



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

ANA BEATRIZ NARDY DE ALMEIDA FERNANDES

DISCUSSÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES PERPETRADA
POR PARCEIROS ÍNTIMOS

Rio de Janeiro

2020

ANA BEATRIZ NARDY DE ALMEIDA FERNANDES

DISCUSSÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES PERPETRADA
POR PARCEIROS ÍNTIMOS

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA BEATRIZ NARDY DE ALMEIDA FERNANDES

DISCUSSÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES PERPETRADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30 de novembro de 2020.

Prof^ª. Dr^a. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (Orientadora)

IESC/UFRJ

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz

IESC/UFRJ

Prof. Dr. Lucas Tramontano

IESC/UFRJ

Dedico este trabalho ao Universo, que conspirou em situações para que fosse possível conquistar este título.

Dedico fortemente também a minha mãe, Darose Aparecida Leite Nardy, a mulher que me inspira, motiva e fez possível minha caminhada até aqui. Grata por todo apoio, carinho e amizade, sem você nada disso seria possível.

Dedico aos meus irmãos, Ana Carolina Nardy e Mariano Nardy, por incentivar e compreender todos os momentos de construção até chegar aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares, por incentivar a finalização deste trabalho, aos meus colegas de curso por todo o companheirismo nas aulas e criação dos trabalhos, sendo fundamental para a troca de ideias e conhecimento.

Aos meus professores, que passaram todo o conteúdo de suas disciplinas de forma didática, construindo uma sanitarista em defesa do SUS. Entre eles, agradeço em especial, ao professor que foi além disto, criando um elo de empatia e carinho, o Professor Gabriel Schutz.

E por último, não menos importante, à minha orientadora, Prof. Dr^a Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti, pela troca de conhecimentos e auxílio, pelos textos, orientações, seu desprendimento em ajudar e dedicar seu tempo e conhecimento para a ajuda e produção deste trabalho.

Sem vocês esta conquista não seria a mesma, a vocês, a minha gratidão e carinho.

RESUMO

FERNANDES, Ana Beatriz Nardy de Almeida. **Discussão da violência doméstica contra as mulheres perpetrada por parceiros íntimos**. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O presente artigo levanta a discussão a respeito da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo no setor saúde, na atenção primária. Com o **objetivo** de descrever como a cultura favorece a naturalização da violência de gênero e como influencia na abordagem e no enfrentamento da violência contra as mulheres na saúde. Além da importância da intersectorialidade no setor saúde, com foco nas clínicas da família para detectar, identificar e encaminhar, caso necessário, os casos de violência contra a mulher no território dando apoio e continuidade no enfrentamento da violência de gênero. A **metodologia** utilizada foi a revisão bibliográfica e análise documental que trouxe como **resultado** a dificuldade dessa articulação entre os setores, a naturalização da violência conjugal por parte dos profissionais, a pouca sensibilização que ocasiona a culpabilização das mulheres em situação de violência, a dificuldade de apoio, o sentimento de ineficiência por parte dos profissionais da área e destas mulheres. **Concluindo** a importância da desconstrução do senso comum dominante dos profissionais de saúde, na identificação e abordagem às mulheres em situação de violência para ajudar, empoderar, sentindo - se acolhidas e o não julgamento destas mulheres de acordo com as representações sociais advindas dos profissionais de saúde. Demonstrando que a banalização da violência de gênero é fruto de uma construção social e cultural passível de desconstrução.

Palavras-chave: Violência doméstica. Violência de gênero. Violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. Naturalização da violência doméstica. Atenção primária à saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AISC	Atividade Integrada em Saúde Coletiva
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CEAM	Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAM),
CF	Clínica da Família
CONAE	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DVS	Divisão de Vigilância em Saúde
ENADE	Exame Nacional de Avaliação do Desempenho de Estudante
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAR	Grupo Articulador Regional
HMSA	Hospital Municipal Souza Aguiar
IES	Instituições de Ensino Superior
IESC	Instituto de Estudo em Saúde Coletiva
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
OEA	Organização dos Estados Americanos
PNAB	Plano Nacional de Atenção Básica
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SIPS	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VPPI	Violência Perpetrada por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.3 METODOLOGIA	12
2 GÊNERO: CONSTRUÇÃO SOCIAL ALÉM DA DIFERENCIAÇÃO BIOLÓGICA DO MASCULINO E FEMININO NA SOCIEDADE.....	14
3 A COMPLEXIDADE DE CONCEITUAR A VIOLÊNCIA	18
3.1 VIOLÊNCIA: UMA PROBLEMÁTICA SOCIAL COMO DISPOSITIVO DE DOMINAÇÃO DE PODER.....	19
3.2 AS TIPOLOGIAS DA VIOLÊNCIA.....	22
3.2.1 Violência Auto-Infligida.....	22
3.2.2 Violência Interpessoal	22
3.2.3 violência coletiva.....	23
4 A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	25
4.1 AS CONFERÊNCIAS, AS LUTAS PELA ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, RESULTANDO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	26
4.2 A IMPORTÂNCIA DESTAS CONQUISTAS PARA A VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	30
4.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO	32
5 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PERPETRADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é fruto de um estudo na área de Saúde Coletiva, com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no período de 2019 a 2020.

A escolha da temática da monografia surgiu a partir do convívio com uma mulher muito especial para mim, minha mãe, que esteve em situação de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo, somando a isto, a disciplina Atividade Integrada em Saúde Coletiva (AISC) VII e VIII.

Nesta disciplina pude estagiar na Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), da Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) 1.0, situada no Centro do Rio de Janeiro, o que possibilitou o meu contato com a Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS), na qual atuei ajudando nas correções das fichas de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, despertando indagações e curiosidades a respeito da Violência contra a mulher, em especial, a violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo.

Segundo a CAP 3.3, a DAPS tem por objetivo,

Acompanhar a implantação das equipes de saúde da família; Acompanhar os processos de trabalho das equipes de Atenção Primária; Avaliar as propostas e os indicadores dos programas de saúde, buscando a organização e o fortalecimento dos serviços de atenção primária orientados para as ações de promoção e prevenção e a participar na elaboração e execução de treinamentos relacionados às ações programáticas e processo de trabalho da Atenção Primária. (RIO DE JANEIRO, [s.d.], on-line¹).

Durante seis meses acompanhei as fichas de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, aprendendo como inseri-las no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a corrigi-las, então, no decorrer do trabalho semanal indaguei a minha preceptora sobre os erros, sobre as demoras das notificações e reparei os juízos de valor nas observações escritas pelos profissionais de saúde, estereotipando, culpabilizando, naturalizando a reincidência da violência contra a mulher.

Minha preceptora percebeu meu interesse com os casos de Violência doméstica contra a mulher, me convidando então, a participar da reunião com o Grupo Articulador Regional (GAR). O GAR é um dos pilares do DAPS, trabalha com a vertente de violência interpessoal e autoprovocada, e se reunia uma vez ao mês.

¹ Disponível em: <https://smsdccap33.blogspot.com/p/daps.html>. Acesso em: 20 maio 2020.

A experiência foi única, pois no dia tive contato com médicos e enfermeiros de uma Clínica da Família, com a assistente social, as representantes do GAR e minha preceptora. A conversa foi em torno de problemáticas que precisavam de apoio multidisciplinar e singular, despertando mais uma vez a vontade de trabalhar, detectar os casos de violência e principalmente entender os empecilhos alegados pelos profissionais da CF para não notificar e a tendência a naturalizar a violência como algo corriqueiro da comunidade, em especial, à mulher.

Quando minha mãe sofreu violência doméstica que resultou em doze dias internada no Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), voltando ao estágio procurei a ficha de notificação dela e não encontrei, o que fez pensar em quantos casos de violência extrema não são notificados pelos serviços, desde a atenção primária a mais complexa (terciária). Além disso, enfrentei comentários do tipo:

“Mas... O que ela fez para acontecer isso?”

“Ela procurou também né...”

entre outros.

