida pelo marido. A partir desta constatação, mobilizou toda a equipe em discussões a respeito do caso. Conseguiu conversar com a mulher, levando-a a denunciar as agressões. Arrumaram-lhe um emprego e um lugar onde pudesse morar em segurança. No dia marcado para a mulher sair de casa, a agente comunitária chegou e a porta não se abriu, mas um bilhete apareceu por debaixo do vão da porta. O bilhete agradecia todo o empenho e ajuda que as agentes lhe tinham dispensado, mas ela não iria conseguir romper com o seu marido, pois o amava (MESSIAS, 2003). Apesar desta mulher ter recebido orientação do sistema público de saúde, ter utilizado a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher a fim de denunciar a violência sofrida, ter conseguido um meio de se prover e um local seguro para se refugiar do marido violento, mesmo com tudo isso, não conseguiu romper, e decidiu permanecer. Mas por quê?

Foi exatamente esta pergunta que norteou o trabalho de Miriam Pillar Grossi em sua pesquisa de doutorado, “Por que as mulheres ficam com os maridos depois de apanharem tanto?”. Desde então suas reflexões procuram respostas para esta problemática, “partindo de uma perspectiva que vê o uso da violência como parte constituinte de muitas relações afetivas e não apenas como uma ‘anomalia’ do vínculo afetivo-conjugal” (1998, p. 8)¹⁴².

Casos como este ocorrem todos os dias. Segundo Maria Filomena Gregori (1993) a queixa da mulher não pressupõe que conseguirá se livrar da vida sofrida que vive e, diz a autora, a queixa é:

a revolta na imanência, expressão de um ódio que não favorece a evasão e a ação de confronto. Não é um contradiscurso, nem permite a formação de um contra universo. As mulheres reconhecem – em suas queixas – chances de liberdade. No entanto, esse reconhecimento não supõe a criação de uma identidade (GREGORI, 1993, p. 192).

¹⁴¹ Monografia apresentada para banca de conclusão de Curso de Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista. MESSIAS, Ana Elisa Araújo. Políticas Públicas de Saúde e a Violência contra a Mulher: um estudo da problemática na cidade de Marília. Unesp/Marília, 2003. (mimeo).

¹⁴² Sobre a reflexão completa da autora sobre esta perspectiva, consultar o texto “Rimando Amor com Dor” inserido no livro: PEDRO, Joana Maria. GROSSI, Miriam Pillar. “Masculino, Feminino, Plural: gênero na interdisciplinariedade”. Ed. Mulheres: Florianópolis, 1998.

Elas se queixam, relatam processos violentos em que estão inseridas, mas a quebra deste ciclo não é possível em razão da teia complexa de sentimentos que envolve o processo violento. Segundo Débora, a mulher não procura o atendimento de saúde em decorrência da violência, mas sim para desabafar, compartilhar suas frustrações. Para ela:

A mulher é difícil de vir porque sofreu a violência. Geralmente ela vem porque está magoada ou deprimida por ter sofrido a violência, entende? Ela não vem “eu tô aqui porque sofri uma violência”. Geralmente quando ela vem a raiva já até passou e fica mais uma mágoa, ela não vem quando acontece, ela marca. Ela vem depois de algum tempo compartilhar a relação (Débora, médica, 29 anos).

Pode-se até pensar que a mulher não espera que esta conversa modifique a sua situação, muitas vezes ela só quer falar... falar... e falar... E como ressalta e D'Oliveira (1999):

Para que se possa abordar o problema (da violência contra a mulher) nos serviços (de saúde), é necessário contar com um espaço de expressão para as angústias e questões da clientela, que não se resume à aproximação biomédica estrita, ou à busca de patologias conforme definidas pelo saber médico (...) Isto não significa, obviamente, abandonar a vocação específica dos serviços, mas sim, em nome de sua melhor eficácia técnica, escutar a (o) usuária (o) em toda a complexidade de sua demanda (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 1999, p. 23).

Portanto, as práticas dos profissionais de saúde devem embasar-se na escuta de sua clientela, atendendo não só sintomas no seu corpo biológico, mas também relacionando-os às suas vivências pessoais, podendo, assim, muitas vezes, prevenir agravos da saúde da mulher, provocadas pelas violências sofridas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo não só analisar o Sistema Público de Saúde da cidade de Marília por meio das atuações e percepções de profissionais de saúde componentes da atenção básica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), mas também estudar as questões relacionadas à violência contra a mulher.

Primeiro analisamos a realidade das exclusões e diferenciações vivenciadas pelas mulheres e a discussão do tema da violência contra a mulher no Brasil. Discutimos as políticas públicas de saúde no país e como elas se caracterizam nas relações de gênero e étnico – raciais, e apresentamos também a violência como problema de saúde pública. A cidade de Marília/SP foi escolhida como campo por ser considerada referência no combate a este tipo de violência.

Os Boletins de Ocorrência referentes a violência contra a mulher das Delegacias de Polícia de Marília, no período de janeiro de 2004 a outubro de 2005, mostraram o perfil da mulher violentada, bem como o tipo de violência que mais a acometeu nesse período. Constatamos que a mulher mariliense sofreu mais a violência caracterizada como lesão corporal dolosa, ou seja, violência através de socos, tapas, empurrões, surras, etc.; é branca, sua faixa etária está entre 21 e 30 anos; é solteira; e tem como principais agressores maridos, ex-maridos, amásios, ex-amásios, namorados, ex-namorados. Este perfil condiz perfeitamente com a realidade nacional, como foi discutido no Capítulo I e III.

A pesquisa, baseada nos dados policiais, teve também como objetivo diagnosticar as localidades onde os crimes de violência contra a mulher eram mais expressivos, para analisar as Unidades de Saúde através de entrevistas com os profissionais atuantes na rede básica. Constatamos que as Zonas Norte, Oeste e Sul da cidade de Marília, possuíam os maiores índices criminais de à violência contra a mulher.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde, quando analisamos a formação acadêmica e a inclusão do tema da violência contra a mulher, constatamos que a maioria tinha cursado disciplinas que discutiam o problema, ressaltando alguns deles que esta abordagem foi de grande importância para a sua formação.

Ao indagar se os entrevistados tinham conhecimento de alguma ação relacionada à prevenção da violência contra a mulher promovida pelo Ministério da Saúde, buscamos detectar se a teoria estava em consonância com a prática. Infelizmente constatamos que não, apesar do Ministério da Saúde ter implementado algumas medidas de combate à

violência contra a mulher e abordado os problemas da violência na área da saúde. Conforme discutido no Capítulo II, estas medidas não foram implantadas na cidade de Marília. Aconteceu o mesmo com algumas publicações articuladas pelo Ministério da Saúde, também estas não foram repassadas às Unidades de Saúde da cidade de Marília.

Apesar da Secretaria Municipal de Saúde, com Programa Municipal de Saúde da Mulher, ter elaborado o programa “Mulher, Violência e Saúde”, a maioria dos profissionais entrevistados relatou não conhecê-lo. Nem mesmo os Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde o mencionaram quando se referiram à saúde da mulher. Porém, a Coordenação do Programa Municipal da Saúde da Mulher afirmou que todos os profissionais já participaram de atividades relacionadas à prevenção da violência contra a mulher. Contudo, somente a metade dos entrevistados afirmou ter participado de tais atividades. Isto foi reiterado em um dos depoimentos da enfermeira Jussara que afirmou que estas atividades foram muitas vezes prejudicadas pelo rodízio na participação dos profissionais. Para ela todos, de uma forma geral, deveriam ter participado.

Percebemos também a falta de políticas públicas de saúde que auxiliem o profissional nas questões referentes à violência contra a mulher. Os entrevistados se queixaram por sentirem-se desamparados por parte do Sistema Público de Saúde de Marília, o que prejudica a atuação do médico nos atendimentos em que a violência é sinalizada. A falta de políticas públicas voltadas ao atendimento da mulher que sofre violência, desemboca na falta de profissionais capacitados a realizarem atendimentos com olhar mais sensível às reais causas e agravos da saúde da mulher. Schraiber e D’Oliveira (1999) destacaram o atendimento deveria ser pautado na escuta da paciente, oferecendo alternativas para reverter a situação de sofrimento, ou mesmo para a mulher refletir sobre a questão.

A enfermeira Elenice não fez ressalvas ao demonstrar um sentimento de total despreparo quando precisou atuar no auxílio de uma paciente que chegou à sua Unidade de Saúde toda machucada buscando socorro. Ela relatou que se tivesse sido capacitada anteriormente, este atendimento poderia ter sido realizado com mais segurança e precisão. Os profissionais, enquanto agentes promotores de saúde, muitas vezes não sabem como agir em atendimentos em que a violência é sinalizada, e se sentem incapacitadas de dar um cuidado integral e efetivo à saúde das mulheres.

Foi exatamente o que destacou Débora, médica da saúde da família, que, sensibilizada por um grupo de estudos, modificou a sua abordagem no atendimento a mulheres jovens e adultas, fazendo com que casos que envolvem diversos tipos de violências

“chovessem”, surpreendendo-a. Ressaltou que, se a violência não fosse abordada nesses casos que atendeu, talvez nunca mais pudesse ser superada e combatida.