Sendo assim, percebi a importância do preparo ao atendimento a estas mulheres, para que não sejam constrangidas ao procurar ajuda nos serviços de saúde, assistencial e jurídico. O contato com estes profissionais me proporcionou notar que eles sabem os protocolos a ser seguidos, no entanto, a cultura patriarcal e sociedade machista em que estamos inseridos fazem com que naturalizem e banalizem a violência doméstica contra a mulher, imputando a culpa às mulheres.

A Violência Perpetrada por Parceiro Íntimo (VPI) é definida segundo a OMS (2012) como a conduta dentro de uma relação conjugal e ou íntima que cause danos físicos, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. Neste estudo considera-se como autor da violência o parceiro da mulher.

É notório que a VPI constitui um fenômeno complexo, por abarcar diversos fatores, como o ambiental, social, cultural e socioeconômico. Por ser considerado de âmbito privado acaba tornando-se invisível. Além disso, grande parte dos casos de violência doméstica ficam impunes contribuindo para sua marginalização, o que contribui para a pouca procura por assistência pelas mulheres em situação de violência, o que reforça a perpetuação do ciclo, visto que, quanto menos se denuncia, mais impune e invisível se torna.

Atualmente, no Brasil, têm ocorrido intensos debates em torno da violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo, sendo uma construção histórica da luta do feminismo, por igualdade dos gêneros e de direitos.

Entre os grandes marcos desta construção estão a Convenção para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher, a Convenção de Belém do Pará, e a Lei nº 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha. Esta lei entrou em vigência no Brasil em setembro de 2006.

A Saúde Coletiva constitui um campo de conhecimentos multidisciplinares e interdisciplinares, que perpassa a interface e articula os conhecimentos das ciências biomédicas e das ciências sociais, sendo uma área importante para investigar os determinantes sociais no processo saúde - doença, a fim de planejar, organizar e propor ações nos serviços de saúde. A Saúde Coletiva tem muito a contribuir com relação ao enfrentamento da violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, através da epidemiologia, das contribuições nas políticas públicas, com o empoderamento das mulheres, no auxílio, encaminhamento das mesmas aos serviços de saúde, assistenciais e jurídicos.

Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reconhecidos como grande potência para visibilizar a violência doméstica de gênero de modo a acolher estas mulheres em situação de violência. O fato das Equipes de Saúde da Família (ESF) estarem situadas dentro das comunidades as torna responsáveis por resolver, em grande parte, as demandas da população do território, através do vínculo, do acolhimento integral² e longitudinal³ dos usuários do local.

Os profissionais de saúde devem agir de acordo com os princípios do SUS, de forma humanizada nos seus atendimentos e com aptidão de escuta, ou seja, de maneira a acolher e realizar escuta ativa com mulheres violentadas, posicionando-as em situações confortáveis e em segurança, para que possam narrar suas experiências.

Além disso, é fundamental que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família compreendam o protocolo para o encaminhamento conveniente dessas usuárias, como

² PINHEIRO, Roseni (2008). Integralidade é conceituado como uma ação em saúde associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento, respeitando o contexto social do usuário da APS.

³ Vínculo **longitudinal** definido por Elenice Machado Cunha (2009) como "relação terapêutica entre paciente e profissionais da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) ao longo do tempo, que se traduz na utilização na Estratégia Saúde da Família (ESF) como fonte regular de cuidado para os vários episódios de doença e cuidados preventivos."

também devem ofertar assistência longitudinal, de acordo com as opções oferecidas e as escolhas de cada mulher.

No entanto, pode acontecer o despreparo destes profissionais quanto à detecção dos casos de VPI e, ao constatar, podem manifestar dificuldade em acolher estas mulheres para além da patologia e do encaminhamento para outras competências. Estas dificuldades podem estar associadas às representações culturais que estão inseridas na sociedade, sobretudo aquelas relacionadas à naturalização e banalização da violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

As representações culturais da naturalização da violência doméstica estão correlacionadas com o machismo, o patriarcado, além de ser tido como assunto privado, no qual não se deve intervir, mesmo que a dinâmica familiar seja conflituosa e afete diretamente a saúde da família, que por consequência recorre aos atendimentos nos serviços de saúde, como a APS.

O Sanitarista, o psicólogo, o assistente social e outros profissionais da APS são experientes na escuta ativa de problemas, como a violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo, que não estão associados diretamente com o saber biomédico, o que proporciona a equipe de saúde uma multidisciplinaridade, ajudando a partilhar a responsabilidade, identificar os casos, procurar orientar, solucionar e dar assistência às mulheres em situações de violência, através da intersetorialidade com o jurídico, a segurança pública e assistência social.

A violência doméstica contra a mulher é um grave problema de Saúde Coletiva, não sendo considerada uma patologia, mas contribui na ocorrência de agravos à saúde, além de ter grande impacto na saúde daquelas que vivem sob essa conjuntura.

Segundo a Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011), mulheres em situação de VPI procuram fortemente os serviços de saúde com diversas queixas, de violência física, sexual e psicológica quando comparadas às mulheres que não viveram situações de violência.

O presente trabalho tem como objetivo refletir acerca da violência doméstica contra as mulheres perpetrada por parceiro íntimo, problematizando a naturalização, banalização e as dificuldades de encaminhamento das mulheres em situação de violência doméstica pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Nesse sentido, partimos de uma análise da sociedade patriarcal e machista na qual estamos inseridos e que pressupõe a superioridade do sexo masculino sobre o feminino. Este ideário é encontrado em todos os nichos da sociedade e está presente nos serviços de saúde, o

que faz necessário a capacitação destes profissionais para detectar e auxiliar as mulheres que vivenciam uma situação de abuso por parte do parceiro.

1.1 OBJETIVO GERAL

Estudar e refletir a respeito da violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever de que forma a cultura favorece a naturalização das relações de gênero pautadas na violência.
- Descrever as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres.
- Situar o papel do serviço de atenção primária no cuidado às mulheres em situação de violência de gênero.

1.3 METODOLOGIA

O trabalho trata de uma revisão sistemática bibliográfica integrativa, que consiste em buscar informações através de artigos, periódicos, dossiês, manuais e leis, com a finalidade de ressaltar o que o meio acadêmico descreve sobre o tema. Este tipo de pesquisa é bastante utilizado na área da saúde.

Galvão e Pereira (2014, p. 183) descrevem a revisão sistemática bibliográfica como “um tipo de investigação focada em questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis”.

Dentro da revisão sistemática bibliográfica, escolhi a integrativa, por ser uma metodologia que contempla a temática do trabalho. Por ter como objetivo “obter, a partir de evidências, informações que possam contribuir com processos de tomada de decisão nas ciências da Saúde” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 128).

Ainda segundo esses autores, a revisão sistemática bibliográfica integrativa tem como característica realizar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 133).

Foi realizado um levantamento de dados provenientes de artigos, protocolos, manuais e portarias publicados no período de (1999 a 2018), nos bancos de dados (BVS); (SciELO);

Google Acadêmico; Secretária de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Revista eletrônica Gestão e Sociedade, Revista Eletrônica da USP, FIOCRUZ e sites relacionados a violência contra a mulher..

No Banco de dados SciELO, foi utilizado como descritores:

- Violência de Gênero; Violência contra a mulher; Violência perpetrada por parceiro íntimo.
- Por fim, utilizei como descritor: Violência doméstica AND naturalização da violência doméstica, encontrando cinco artigos, mas apenas um foi utilizado.

Na BVS, utilizei os mesmos descritores, encontrando dezesseis artigos, mas apenas um foi utilizado neste trabalho.

Os demais artigos foram achados através do Google acadêmico, no qual foram utilizadas as palavras-chave: Violência doméstica And Naturalização; Violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo; Violência doméstica And Atenção primária à Saúde; as quais direcionaram para as seguintes base de dados: Revista Brasileira de História e Ciências Sociais; Revista Katálysis; SciELO; periódicos UFES. Foram utilizados 5 artigos encontrados nas bases de dados já mencionadas.

Através destes artigos foram encontrados em suas citações e referências bibliográficas 15 artigos, que foram utilizados para a elaboração deste trabalho, com base de dados SciELO foram 12 e BVS 3.

Logo, foram utilizados 13 artigos da base de dados SciELO, 4 da BVS e 4 das demais revistas eletrônicas. Além disso, foi utilizado critério de exclusão e inclusão, sendo eles: Literatura que se encaixava no meu tema da pesquisa.

2 GÊNERO: CONSTRUÇÃO SOCIAL ALÉM DA DIFERENCIAÇÃO BIOLÓGICA DO MASCULINO E FEMININO NA SOCIEDADE

Historicamente, na sociedade primitiva, a divisão social do trabalho ocorreu de forma que as mulheres ficaram responsáveis pelas tarefas na esfera da vida privada/doméstica e ao homem coube as atividades e responsabilidades no espaço da vida pública. De acordo com Engels (1984, p. 57).

A divisão do trabalho é absolutamente espontânea: só existe entre os dois sexos. O homem vai à guerra, incumbe-se da caça e da pesca, procura as matérias-primas para a alimentação, produz os instrumentos necessários para a consecução dos seus fins. A mulher cuida da casa, prepara a comida e confecciona as roupas: cozinha, fia e cose.

Com o desenvolvimento das forças produtivas na sociedade, o trabalho braçal do homem ganhou certa relevância, repercutindo numa depreciação, principalmente monetária, do trabalho desenvolvido pela mulher, de cuidar dos filhos, do lar e dos afazeres domésticos.

Outra passagem de Engels demonstra isto:

O trabalho doméstico da mulher perdia agora sua importância, comparado com o trabalho produtivo do homem; este trabalho passou a ser tudo; aquele, uma insignificante contribuição. Isso demonstra que a emancipação da mulher e sua equiparação ao homem são e continuarão sendo impossíveis, enquanto ela permanecer excluída do trabalho produtivo social e confinada ao trabalho doméstico, que é um trabalho privado. (ENGELS, 1984, p. 58).

A divisão social do trabalho está associada à desigualdade social entre os gêneros e a construção da identidade social feminina vinculada à maternidade, à reprodução social e à socialização das crianças. É fruto de uma cultura patriarcal, do estabelecimento de relações hierárquicas de poder dos homens sobre as mulheres na sociedade; da imposição de papéis sociais diferenciados para homens e mulheres, tomando o sexo biológico como referência para fazer essa distinção.

Desde a primeira notória divisão social do trabalho as mulheres começaram a ser julgadas como seres menos valorizados que os homens, visto que esses homens utilizavam sua força produtiva fora dos lares e as mulheres permaneciam com os afazeres domésticos, tornando-se menos valorizadas perante a sociedade da época.

Alguns autores, assim como Engels (1984), mencionam em seus escritos que a equidade entre homens e mulheres só seria possível com a inserção da mulher no mercado de

trabalho, ou seja, na introdução da mão de obra feminina no modelo de produção social do capitalismo.

A entrada da mulher no sistema capitalista não resultou na igualdade de gênero, mas sim no aumento da jornada de trabalho e dupla função dos seus trabalhos, exercendo sua função e afazeres domésticos acrescidos do trabalho produtivo fora dos mesmos. Diferentemente dos homens, que deixaram de participar dos trabalhos no lar ao vender sua força produtiva.

Podemos citar a Revolução Industrial, na segunda metade do século XVIII a XIX, na Inglaterra, que foi o primórdio da entrada da mulher Universal, ou seja, a mulher branca, até então as mulheres negras já estavam inseridas no mercado de trabalho.

A entrada da mulher branca no mercado de trabalho, se deu com a mão de obra mais barata, altas jornadas de trabalho, condições insalubres e submetidas a receber 60% a menos que os homens.

A introdução da mulher ao mercado de trabalho a partir da Revolução Industrial evidenciou a diferenciação entre homens e mulheres com a desvalorização do seu trabalho em relação aos homens, submetendo ao mesmo serviço e tempo de trabalho produtivo que eles para ganhar uma remuneração abaixo, sendo o fato justificado por sua condição biológica, ou seja, o fato de ser mulher. Esse pilar social de desvalorização da mulher é reproduzido na sociedade até os dias atuais e permanece enraizado em nossa cultura androcêntrica⁴.

Dessa maneira, podemos inferir que a Revolução Industrial incorporou o trabalho da mulher no mundo industrial, das fábricas, o que acarretou o trabalho da mulher fora do lar e mal remunerado.

Além da exploração de uma classe social sobre a outra, podemos mencionar também um outro tipo de classe, a classe de sexo, base procriadora da desigualdade de gênero, onde as mulheres casadas necessitavam de autorização dos seus maridos para vender sua força de trabalho e as mulheres solteiras precisavam de autorização do pai. Evidenciando a submissão da mulher perante uma figura masculina, seja a representação de um pai, irmão, esposo ou outro homem, acentuando a desigualdade de gênero e a perda de autonomia e liberdade de escolhas das mulheres, até mesmo a tentativa de inserção no mercado de trabalho estava na dependência da aceitação do homem.

⁴ **Androcentrismo** é um termo criado pelo sociólogo americano Lester F. Ward em 1903. Está associado à noção de patriarcado, descreve comportamentos, sociedades nas quais o homem e suas experiências são tidas como universais e únicas, não levando em consideração a experiência e sabedoria feminina.

Com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, seus serviços eram oferecidos, mas eram enquadrados no "perfil de mulher", ou seja, o perfil de secretária, empregada doméstica, recepcionista, balconista, cuidadora, entre outras profissões que tenham características particularmente femininas e de mãe.

A visão androcêntrica determina que a mulher é frágil, sensível, prestativa, organizada, dentre outras características. Sendo estabelecido socialmente o papel para a mulher é de "bela, recatada e do lar" ainda encontrado enraizado até os dias de hoje, como profissões de mulheres.

Atualmente esse modelo vem sendo desconstruído, com a inserção das mulheres nas diversas profissões, incluindo aquelas exercidas por homens, podemos citar as áreas da engenharia, motoristas de ônibus, caminhoneiras, advogadas, oficinas de carros, jogadoras de futebol, dentre outras.

Vale mencionar que nenhuma profissão é determinada pelo fator biológico, dependente de sexo feminino ou masculino, e sim uma escolha que um indivíduo faça por seus gostos pessoais e realização profissional.

A exploração do trabalho feminino na forma da dupla jornada de trabalho levou as mulheres a ficarem sobrecarregadas sem nenhuma remuneração por esse trabalho, além da simultaneidade entre esses trabalhos, no qual as tarefas são realizadas ao mesmo tempo. Essa rotina intensa das mulheres que as sobrecarregam pode originar problemas de saúde e até o adoecimento mental.

O Fórum Nacional de mulheres trabalhadoras das centrais sindicais (SAÚDE, 2016), cita os problemas de saúde das mulheres relacionados ao mundo do trabalho. Podemos destacar o trecho a seguir.

Sofrem sintomas e doenças causadas pelas condições de trabalho que não matam nem mutilam, mas lhes tornam, penoso o cotidiano e se tornam crônicas, acompanhando-as até o fim da vida. Em função da postura e ritmo de trabalho muitas trabalhadoras têm varizes, inchaço nas pernas, cansaço, hérnia de disco. O estabelecimento de metas e permanente controle causa angústia, depressão, insônia, medo de perder o emprego, aumento da tensão pré-menstrual, displasia mamária, distúrbios digestivos, sensação de incapacidade, LER (Lesão por Esforços Repetitivos) DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). (SAÚDE, 2016, p. 7).

Vale ressaltar que de acordo com Santos e Oliveira (2010), a desigualdade entre os sexos foi construída historicamente pelas instituições ideológicas, podemos destacar: O Estado, a Igreja, Mídia, Família, entre outras, baseado na diferenciação biológica entre macho

e fêmea para argumentar e produzir na sociedade uma cultura justificada em papéis que cabem ao homem e aqueles que cabem às mulheres relacionadas a sua diferenciação física e biológica, provocando um pensar que o órgão reprodutor determinasse o perfil que o homem e a mulher devem desempenhar na sociedade.