Um outro fato muito importante a ser destacado, foi a dificuldade dos profissionais em definir a cor da mulher violentada. Houve depoimentos em que esta percepção nunca havia sido feita por parte do profissional e depoimentos em que os profissionais não relataram a cor da mulher. Assim, como muitos profissionais não estão aptos a lidar com atendimentos relacionados à violência, percebemos também que não estão acostumados ou mesmo preparados a refletir sobre a questão étnico – racial da população atendida. E como foi demonstrado no Capítulo II, é urgente, no Brasil, que a Saúde Pública trate efetivamente da saúde da mulher negra e das especificidades que este tema implica. Pois, como ressaltou Oliveira:

Enfrentar a violência doméstica, sexual e racial exige entender que, sem demolir os padrões culturais que a sustentam, nos limitaremos a cuidar de suas decorrências físicas e psicológicas, isto é, da condição de seqüela da violência doméstica, que é a marca das sobreviventes. (OLIVEIRA, 2003, p. 46)

Portanto, apesar da cidade de Marília ser considerada referência no Estado de São Paulo, pela Rede Mulher de Marília, no que diz respeito à prevenção da violência contra a mulher, há ainda muito que percorrer. Os entrevistados acreditam que as ações devam realizar-se com mais frequência, alcançando todos os profissionais de saúde, principalmente aqueles que pertencem a Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Pois os profissionais atuantes na rede básica de saúde estão mais próximos da comunidade, podendo utilizar os vínculos criados com suas pacientes como forma de prevenir a violência em seus atendimentos; muitas vezes sem saber o que sentir e onde dói, a mulher deixa de evidenciar a sua real dor, a dor da violência.

O desafio do profissional das Unidades de Saúde e das Unidades de Saúde da Família consiste em escutar, em interessar-se pelas queixas de suas pacientes, e em ter paciência em recebê-las, apesar de, muitas vezes, repetirem os mesmos sintomas. É por meio desse interesse que vínculos de confiança podem ser gerados, até o momento em que a mulher perceba o profissional como alguém que pode auxiliá-la em suas dores e angústias provocadas por qualquer tipo de agressão que venha sofrendo.

Esta pesquisa foi necessária a fim de sugerir que caminhos de prevenção da violência contra a mulher e para que tais caminhos sejam construídos para um melhor

atendimento a saúde. Mas para que isso ocorra, de maneira concreta e efetiva deve-se pensar seriamente em capacitar os profissionais de saúde e em articular políticas públicas que viabilizem esta capacitação. Portanto, é necessário reiterar e continuar com a luta para que os locais de saúde, bem como os atendimentos oferecidos por eles, sejam reconhecidos como locais de resistência e prevenção à violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de C.F.; ALVARENGA, Augusta Thereza; VASCONCELLOS, Maria da Penha. *Quesito cor no sistema de informação em saúde*. Estudos Avançados, São Paulo, v. 18, n. 50, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de Janeiro de 2008.

ADORNO, Sérgio. *Monopólio Estatal da Violência na Sociedade Brasileira Contemporânea*. In: O que ler na ciência social brasileira. 2 ed. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999, p. 268-307.

_____. *Exclusão socioeconômica e violência urbana*. Sociologias, Porto Alegre, n. 8, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de Abril de 2007.

AGUDELO, Saúl Franco. *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO, 1997.

ANISTIA INTERNACIONAL. *Relatório 2007. Capítulo sobre o Brasil*. Disponível em: <<http://www.br.amnesty.org/rel2007/AIR2007Brasil.pdf>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2008.

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. *Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil: Balanço Nacional cinco anos após Beijing*. Brasília: AMB, 2000. Disponível em: <http://www.articulacaodemulheres.org.br/publique/media/politicas_publicas_mulheres_no_brasil.pdf>. Acesso em 03 de Junho de 2007.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. *Perfil Municipal: Marília/SP*. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/igce/ceurb/basededados/pdf/marilia.PDF>>. Acesso em 29 de Janeiro de 2008.

BASTERD, Leila Linhares. *A violência contra as mulheres no Brasil e a Convenção de Belém do Pará dez anos depois*. In: O Progresso das Mulheres no Brasil. Disponível em: http://www.mulheresnobreasil.org.br/pdf/PMB_Cap8.pdf. Acesso em Jan. 2008.

BERNARDO, Terezinha. *Memória em preto e branco – olhares sobre São Paulo*. SP: EDUC/FAPESP, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Evolução Institucional da Saúde Pública*, 1979, p. 38.

Disponível em:

http://www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Administra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Planejamento%20em%20saude/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20institucional%20da%20saude%20publica/cd04_06.pdf. Acesso em 17 de Agosto de 2007.

BRASIL. *Constituição de 1988*. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm > . Acesso em 16 de Junho de 2007.

BRASIL, *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*,

2001. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf> > .