A terminologia “gênero” passa a ter outro significado, não contemplando apenas a diferenciação biológica de masculino e feminino, mas sim, uma forma de análise social que baseia-se na diferenciação dos corpos associados à construção social da supremacia masculina, desigual e preconceituosa.

O termo gênero aparece com os movimentos feministas da contemporaneidade, com o objetivo de explicar e trazer essa discussão sobre as desigualdades dos sexos construída na sociedade. Segundo Scott (1995, p. 85).

O termo “gênero” faz parte da tentativa empreendida pelas feministas contemporâneas para reivindicar um certo terreno de definição, para sublinhar a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre homens e mulheres.

Corroborando a passagem acima,

A categoria gênero pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social. Enquanto o biológico refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas, entre os homens e as mulheres, o social diz respeito à maneira como estas diferenças se comportam nas diferentes sociedades, ao longo da história. (FONSECA, 1997, p. 10).

Por fim, a diferenciação entre gêneros é algo criado por homens e instaurado na sociedade patriarcal, que estereotipa os corpos não somente com base na diferenciação biológica, mas sim, social, definindo como a mulher deve ser submissa ao homem, como deve se comportar na sociedade além de padronizar a figura feminina.

3 A COMPLEXIDADE DE CONCEITUAR A VIOLÊNCIA

A violência é um fenômeno multifacetário, encontrado desde o início das formações sociais e em suas diversificadas formas de sociabilidade. Pode ser marcado como um fator resultante do desenvolvimento do homem na sociedade, que se modifica no transcorrer do tempo, sendo influenciada pelo modo de produção econômico, da época, cultura, valores e costumes de cada arranjo social, não podendo excluir as questões sociais relacionadas à cor, raça, etnia, sexo e classe social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG *et al.*, 2002, p. 5).

Segundo Minayo (2006, p. 13) A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra vis, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro.

Corroborando a citação acima, Bonamigo (2008, p. 205) menciona o termo violência, que origina-se do latim - *violentia* que significa caráter violento, força, vigor, potência ou emprego da força física.

Logo, é concebível que a palavra violência tenha um significado amplo, no entanto, em sua origem, ela está associada à força física no sentido de exposição de uma ação.

O sentido etimológico da violência, mencionado por Michaud (1989, p. 13) ressalta que etimologicamente "o termo evidencia a ideia de uma força não qualificada que se torna violência apenas quando passa da medida quando perturba uma ordem, quando rompe acordos e regras que ordenam relações".

A partir da leitura destes autores entende-se que uma ação violenta só será classificada como tal se exceder os limites, transgredir as regras impostas pela sociedade, podendo ser, institucionais, jurídicas, sociais e até pessoais, conhecidas como teias relacionais por Escorsim (2005, p. 238).

Contextualizam as dinâmicas sociais, através das normas e regras seguidas e toleradas pela sociedade, delimitando o que é considerado violência em diferentes épocas e grupos sociais.

A expressão violência é de difícil enquadramento, por não ser fixa e simples, ou seja, reduzi-la é deixar de compreender as singularidades que permeiam os diversos povos, suas especificidades históricas e suas transformações.

Dessa forma, a violência é caracterizada segundo as normas, situações e cultura na qual está estabelecida.

A violência, de acordo com Walters e Parke, mencionado no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002), é determinada culturalmente. Algumas pessoas, mesmo sem a intenção de ferir os outros, o fazem, mas, com base em seus antecedentes culturais e suas crenças, não percebem seus atos como violentos.

Ainda segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde,

A definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde, contudo, define a violência em relação à saúde ou ao bem-estar das pessoas. Determinados comportamentos, como bater na esposa, podem ser considerados por algumas pessoas como práticas culturais aceitáveis, mas são considerados atos violentos, com importantes implicações para a saúde da pessoa. (KRUG, 2002, p. 05).

Assim, podemos inferir que a violência é influenciada pela cultura, pela construção social e histórica de uma sociedade e não é estática. À medida que é reformulada pelos valores e normas da sociedade que transcende os anos, evoluindo com o passar dos tempos.

A cultura⁵ é a representação das formas de pensar, sentir e agir de uma sociedade, por meio da comunicação, da cooperação e da repetição dessas ações. Salientando que toda cultura é inclinada a seguir certos comportamentos e práticas, e a repudiar outros.

A violência cultural se manifesta primordialmente sob a forma de discriminações e preconceitos que se transformam em verdadeiros mitos, prejudicando, oprimindo, estereotipando ou às vezes até eliminando os diferentes.

Nesse sentido, mencionamos os grupos vulneráveis que há nas sociedades como no caso, as mulheres e as mesmas nas relações de gênero, de raça, crianças, idosos e outros.

3.1 VIOLÊNCIA: UMA PROBLEMÁTICA SOCIAL COMO DISPOSITIVO DE DOMINAÇÃO DE PODER

⁵ Edward Tylor (1832-1917) fez uma das primeiras propostas científicas de que cultura seria “em seu amplo sentido etnográfico, este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou quaisquer outras capacidades ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”. (1871, p. 1).

A violência é um fato humano, social e histórico (NJAINÉ; ASSIS; CONSTANTINO, 2007, p. 23).

Minayo (2005, p. 15) Aponta que:

Não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas do que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução dos conflitos.

Para exemplificar, uma passagem do Impacto da violência na saúde,

Há uma configuração peculiar da violência social, econômica, política e institucional no Brasil, na China e na Holanda. Da mesma forma, a violência social, política e econômica da época colonial brasileira não é a mesma que se vivencia hoje, num mundo que passa por grandes transformações. (NJAINÉ; ASSIS; CONSTANTINO, 2007, p. 23).

A discussão a respeito da existência de práticas violentas desde a Antiguidade é tratada por Buoro (1999, p. 64), quando ele explica que a violência se tornou algo ligada ao nosso cotidiano e assim, passamos a acreditar que o mundo nunca foi tão violento como atualmente.

A problemática relacionada a violência se reflete de várias maneiras e nos mais diversificados níveis sociais e culturais. É evidenciado na sociedade através de guerras, opressões, tirania entre outras expressões.

Hayeck (2009, p. 1) aponta que a violência é "uma questão já existente desde a antiguidade, vale lembrar que existem relatos referentes à idade média em que a violência física fazia parte do homem medieval". As ações agressivas eram bastante naturais neste período, exemplificando as mortes em público, os apedrejamentos, torturas e outros.

O processo civilizador que ocorreu no início da idade moderna forma o período de transição entre o feudalismo e o capitalismo, no qual é notório a violência como prática adotada pelo Estado, com a finalidade de controle social.

Primitivamente, a violência era empregada como meio de defesa dos homens, sendo assim, baseada na intuição de sobrevivência, com o passar do tempo e a dominação do homem sobre a natureza.

A violência passa a ser legalizada, organizada e institucionalizada pelas classes dominantes, no intuito de concentrar a riqueza para uma pequena parcela da população e como forma de poder dessa parcela sobre outros componentes da sociedade.

Dessa forma, Santos (2002, p. 02) define a violência como um dispositivo de poder, que através da utilização da força e coerção, gera um prejuízo social.

De acordo com Minayo, no livro *Impacto da Violência na Saúde* (2007, p. 23):

A ocorrência da violência se configura como uma forma de manipulação de um indivíduo sobre outro, podendo ser uma forma de dominação de uma cultura sobre outra, de uma sociedade sobre outra, e também pode ser uma maneira de controlar sociedades e indivíduos ou de demonstração de força de controle sobre os mesmos.

Vale ressaltar que há muitas outras definições, por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente.

Um aspecto importante é distinguir os conceitos de violência e de agressividade, descrito por Minayo, no livro *Impacto da Violência na Saúde* (2007, p. 23):

Segundo Freud (1980), a agressividade é um impulso inato, essencial à sobrevivência, à defesa e à adaptação dos seres humanos. Constitui-se como elemento protetor que possibilita a construção do espaço interior do indivíduo, promovendo a diferenciação entre o EU e o OUTRO.

Portanto, a agressividade, ao contrário da violência, caracteriza-se como um processo de constituição da subjetividade, ou seja, da construção do eu do indivíduo. E a modificação da agressividade em violência é um processo que ocorre simultaneamente no âmbito social e psicossocial, sendo influenciado pelas circunstâncias sociais, a cultura, as relações entre os indivíduos e as relações comunitárias.

A violência não é encontrada apenas nas relações de exploração e de poder de uma classe e/ou cultura sobre outra. Podemos considerar outras manifestações de violência que permeiam a sociedade, entre elas, a violência autoinfligida; a violência interpessoal e a violência coletiva.

Os homens são as principais vítimas de formas de violência que resultam em maior número de registros nos sistemas de informação da saúde, da segurança pública e da justiça. Segundo um estudo sobre os atendimentos em serviços de urgência e emergência do SUS, decorrente de violência física, realizado com dados do inquérito do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), pelo Ministério da Saúde, em 2011, citado por Garcia (2016, p. 451) mostra que:

Os jovens vítimas de violências atendidos em serviços de urgência e emergência do SUS, mostrou que os homens foram as principais vítimas (75,1%) e agressores (83,1% e 69,7% dos casos de violência perpetrada contra vítimas do sexo masculino

e feminino, respectivamente). Entre os homens, predominaram agressões em via pública perpetradas por desconhecidos, com maior proporção de lesões mais graves e óbitos nas primeiras 24 horas. Entre as vítimas do sexo feminino, predominaram ocorrências no domicílio, perpetradas por companheiros, ex-companheiros, familiares ou conhecidos.

A violência contra as mulheres, só começou a ser contestada, de forma mais incisiva, a partir dos anos 80, quando se toma consciência desta problemática social e da banalização da violência no cotidiano dos indivíduos. Além disso, trata de uma relação desigual de poder, na qual o homem se sente superior, dono e chefe dentro do lar e da sociedade, se considerando dono e proprietário da mulher.

3.2 AS TIPOLOGIAS DA VIOLÊNCIA

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002), a categorização faz a diferenciação entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, daquela violência infligida por outra pessoa ou por um pequeno grupo, e a violência infligida por organizações da sociedade civil ou governamentais, tais como, o Estado, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas.

3.2.1 Violência Auto-Infligida

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002, p. 06), a violência auto-infligida é subdividida em dois comportamentos, Sendo eles: O suicida (podemos citar os pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios completados.), e o auto-abuso, no qual inclui atos como a automutilação.

3.2.2 Violência Interpessoal

A violência interpessoal é dividida em duas subcategorias, sendo a violência da família e de parceiro(a) íntimo(a), e a violência comunitária.

Violência da família e de parceiro íntimo: Ocorre em grande parte entre os integrantes da família e por parceiros íntimos, mas não exclusivamente, dentro de casa. As formas desta violência apresentam-se como: Abuso infantil, violência perpetrada por parceiro íntimo e abuso contra os idosos.

A segunda subcategoria é a violência comunitária, aquela violência que ocorre entre pessoas sem parentesco (consanguíneo ou não), e que pode ser conhecido ou não, podendo ser estranhos e fora do lar. Apresentada como violência juvenil, atos

eventuais de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, assim como a violência em grupos institucionais, exemplo escolas, trabalho, prisões e asilos. (KRUG, 2002, p. 06).

3.2.3 violência coletiva

A violência coletiva é fragmentada em violência social, política e econômica (no dia a dia, muitas vezes é difícil separar esses componentes ou dimensões da violência, que se apresentam articulados). Se diferencia das demais categorias, as subcategorias desta violência propõem uma pré-existência, ou seja, motivo, que levem a essa violência cometida pelos grandes grupos ou pelas Instituições, como o Estado. Exemplos das subcategorias de violência coletiva:

- Violência social: Crimes de ódio produzido por grupos organizados; atos terroristas e violência de multidões.
- A violência política: Guerras, violência do Estado e atos similares gerados por grupos maiores.
- A violência econômica: Ataques de grupos maiores fomentados pelo ganho econômico, podendo ser ataques com a finalidade de interromper uma atividade econômica, impedir ou reduzir o acesso a serviços essenciais ou produzir fragmentações econômicas. (KRUG, 2002, p. 06).

Além dos tipos de violência podemos mencionar também, de acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002, p. 06) a natureza dos atos violentos, que pode ser: Física; Sexual; Psicológica; Negligência.

Esses quatro tipos de atos acontecem em cada tipologia e subcategorias já descritas acima, excluindo a violência auto-infligida. Exemplificando, a violência contra a mulher cometida dentro do lar pode abranger o abuso físico, sexual e psicológico, bem como patrimonial.

Essa tipologia descrita pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), permite prover uma estrutura útil para a compreensão dos substanciais padrões de violência que acontecem no mundo, no dia a dia de pessoas, sociedades, comunidades e familiares.

A importância de reconhecer a natureza dos atos violentos é a relevância de perceber as questões que o cercam, e descrever a possível relação entre quem comete a violência e a vítima. No entanto, tanto na academia quanto na prática, as diferenças entre os tipos de violência nem sempre são nítidas.

Os diversos tipos de violência podem compartilhar alguns fatores de risco. Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002, p. 14) são fatores de risco associados a

mais de um tipo de violência: as normas culturais, a pobreza, o isolamento social e fatores de abuso, como o abuso de álcool, abuso de substâncias e o acesso a armas de fogo.

Além disso, vale salientar que algumas pessoas sob risco de violência podem vivenciar mais de um tipo de violência, como por exemplo: As mulheres sob o risco de violência física perpetrada por parceiros íntimos, também estão sob risco de violência sexual e psicológica.

Lidar com os fatores de risco associados aos vínculos entre os tipos de violência e a interação entre os fatores individuais e os contextos sociais, culturais e econômicos, nos mais diversos níveis da sociedade pode contribuir para a redução de mais de um tipo de violência.

4 A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Há formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades, é o caso da violência de gênero, ou conhecida também como violência contra a Mulher.

Este tipo de violência se manifesta como forma de dominação e é encontrada em qualquer estrato social, entre as raças, etnias e faixas etárias. Seu maior problema é o machismo⁶ naturalizado na socialização que é compartilhada por homens e mulheres.

Portanto, os tipos de violência têm possibilidades e fatores diversos, demonstrando as regras e valores de cada época, os movimentos históricos que trazem novas concepções, quebras de paradigmas que permite identificarmos o que é ou não justo em cada momento da sociedade.

Segundo Bonamigo (2008, p. 206) a modificação em nossa percepção e sensibilidade "possibilita abranger novos tipos de violências que antes não eram considerados, como: discriminação por cor, sexo, idade etnia, religião escolha sexual, situações de constrangimento exclusão ou humilhação".

O que antes era visto como natural, corriqueiro, hoje através das ideologias de gênero e da disseminação delas e da equidade social, passa a ser percebido como uma construção social, algo não natural, ou seja, há uma maior preocupação em desnaturalizar algumas formas de violência.

A violência contra a Mulher é um dos tipos de violência que se manifesta nas relações da sociedade, e está associada à relação de poder, sendo explicada como uma questão cultural e incentivada pela sociedade, para que os homens exerçam sua dominação como chefes de família e da sociedade.

Pinafi (2007, p. 01) define violência contra mulher:

Considerada como toda e qualquer conduta baseada no gênero, que cause ou passível de causar morte, dano ou sofrimento nos âmbitos: físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada.

A violência contra a mulher é resultado de uma construção histórica, cultural e social que se consolidou na sociedade patriarcal⁷, hierárquica, sexista e machista. Fazendo parte do

⁶ Segundo DRUMONT (1980, p. 82), machismo constitui um sistema de representações-dominação que utiliza o argumento do sexo, mistificando assim as relações entre os homens e as mulheres, reduzindo-os a sexos hierarquizados, divididos em polos dominante e dominado que se confirmam mutuamente numa situação de objetos

cotidiano de cada país sendo silenciado em cada período histórico, sua manifestação pode ocorrer em qualquer lugar, na rua ou em casa, e pode ser caracterizada por atos de agressão física, sexual, psicológica, moral e patrimonial.