Acesso em 29 de Agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <

<http://www.fm.usp.br/cedem/did/atencao/PACS.pdf> > . Acesso em 22 de Novembro de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção*

Básica, 2004. Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> > . Acesso em 07 de Junho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. 2004. Disponível em: <

http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf > . Acesso em 14 de Junho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Diário Oficial da União. Portaria nº936,

2004. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf> > .

Acesso em 02 de Junho de 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para*

as Mulheres. 2004. Disponível em: < <http://200.130.7.5/spmu/docs/PNPM.pdf> > . Acesso 10 de Outubro de 2007.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº. 11.340 de 7 de Agosto de 2006*. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 18 de Junho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 2006. Disponível em: < http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf >. Acesso em 02 de Agosto de 2007.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº. 11.489 de 20 de Junho de 2007*. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11489.htm> >. Acesso em 18 de Setembro de 2007.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRITO, Benilda Regina. *Violência doméstica e sexual: um olhar da mulher negra*. In: *Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 57-60.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. *Cidade de Muros – crime, segregação e cidadania em São Paulo*. SP: Ed. 34/ Edusp, 2000.

CARBONE, Maria Herminda. *Tísica e rua: os dados de vida e seu jogo*. Trabalho de Conclusão de Mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. Disponível em: < http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00000401&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 20 de Janeiro de 2008.

CAMPOREZ, Ana Maria. *Rede Mulher de Marília: um Recorte da Saúde na Efetivação de Direitos*. In: *Violência e Políticas Públicas de Segurança: pesquisa e ação*. Marília: Instituto Guto, 2007, p.191.

CARDOSO, Ruth. *Apresentação*. In: *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. São Paulo: ANPOCS, 1993.

CARNEIRO, Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. *Organização das práticas de atenção primária em saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6): 1827-1835, nov.-dez., 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a26v19n6.pdf> >. Acesso em 09 de Setembro de 2007.

CASA DE CULTURA DA MULHER NEGRA. *Violência contra a Mulher: um novo olhar*. 2ª Ed. Santos: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2002.

_____. *Violência contra a Mulher e Saúde: um olhar da mulher negra*. Santos: Casa de Cultura da Mulher negra, 2004.

CASTRO, Fábio. *Violência fora dos currículos*. Agência FAPESP. Disponível em: <http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?id=7604> . Acesso em 13 de Abril de 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. *A four-way approach to training in the health field: teaching, management, care, and social control*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de Janeiro de 2008.

CHAUÍ, Marilena. *Repressão Sexual – essa nossa (des) conhecida*. SP: Brasiliense, 1984.

CLEMENTE, Maria. *Prevenção da violência contra a mulher*. In: *Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 54.

COHN, Amélia. *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez, 1992.

COHN, Amélia. ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

COMITÊ GESTOR DE SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA. *Rede Mulher de Marília*. Disponível em: <http://www.mariliasegura.com.br/Rede%20Mulher/rede_mulher_historico.php>. Acesso em 14 de Maio de 2006.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, Nilson Rosário. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

COSTA, Suely Gomes. *Saúde, gênero e representações sociais*. In: *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001.

DAY, Vivian Peres, et al. *Violência doméstica e suas diferentes manifestações*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. v. 25. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em nov. 2005.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. *II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, 1988. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA –ATA. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários com a Saúde*. URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 10 de Setembro de 2007.

DEBERT, Guita Grin. *Arenas de Conflitos Éticos nas Delegacias Especiais de Polícia*. Primeira Versão. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2002.

ENGELS, Magali. *Prefácio*. In: *O corpo feminino em debate*. SP: Ed. Unesp, 2003. p. 7-8.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FAMEMA). *HC II – Unidade Materno-Infantil*. Disponível em: <<http://www.famema.br/hc/hmi.html>>. Acesso em 15 de Junho de 2007.

FELIX, Sueli Andruccioli. *A “geografia do crime” urbano: aspectos teóricos e o caso de Marília – SP*. 1996. 322p. (Doutorado em Geografia) Universidade Estadual Paulista, Rio Claro.

FOLHA DE SÃO PAULO ON-LINE. *ONU denuncia aumento da violência contra a mulher em todo o mundo*. Mundo. 10 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u100779.shtml>>. Acesso em 30 de Janeiro de 2008.

FRAISSE, Geneviève, PERROT, Michelle. *Introdução: Ordens e Liberdades* In: *História das Mulheres no ocidente*, vol. 4: O século XIX. São Paulo: EBRADIL, 1990, p. 9.

FRANÇA, Edson. *Participação da militância em espaços institucionais*. AFROPRESS - Agência Afro-étnica de Notícias. Disponível em: <http://www.afropress.com/colunista_2.asp?id=332>. Acesso em 14 de Agosto de 2007.

FREITAS, Silvana. *Para juiz proteção à mulher é diabólica*. Cotidiano. Folha de São Paulo de 21 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2110200719.html>>. Acesso em 08 de Novembro de 2007.