A violência contra a mulher também é mencionada como violência doméstica, familiar, sexual, psicológica, física, dentre outras classificações.

Apesar das diversas nomenclaturas a violência contra a mulher afeta de maneira negativa a sociedade, deixando um resquício de sofrimentos e agressões, direcionado especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres.

4.1 AS CONFERÊNCIAS, AS LUTAS PELA ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, RESULTANDO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Durante o século XX, ocorrem conferências internacionais que deram visibilidade às discussões sobre os direitos humanos mínimos para todo Humano do mundo, destacando a violência de gênero contra a mulher e o impacto na saúde e vida das mulheres em situação de violência doméstica, o que contribuiu para o fortalecimento de ações que visam a erradicação da violência contra a mulher e incentivo das denúncias de violência contra a mulher.

A violência contra as mulheres ganhou visibilidade social e política no Brasil, na década de 80, através dos movimentos feministas, principalmente em decorrência de assassinatos, como o assassinato da "socialite" Angela Diniz pelo "playboy" Doca Street em Búzios, em 1976.

Tornando-se um problema de saúde pública, a preocupação não se encontra só no território nacional e sim em um problema global, que acompanha um movimento de reconhecimento dos direitos humanos das mulheres a uma vida sem violência.

No Brasil, as organizações feministas, em conjunto com o Estado, conquistaram aprovação, tais como: Em 1932 A mulher conquista o direito ao voto; 1962 A mulher deixa de ser considerada civilmente incapaz; 1967 A discriminação contra a mulher foi considerada incompatível com a dignidade humana; 1988 Constituição Federal consagra a igualdade entre

⁷ DELPHY, Christine. (2009, p. 173-178.) “É uma palavra antiga, que mudou de sentido por volta do fim do século XIX, com as primeiras teorias dos “estágios” da evolução das sociedades humanas, depois novamente no fim do século XX, com a “segunda onda” do feminismo surgida nos anos 70 no Ocidente Nessa nova acepção feminista, o patriarcado designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens. Ele é, assim, quase sinônimo de “dominação masculina” ou de opressão das mulheres.

homens e mulheres; 2006 Publicada a Lei Maria da Penha e os mecanismos de proteção contra a violência doméstica. Considerado um marco e conquista dos direitos das mulheres e com mudanças na estrutura jurídica de como o Estado lida com a violência doméstica.

O grande marco na luta pela erradicação da violência contra as mulheres é a Lei brasileira nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, denominada popularmente de “Lei Maria da Penha”, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal; da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que o discurso das sufragistas são inicialmente visíveis de mulheres brancas e de classe média, pois as mulheres negras já estavam inseridas no mercado de trabalho, sem nenhum direito e não contempladas pelo discurso e luta das mulheres brancas.

A lei Maria da Penha dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, além de dar outras providências. De acordo com seu capítulo I, artigo 5º, diz que:

Art. 5.º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I. no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II. no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; (BRASIL, 2006).

Outra tentativa de coibir os agressores foi com a sanção da Lei nº 13.104, de 9 de Março de 2015, que altera o art. 121 do Decreto - Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, que prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Ou seja, a punição passa a ser mais severa quando se trata de violência contra as mulheres pelo fato delas serem mulheres.

Dessa maneira, podemos mencionar a implantação de diversos serviços públicos especializados no atendimento à mulher e no enfrentamento a violência doméstica. Essa criação de serviços requer a comunicação entre os poderes da República para se fazer presente nos lugares e situações outrora considerados íntimos e privados.

Podemos citar algumas conquistas fundamentais, nas últimas décadas, que contribuem no enfrentamento da violência contra a mulher, tais como:

- a) Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993);
- b) Conferência Mundial da Mulher (Pequim, 1995).

Essas conferências estabeleceram políticas, movimentos e espaços de denúncias sobre a violência contra a mulher e, os debates foram meios de instrumentos para a garantia dos avanços significativos relacionados à violência de gênero em todo o mundo.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher⁸, também designada Convenção de Belém do Pará, realizada em 6 de julho de 1994, foi considerada a maior conquista da América Latina e Caribe, além disso, foi adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) e ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, promulgada pelo Decreto nº 1.973, de 1 de outubro de 1996, estabeleceu que toda mulher tem direito a uma vida livre de violência e de toda forma de discriminação (BRASIL, 1996).

A Convenção de Belém do Pará (1994) define a violência contra a mulher como: “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996, p. 1),

- a) Ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b) Ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local;
- c) Perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (BRASIL, 1996, p. 1).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher em 1994 foi ratificada pela Lei nº 10.778/2003, que estabelece no Art. 1o, § 1o a notificação compulsória no território nacional de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços públicos ou privados de saúde (BRASIL, 2003).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), criada em 2003, desenvolveu as políticas públicas que tem o objetivo de superar as desigualdades e combater todas as formas de preconceito e discriminação. Sua atuação desdobra-se em três linhas principais de ação: (a)

⁸ É um tratado internacional legalmente vinculante para os Estados, que define o que é violência contra a mulher, estabelece os direitos protegidos, enumera os deveres dos Estados e explicita os mecanismos de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência.

Políticas do Trabalho e da Autonomia Econômica das Mulheres; (b) Enfrentamento à violência contra as mulheres; e (c) Programas e Ações nas áreas de Saúde, Educação, Cultura, Participação Política, Igualdade de Gênero e Diversidade.

Corroborando o que foi dito:

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram fortalecidas por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas; e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática. Até então, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíam, em geral, ações isoladas e referiam-se basicamente a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. (BRASIL, 2011, p. 7).

Além disso, a SPM passou a induzir políticas públicas de enfrentamento à violência, tais como: "criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo a constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção a violência e ampliação do acesso das mulheres a justiça e aos serviços de segurança pública." Ou seja, sendo ampliadas e passando a incluir ações integradas.

Esta ampliação é retratada em diversos documentos e leis publicados neste período, a exemplo dos Planos de Apresentação do Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: Lei Maria da Penha, a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, as Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros.

A institucionalização da SPM representou uma ação de fortalecimento das ações e estratégias de gestão e monitoramento das políticas públicas, que até então eram enfrentadas por meio das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher, criadas em 1985, e das casas-abrigos. Tais órgãos atuavam como a porta de entrada e acolhimento das mulheres em situação de violência, ainda que de forma desarticulada com os demais serviços não especializados de atendimento à mulher em situação de violência.

As diversas ações estão previstas pela Lei e, em consonância a ela, a Secretaria de Políticas para Mulheres publicou, em 2011, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres⁹ (BRASIL, 2011).

A violência contra a mulher (VCM) pode ser entendida como parte do campo da saúde pela ampliação do conceito de saúde, que considera qualquer agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida como parte de sua atuação (WHO, 2012).

É notório que a violência doméstica contra mulheres perpetrada por parceiro íntimo, interfere diretamente na saúde e vida destas mulheres. A criação de leis e normas que respaldam e auxilia estas mulheres através do judiciário, da saúde e das diversas assistências oferecidas por ONG's e governo para que possam sair desse ciclo de violência é fundamental para o enfrentamento da violência doméstica e empoderar as mulheres em situação de vulnerabilidade a não se calar por ter apoio das esferas do governo e da sociedade.

4.2 A IMPORTÂNCIA DESTAS CONQUISTAS PARA A VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A ex-ministra Eleonora Menecucci, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, em uma entrevista para a CUT, em 2013, considera que um dos principais avanços referentes à Lei Maria da Penha (2006), foi fazer do Estado o responsável legal pelo enfrentamento da violência contra a mulher, além disso, menciona a importância da denúncia para garantir que a lei entre em prática.

Complementando a lei e dando maior suporte às mulheres vítimas de violência, há os serviços compostos em rede de atendimento a essas mulheres. Destacando os Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAM); Casas Abrigos; Juizados/Varas Especializadas de Violência Doméstica; Núcleos Especializados do Ministério Público; Núcleos Especializados da Defensoria Pública e Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM).