_____. *Conselho irá processar juiz que criticou Lei Maria da Penha*. Cotidiano. Folha de São Paulo de 21 de novembro de 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u347259.shtml>>. Acesso em 08 de Novembro de 2007.

FUNDAÇÃO SEADE. Região Administrativa de Marília. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/analises/RAMarilia.pdf>>. Acesso em 10 de Jan. 2008.

GOLDENBERG, Paulete. MEDRADO, Maria Aparecida. PASTERNOSTRO, Maria Aparecida N. *A violência contra a mulher: uma questão de saúde*. In: Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes. 1989. p. 185-200.

GOUVEIA, Roberto. *Saúde Pública, Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000.

GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. São Paulo: ANPOCS, 1993.

_____. *Feixes, Paralelismo e Entraves: as Delegacias de Defesa da Mulher em São Paulo e as Instituições*. Primeira Versão. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2005.

GROSSI, Miriam Pillar. *Gênero, Violência e Sofrimento*. Antropologia em Primeira Mão. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1998.

GRUPO DE PESQUISA E DE GESTÃO URBANA DE TRABALHO ORGANIZADO – GUTO. Unesp/Marília. Disponível em: <<http://www.guto.marilia.unesp.br>>. Acesso em 15 de Abril de 2006.

GUZMÁN, Virgínia. *A Equidade de Gênero como tema de debate e de Políticas Públicas*. In: Gênero nas Políticas Públicas: impasses, desafios e perspectivas para a ação feminista. São Paulo: SOF, 2000. p. 63-86.

HOMERO, Maria Noelci. *Construindo a cidadania*. In: Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 55-60.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Novo Perfil da População Economicamente Ativa de 40 anos ou mais*. 2003. Disponível em: <
<http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php?bole=15&tip=02>>. Acesso em 22 de Janeiro de 2008.

IYDA, Massako. *Saúde Pública: Reprodução e Legitimação*. In: Pesquisa Social em Saúde. Políticas. São Paulo: HUCITEC, 1992, p.53-57.

_____. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

LAIA, M. A. *Conselho Estadual da Condição Feminina – CECF: Possibilidade de Intervenção nas Políticas Públicas* In: Igualdade de Oportunidade para as mulheres. São Paulo: Humanitas/ FFLCH /USP, 2002. p. 241-246.

LARA, Paulo Corrêa. *Marília: sua terra, sua gente*. Marília: Iguatemy de Comunicações Ltda, 1991.

LEBAS, Jacques. *Saúde e Violência Conjugal: quais as metas dos profissionais de saúde?* ADSP, nº 36. Tradução minha. Título original: Santé et violence conjugale: quels enjeux pour les professionnels de santé?. Disponível em:
<<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-36/ad360910.pdf>>. Acesso em 01 de Setembro de 2007.

MASSUNO, Elizabete. *Delegacia de Defesa da Mulher: uma resposta à violência de gênero*. In: Igualdade de Oportunidade para as mulheres. São Paulo: Humanitas /FFLCH/USP, 2002.

MATOS, Maria Izilda. *Por uma História da Mulher*. São Paulo: EDUSC, 2000.

MATOS, M. I. S., SOIEHT, Rachel (org.). *O corpo feminino em debate*. SP: Ed. Unesp, 2003.

MELO, Marcus André. *Estado, Governo e Políticas Públicas*. In: O que ler na Ciência Social Brasileira. (1970-1995). São Paulo: Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999. p. 59-99.

MEIRA, Luiz Roberto Salvatore, PINOTTI, José Aristodemo. *O Ensino Médico: ênfase no processo assistencial*. In: A Mulher e o seu Direito à Saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo: Manole, 1988, p. 26-30.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Organização da Saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. *Uma Agenda para a saúde*. 2ªed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENEGHEL, Stela Nazareth; FARINA, Olga; RAMÃO, Silvia Regina. *Histórias de resistência de mulheres negras*. Revista Estudos Feministas v.13, nº3. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Maio de 2007.

MESSIAS, Ana Elisa Araújo. *Políticas Públicas de Saúde e a Violência contra a Mulher: um estudo da problemática na cidade de Marília*. Unesp/Marília, 2003. (mimeo).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência social sob a perspectiva da saúde pública*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 Janeiro 2006.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. *A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. p. 646. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/01.pdf>>. Acesso em 12 de Junho de 2006.

MOREIRA, Diva. *Agressão atinge mulher de todas as classes*. Entrevista à Rádio Nações Unidas no dia 25 de Novembro de 2004. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/cidadania/entrevistas/index.php?id01=832&lay=cid>>. Acesso em 08 de Novembro de 2007.