O Senado Federal descreve os Serviços Especializados de Atendimento à Mulher, mencionados acima, da seguinte forma:

⁹ A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres “tem como finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional” Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/>. Acesso em: 26 maio 2020.

Os Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAM), são espaços de acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, que devem proporcionar o atendimento e o acolhimento necessários à superação de situação de violência, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania.

As Casas-Abrigo são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral a mulheres em risco de morte iminente em razão da violência doméstica. É um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias permanecem por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.

Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher: São órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal que poderão ser criados pela União (no Distrito Federal e nos Territórios) e pelos Estados para o processo, julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que prevê a criação dos Juizados, esses poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde.

As Defensorias da Mulher têm a finalidade de dar assistência jurídica, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência. É órgão do Estado, responsável pela defesa das cidadãs que não possuem condições econômicas de ter advogado contratado por seus próprios meios. Possibilitam a ampliação do acesso à Justiça, bem como, a garantia às mulheres de orientação jurídica adequada e de acompanhamento de seus processos.

Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs): São unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. As atividades das DEAMs têm caráter preventivo e repressivo, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, as quais devem ser pautadas no respeito pelos direitos humanos e pelos princípios do Estado Democrático de Direito. Com a promulgação da Lei Maria da Penha, as DEAMs passam a desempenhar novas funções que incluem, por exemplo, a expedição de medidas protetivas de urgência ao juiz no prazo máximo de 48 horas.

Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns: Constituem espaços de atendimento à mulher em situação de violência (que, em geral, contam com equipe própria) nas delegacias comuns.

Serviços de Saúde Geral e Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica: A área da saúde, por meio da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, tem prestado assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violência sexual, inclusive quanto à interrupção da gravidez prevista em lei nos casos de estupro. A saúde também oferece serviços e programas especializados no atendimento dos casos de violência doméstica. (BRASIL, [s.d.], on-line¹⁰).

Esses serviços constituem uma rede de apoio que abrange o judiciário, com a finalidade de punir e coibir os atos de violência contra a mulher, além de proteger as mulheres

¹⁰ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/acoes-contraviolencia/servicos-especializados-de-atendimento-a-mulher>. Acesso em: 02 mar. 2020.

em situação de violência, fortalecer a autonomia das mesmas, educar a sociedade e oferecer assistência com atendimento humanizado das vítimas, em conjunto com os serviços de saúde.

Além disso, visam à promoção e prevenção da saúde destas mulheres além de trabalhar meios para minimizar as ocorrências da violência nos territórios acompanhados pelos serviços de saúde.

A criação dos serviços especializados agiliza o atendimento à mulher em situação de violência em todos os aspectos necessários para garantir a aplicação efetiva da legislação. Sendo os responsáveis, os órgãos do Poder Executivo Federal, estadual e municipal por tornar a Lei Maria da Penha efetiva.

Através da execução de políticas públicas de atendimento à mulher, criam serviços e articulam o atendimento especializado com os demais órgãos, sejam eles, as delegacias e os serviços de saúde.

Podemos mencionar como outra contribuição, a Central de Atendimento à Mulher, ligando para o número 180, a mulher recebe orientação, é acolhida e encaminhada para os serviços da rede especializada no atendimento às mulheres vítima de violência. Além disso, o número 180 também recebe denúncias.

4.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

A mulher na sociedade está exposta aos mais diversos tipos de violência, tanto no âmbito público quanto no privado. Uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a praticada por parceiro íntimo.

Esse fato está associado ao envolvimento emocional entre a mulher e o parceiro que pratica a violência, esta relação abusiva acarreta implicações para a vida da mulher, de seus filhos e daqueles que estão envolvidos nesta relação.

Segundo Cunha e Pinto (2007), a violência contra a mulher está associada a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam às mulheres um lugar de submissão na sociedade, sendo os agressores em sua maioria, conhecidos, mais especificamente maridos, companheiros, ex-companheiros e ex-maridos

A violência praticada contra a mulher pode ocorrer no ambiente familiar, doméstico ou de intimidade (MINAYO, 2006, p. 35).

A violência perpetrada por parceiro íntimo ocorre em todo o mundo, independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural. A maioria dos casos de violência de gênero é praticada por homens e sofrida pelas mulheres.

No entanto, não podemos excluir os casos em que as mulheres também podem ser violentas em seus relacionamentos com homens, e nos relacionamentos com parceiros do mesmo sexo.

De acordo com Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários(as) - Enfrentamento à violência contra a mulher - Soares Bárbara, 2005, p. 13:

Na grande maioria dos casos, a mulher é a principal vítima. Na sua forma mais típica, a violência conjugal é uma expressão do desejo de uma pessoa controlar e dominar a outra (repare que muitos feminicídios acontecem justamente quando a mulher tenta se separar: esse é o momento em que o agressor percebe que perdeu! Já não consegue mais dominar e controlar sua parceira).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),

35% das mulheres no mundo já sofreram violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo ou violência sexual perpetrada por não parceiro. Ou seja, mais de uma a cada três mulheres no mundo já foi vítima de pelo menos um episódio desses tipos de violência. (*apud* GARCIA, 2016, p. 452).

Há diversas formas de violência contra a mulher, desde o abuso emocional, a agressão verbal, física e sexual, que quando não detectada e invisibilizada pode levar a ocorrência do feminicídio, sendo esta a expressão máxima da violência.

De acordo com dados do Banco Mundial e da Fundação Perseu Abramo, referenciados por Carreira e Pandjjarjian (2003),

Um em cada cinco dias de falta ao trabalho de uma mulher é decorrente da violência doméstica, e a cada cinco anos de violência doméstica, a mulher perde um ano de expectativa de vida. Na América Latina, os dados não são muito diferentes, onde a violência doméstica incide sobre 25 a 50% das mulheres. No Brasil, 70% dos crimes contra mulheres acontecem dentro de casa e o agressor é o marido ou o companheiro. (IPEA, 2010, p. 35).

Na sua forma típica, a violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo envolve atos repetitivos, que vão se agravando com o passar do tempo, em frequência e intensidade, podemos citar: a coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais variadas. Além do medo constante, esse tipo de violência pode suceder em danos físicos e psicológicos permanentes.

Tanto os homens quanto as mulheres podem ser violentos e praticar agressões físicas e verbais. Esta ação pode estar associada à dificuldade de expressar seus sentimentos de forma respeitosa e civilizada, sendo caracterizada como as típicas relações de conflito.

Vale mencionar que a violência relacionada ao conflito, que gera a agressão física e verbal, não é fomentada somente pela desigualdade de poder, o que

acontece nestes casos de conflito, é que a relação de amor acaba se transformando numa espécie de ringue de lutas e disputas recíprocas.

A violência doméstica é um problema que muitas das vezes vem acompanhada de outras mazelas sociais, tais como: pobreza, alcoolismo, uso e abuso de drogas, problemas mentais etc.

No entanto, esses problemas que podem ser associados à violência doméstica não são as causas da mesma, visto que muitos alcoólatras nunca agrediram suas mulheres e muitos homens não precisam do álcool para praticar violência. Ou seja, são considerados problemas adicionais.

De acordo com o ‘Mapa da Violência 2012: atualização: homicídios de mulheres no Brasil’ (WASELFISZ, 2012), duas em cada três pessoas atendidas no SUS em razão de violência doméstica ou sexual são mulheres; e em 51,6% dos atendimentos foi registrada reincidência no exercício da violência contra a mulher. O SUS atendeu mais de 70 mil mulheres vítimas de violência em 2011 – 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico. (GALVÃO, 2012).

Segundo o Dossiê realizado por Galvão (2012, on-line) mostrou que:

O Balanço 2014 do Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher (SPM-PR) aponta que em mais de 80% dos casos de violência reportados, a agressão foi cometida por homens com quem as vítimas têm ou tiveram algum vínculo afetivo: atuais ou ex-companheiros, cônjuges, namorados.