MORVANT, Cécile; LAZIMI, Gilles; PIET Emmanuelle. *Os profissionais de saúde e seu papel na luta contra a violência contra as mulheres: uma urgência da saúde pública*. Tradução minha. Título original: Les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans la lutte contre les violences faites aux femmes: une urgence de santé publique. Disponível em: <<http://www.violences.fr/Actualités/Manifestedu8mars/tabid/94/Default.aspx>>. Acesso em 03 de Setembro de 2007.

OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da População Negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf>>. Acesso em Jun. 2007.

_____. *Avaliando e elencando os desafios*. In: *Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2004. p. 44-49.

OPAS. *Relatório Mundial de Violência e Saúde*, 2002. Disponível em < <http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/violencia.ppt#256.1.Slide1> >. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

_____. *Renovação da Atenção Primária da Saúde nas Américas – Documento de Posicionamento da organização Pan-Americana de Saúde/OMS*. 2005. Disponível em: < http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf >. Acesso em Set. 2007.

OPITZ, Claudia. *O cotidiano da mulher no final da Idade Média*. In: *A História das Mulheres no Ocidente*. vol. 2: *A Idade Média*. São Paulo: EBRADIL, 1990. p. 363-407.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Estudos múltiplos da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher: primeiros resultados sobre a prevalência, eventos relativos à saúde e resposta das mulheres a esta violência: resumo do informe*. 2005. Disponível em: < http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf >. Acesso em 20 de Outubro de 2007.

OTTO, Clarissa. *O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces*. Revista Estudos Feministas. Florianópolis v.12, n. 2. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000200015 >. Acesso em 18 de Abril de 2007.

PANTEL, Pauline Schimitt. *Rituais sociais e práticas de mulheres*. In: *História das Mulheres no Ocidente*. vol 1: *A Antiguidade*. Porto: Afrontamento, 1990, p. 275.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007. p. 13-39.

PINOTTI, José Aristodemo; FAUNDES, Aníbal; ZEFERINO, Luis Carlos. *A evolução histórica do conceito de atenção integral à mulher*. In: *A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil*. São Paulo: Manoele, 1988, p. 14-24.

PITANGUY, Jacqueline. *Violência doméstica e serviços de saúde: estratégias e avanços*. In: *Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 40-43.

PORTAL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Disponível em: <
<http://www.patriciagalvao.org.br/apc-aa-patriciagalvao/home/>>. Acesso em 20 de Agosto de 2007.

PRIORE, Mary Del (org). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.

_____. *Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino*. In: História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2000. p. 81-82.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Agressão atinge mulher de todas as classes*. Entrevista à Rádio Nações Unidas no dia 25 de Novembro de 2004. Disponível em:
<<http://www.pnud.org.br/cidadania/entrevistas/index.php?id01=832&lay=cid>>. Acesso em 15 de Janeiro de 2008.

PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PROESF. Informe da Atenção Básica nº. 18, p.1. Disponível em:
<[http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20\(Programa\)_Outubro_2003.doc](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20(Programa)_Outubro_2003.doc)>. Acesso em 12 de Janeiro de 2008.

RAGO, Margareth. *Trabalho Feminino e sexualidade*. In: História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2000. p.578-606.

REDE MULHER DE MARÍLIA: serviços de atendimento às mulheres. Folheto explicativo sobre a Rede Mulher e seus serviços. Publicado em 2005, p. 1.

REDE PAZ BRASIL. Disponível em: <
<http://www.redepazbrasil.ufms.br/default.php?pag=noticia&id=71>>. Acesso em 15 de Junho de 2007.

RELATÓRIO DE GESTÃO. *A saúde que temos, a saúde que queremos*. Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Marília/SP. 2006.

RIBEIRO, Daniel. *Suicídio: critérios científicos e legais de análise*. Disponível em: <
<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5670&p=2>>. Acesso em 12 de Julho de 2007.

ROJAS, Silvia Helena de Cerqueira César. *Participação da Mulher na vida econômica e social do município de Marília/SP e sua situação de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de medicina de Botucatu, Unesp, 2001. (mimeo).

RUFINO, Alzira. *Avanço das mulheres: que mulheres?* Centro de Estudos Feministas e Acessoria. Disponível em < <http://www.cfemea.org.br/noticias/detalhes.asp?IDNoticia=635> >. Acesso em 14 de Agosto de 2007.

SACRAMENTO, Amália do Nascimento. *Controvérsias e importância do quesito cor*. Jornal On-line Írohín. 2005. Disponível em: < <http://www.irohín.org.br/imp/n10/09.htm> >. Acesso em 10 de Janeiro de 2008.

SALIBA, Oswaldo. *Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica*. Revista Saúde Pública, 41 (3), 2007, p. 4725-477. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>>. Acesso em 11 de Janeiro de 2008.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis: Vozes, 1979.

_____. *O poder do macho*. SP: Moderna, 1987.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

SCHIEBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: EDUSC, 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. *Violência contra mulheres: interfaces com a saúde*. In: Interface – Comunicação, saúde e educação. Botucatu, UNI/UNESP, 1999. p. 11-27.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . *Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde*. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 36, n. 4, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 de Julho de 2007.

_____. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Unesp, 2005.

SENADO FEDERAL. Agência Senado. *Cartilha “A mulher e as leis”*, 2004. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/comunica/agencia/cidadania/violcontmulher/not03.htm> >. Acesso em 12 de Julho de 2007.

_____. Pesquisa de Opinião Pública Nacional. *Pesquisa sobre Violência Doméstica sobre a Mulher*. 2007. Disponível em: <http://ouvidoria.petrobras.com.br/objects/files/2007-03/504_Relat%C3%B3rio%20anal%C3%ADtico%20Viol%C3%Aancia%20Dom%C3%A9stica.pdf>. Acesso em 15 de Julho de 2007.

SILVA, Cássia Marina Giandon da Silva. “*Rede Mulher de Marília*”. Marília: 2007, p. 1-3.

SILVA, Marlise Vinagre. *Violência contra a Mulher: quem mete a colher?* São Paulo: Cortez, 1992.

SILVA, Maria Nilza. *A mulher negra: o preço de uma trajetória de sucesso*. Tese de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999. mimeo.

_____. *A mulher negra*. Revista Espaço Acadêmico, Maringá, ano II, nº 22, 2003. Disponível em: < www.espacoacademico.com.br/022/22csilva.htm >. Acesso em 10 de setembro de 2006.

_____. *Nem para todos é a cidade: segregação urbana e racial em São Paulo*. 1. ed. Brasília: Fundação Cultural Palmares - Ministério da Cultura, 2006.

SILVA, Pedro Luiz Barros. *Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década*. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 12 de Setembro de 2007.

SOIHET, Rachel. *Sutileza, ironia e zombaria: instrumentos no descrédito das lutas das mulheres pela emancipação*. In: *Mulher, Gênero e Sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

SOUZA, Celina. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, n. 16, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de Outubro de 2007.

SOUZA, Edinilsa Ramos. MINAYO, Maria. Cecília S. *O Impacto da Violência social na saúde pública do Brasil: década de 80*. In: *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

STOLCKE, Verena. *Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade?* Estudos afro-asiáticos nº. 20, junho de 1991, p. 101-119.

TAQUETTE, Stella Regina (org). *Mulher Adolescente /Jovem em Situação de Violência: propostas de intervenção para o setor da saúde*. Brasília: NESSA/UERJ, SPM/PR, 2007.

TAVARES, Dinalva Menezes Castro. *A violência doméstica: uma questão de saúde pública*. 2000. 118p. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

TELES, Maria Amélia de Almeida. *O que é Violência contra a Mulher*. São Paulo: Brasiliense, 2002.

TEIXEIRA, Paulo. *Políticas Públicas e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. In: Políticas Instituições e Aids: enfrentando a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

THOMAS, Dorothy Q. *Injustiça Criminal: a violência contra as mulheres no Brasil*. Divisões de Human Rights Watch: Americas Watch, 1991.

VAZ, Marlene. *Abuso Sexual*. Disponível em <http://www.cedeca.org.br/PDF/abuso_sexual_marlene_vaz.pdf>. Acesso em 03 de Julho de 2007.

WEMPLE, Suzanne Fonay. *As mulheres do século V ao século X*. In: A História das Mulheres no Ocidente. vol. 2: A Idade Média. São Paulo: EBRADIL, 1990, p. 261.

WIEVIORKA, MICHEL. *O novo paradigma da violência*. Tempo Social. Ver. Sociol. USP, São Paulo, 9(1). Disponível em <http://www.fflch.usp.br/sociologia/tempocial_2/pdf/vol09n1/o%20novo.pdf> . Acesso em setembro de 2006.

ZALUAR, Alba. *Violência e crime*. In: O que ler na ciência social brasileira. 2 ed. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999, p. 19-20.

ANEXOS

ANEXO I
Carta de Apresentação

ANEXO I – Carta de Apresentação

Londrina, ____ de _____ de 2007.

Carta de Apresentação

À
Secretaria Municipal de Saúde
Marília-SP

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos por meio desta, solicitar a colaboração de V. S^a. para a realização da pesquisa “ASPECTOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA CIDADE DE MARÍLIA”, coordenada por Ana Elisa Araújo Messias, sob minha orientação. A pesquisa tem como parceria o Comitê de Segurança e Qualidade de Vida, da Prefeitura de Marília, coordenado pela Professora Doutora Sueli Andruccioli Felix, na disponibilização de dados policiais da cidade de Marília.

O objetivo da pesquisa é coletar dados sobre a violência contra a mulher, analisando o perfil das mulheres que buscam o atendimento no sistema de saúde, em algumas Unidades de Saúde da Zona Norte e Sul, Hospital de Clínicas e no Hospital da Mulher. A pesquisa resultará na dissertação de Mestrado de Ana Elisa.

A colaboração de V. S^a. consiste em conceder uma entrevista sobre o problema, além disso, gostaríamos de contar com o apoio para o fornecimento de dados sobre o tema, Informamos que todos os dados coletados, assim como a identidade dos entrevistados serão mantidos sob sigilo, preservando as identidades das pessoas relacionadas com a pesquisa.

Agradecemos intensamente a preciosa atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria Nilza da Silva
Departamento de Ciências Sociais da
Universidade Estadual de Londrina
Contato: 43 3371-4456 ou mnilza@uel.br

ANEXO II

**Termo de Consentimento Esclarecido ao Profissional de Saúde
UBS/PSF/Hospital**

ANEXO II – Termo de Consentimento Esclarecido ao Profissional de Saúde
UBS/PSF/Hospital

Eu, _____,
(nome completo do Profissional de Saúde por extenso)

R.G. _____, desempenho minha função de _____,
na Instituição _____,
(nome da UBS/ PSF ou Hospital)

concordo em colaborar para a realização da pesquisa “Aspectos da Violência contra a Mulher na cidade de Marília”, realizada por Ana Elisa Araújo Messias, sob orientação da Professora Doutora Maria Nilza da Silva, da Universidade Estadual de Londrina. A pesquisa tem como objetivo levantar dados referentes à violência contra a mulher, bem como o perfil destas mulheres que buscam atendimento no sistema de saúde.

Minha colaboração consiste em conceder uma entrevista sobre o problema e, se possível, fornecer dados sobre a violência contra a mulher. Autorizo que sejam feitas anotações em papel ou que a entrevista seja gravada. Estou ciente que tenho:

- A segurança de que a minha participação não trará qualquer prejuízo a mim, aos usuários ou à instituição;
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa;
- A garantia de receber esclarecimentos a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação;
- As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.

Marília, ____ de _____ de 2007.

ANEXO III

Roteiro de Entrevista com Médicos/ Enfermeiros/ Psicólogos

ANEXO III – Roteiro de Entrevista com Médicos/ Enfermeiros/ Psicólogos

POLÍTICAS PÚBLICAS

- Foi abordado o tema “violência contra a mulher” no período de sua formação?
- Qual sua opinião na capacitação específica do profissional de saúde no olhar da violência contra a mulher?
- Você conhece alguma pesquisa sobre a violência contra a mulher do Ministério da Saúde?
- Você conhece alguma pesquisa sobre a violência contra a mulher da Secretaria de Saúde Municipal?
- Na sua Unidade já foram realizadas campanhas específicas sobre violência contra a mulher?
- Você acha que faltam políticas efetivamente articuladas no auxílio do profissional as saúde, em assuntos como a violência contra a mulher?

ATENDIMENTO X VIOLÊNCIA

- Qual a patologia mais presente (recorrente) em seus atendimentos?
- Já foi explicitada a violência como causa geradora do paciente estar buscando consulta médica?
 - Se não, você já detectou através de conversa ou exame algum sinal de violência contra a mulher?
 - Se sim, relate um exemplo.
- Como é o procedimento do atendimento quando detectada a violência?

PERFIL DA MULHER

- Você consegue traçar um perfil das mulheres que são atendidas nesta Unidade de Saúde?
- Qual a cor predominante das mulheres por você atendidas?
- Para você, qual o fator que leva a maioria das mulheres a não procurarem ajuda para saírem da situação de violência?

ANEXO IV**Análise do Programa Municipal de Saúde da Mulher de Marília-SP**

ANEXO IV – Análise do Programa Municipal de Saúde da Mulher de Marília-SP

- Quando foi implantada em Marília uma Coordenação específica para a saúde da mulher?
- Quando o tema violência começou a ser abordado na Saúde da Mulher em Marília?
- Já foi abordado o tema da violência contra a mulher por meio de ações ou outras atividades através da Secretaria de Saúde?
- Há algum protocolo disponível nas Unidades de Saúde para o encaminhamento de mulheres vítimas de violência?
- Há alguma ramificação que trata especificamente da saúde da mulher negra em Marília, tratando especificamente sobre o racismo, relações raciais, etc.
- Já foram realizadas capacitações com os profissionais de saúde tratando especificamente da saúde da mulher negra?
- Qual é a autonomia dada aos profissionais de saúde na realização de campanhas específicas em suas Unidades de Saúde?