Outro dado divulgado por Galvão (2012) Frequentemente essa violência torna-se parte do cotidiano dessas mulheres: em 43% dos casos de violência registrados em 2014 pelo serviço Ligue 180 as agressões ocorriam diariamente; em 35%, a frequência era semanal.

Segundo o Atlas da Violência (IPEA, 2019, p. 35) traz uma informação sobre o crescimento dos homicídios femininos no Brasil em 2017, com cerca de 13 assassinatos por dia. Ao todo, 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007.

Ainda segundo o Atlas da Violência (IPEA, 2019, p. 35). Entre 2007 e 2017 houve aumento de 20,7% na taxa nacional de homicídios de mulheres, quando a mesma passou de 3,9 para 4,7 mulheres assassinadas por grupo de 100 mil mulheres.

No ano de 2017, a taxa de homicídios de mulheres não negras foi de 3,2 a cada 100 mil mulheres não negras, já ao passo que entre as mulheres negras a taxa foi de 5,6 para cada 100 mil mulheres nesses grupos as mulheres vítimas de feminicídio (IPEA, 2019, p. 38).

Segundo a pesquisa o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), realizada pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), é uma pesquisa domiciliar e presencial, realizada em 2013, a respeito do tema tolerância social à violência contra as mulheres, que traz um levantamento de opiniões e percepções da sociedade brasileira sobre questões como o sexismo e a violência contra as mulheres.

A pesquisa foi realizada em 3.809 domicílios, em 212 municípios, abrangendo todas as unidades da federação (IPEA, 2014 *apud* GALVÃO, 2014, on-line):

63% dos entrevistados concordam, total ou parcialmente, que “casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família”. E 89% concordam que “a roupa suja deve ser lavada em casa”, enquanto que 82% consideram que “em briga de marido e mulher não se mete a colher”.

Corroborando o que foi citado, um estudo realizado pela OMS (*Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* (OMS, 2002) constatou que cerca de 20% das mulheres agredidas fisicamente pelo marido no Brasil permaneceram em silêncio e não relataram a experiência nem mesmo para outras pessoas da família ou para amigos.

Já em outra pesquisa, acerca da Violência e Assassinatos de Mulheres (Data Popular), (GALVÃO, 2013, on-line) mostra que apenas 2% da população nunca ouviu falar da Lei Maria da Penha e que, para 86% dos entrevistados, as mulheres passaram a denunciar mais os casos de violência doméstica após a Lei. E 86% concordam também que a agressão contra as mulheres deve ser denunciada à Polícia, demonstrando que o enfrentamento a esta forma de violência tem o respaldo da população.

Podemos inferir que apesar da ampla divulgação e conhecimento das leis que protegem as mulheres em situação de violência doméstica e punem os seus agressores, isso não é o suficiente para encorajar as mulheres a romper com os parceiros violentos.

Isso se deve a diversos fatores, podendo ser: o Risco de romper a relação é um dos principais fatores; Vergonha e medo; Esperança de mudança do comportamento do parceiro; O isolamento social e a falta de rede de apoio; Negação de ajuda; Dependência econômica; e o processo longo de desvincular a relação.

Ao tentar romper a relação os parceiros ameaçam suas cônjuges e seus filhos, o que pode levar ao feminicídio, e também gera medo nessas mulheres, que por sua vez se sentem inseguras, envergonhadas a procurar ajuda e denunciar seus parceiros, eles podem ficar ainda mais violentos e ao mesmo tempo com vergonha de ter que reconhecer que seu romance fracassou e seu sonho de ser feliz junto da pessoa amada acabou em uma delegacia de polícia.

Além disso, a esperança de que o comportamento do agressor mude através de promessas feitas, desculpas, juras de amor e até mesmo o início de algum tipo de tratamento, como, entrar para os Alcoólicos Anônimos, procurar um psiquiatra ou uma igreja, o que levará a uma nova tentativa da mulher com o seu companheiro.

É importante não julgá-las, até porque as mesmas sofrem, muitas vezes, com o isolamento social, no que tange a perda dos laços familiares e sociais, seja porque o companheiro é ciumento, controlador e acaba afastando o convívio da mulher com as pessoas que a cercam, limitando as relações das mesmas com alguns familiares e amigos aceitos pelo marido.

Tornar a violência um fato público, significa recheiar de vergonha e diminuir as esperanças de recompor o casamento. Outro fator que dificulta a mulher a denunciar e se separar do marido é a chantagem sofrida, seja ela, a custódia dos filhos, as ameaças, as difamações e exposições sofridas pelas mulheres, a dependência econômica que dificulta ainda mais o processo de separação. Essas são algumas das muitas dificuldades que as mulheres passam em nossa sociedade.

Assim, é de fundamental ajuda as redes de apoio a essas mulheres, para que empoderem-se, se sintam mais seguras e adquiram coragem para a tomada de decisões. É muito importante não julgá-las através de suas escolhas, e sim entendê-las e de alguma maneira ajudá-las a sair desta situação, pois sem segurança e sem o apoio necessário é muito difícil sair de uma relação violenta com alguém com quem se está tão envolvido.

É importante mencionar que esses dados retratados acima podem refletir uma parte da realidade, dado que grande parcela das mulheres em situação de violência perpetrada por seus parceiros íntimos não chegam a denunciar.

Outra questão que tem sido evidenciada nos últimos anos diz respeito à percepção de ter havido crescimento nos casos de feminicídio e de denúncias de violência doméstica no país.

No entanto, não se sabe ao certo se o aumento dos registros e das denúncias pelas polícias reflete efetivamente o aumento no número de casos, ou a diminuição das

subnotificações. Já que é relativamente nova, de maneira que pode haver processo de aprendizado em curso pelas autoridades judiciárias e de saúde.

5 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PERPETRADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS

É notório que a violência afeta altamente a vida e a saúde das mulheres, além de ter alto potencial de morte, resultando na forma mais extrema da violência o feminicídio, as mulheres em situação de violência muitas vezes são aquelas que frequentam com regularidade os serviços de saúde, sendo muitas vezes para os cuidados das agressões e queixas de dores.

Um dado que corrobora essa afirmação é de Ludemir *et al.*, (2008) de que pelo menos 35% das queixas levadas por mulheres a esses serviços estão ligadas à violência sofrida e os perpetradores são seus parceiros íntimos em 88% dos casos.

Os serviços de saúde da atenção primária são realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), por meio das Clínicas da Família (CF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção primária é o primeiro nível de atenção em saúde e é definida por um conjunto de ações de saúde, que inclui o âmbito individual tanto quanto o coletivo, que engloba a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, tem como finalidade desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades¹¹.

Além disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, vale ressaltar que a APS se baseia nos princípios da universalidade, da acessibilidade e da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Ou seja, a APS pode ser caracterizada como um filtro que organiza o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, baseados nos princípios e diretrizes do SUS¹².

Para mais, a APS foi desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, sendo seu espaço físico mais próximo da vida das pessoas, o que acarreta a aproximação dos usuários, maior adesão dos mesmos aos serviços de saúde, o acompanhamento integral dos usuários por parte das equipes de saúde da família, o estreitamento da relação clínica da

¹¹ Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-primaria>. Acesso em: 26 maio 2020.

¹² Ministério da Saúde, Princípios do SUS. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios>. Acesso em: 26 maio 2020.

família - população levando o conhecimento dos problemas de saúde existentes na área de abrangência da Clínica para os profissionais de saúde.

O Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹³, 2012 contribuiu no processo de consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo o Ministério da Saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como objetivo:

A reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, [s.d.], on-line)¹⁴

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, de acordo com o Ministério da Saúde, seu quadro de funcionários devem conter no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Ademais, podem ser incorporados a essa organização os profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal).

Há diversas estratégias governamentais relacionadas a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)¹⁵, que tem como objetivo cuidar da população no ambiente em que vive através do Programa Saúde na Hora, o Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil e a Estratégia Saúde da Família, entre outros programas, ações e estratégias. Sendo abordada no presente trabalho a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Tem como finalidade levar serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF) e no Rio de Janeiro, conhecida como as Clínicas da Família (CF).

Alguns exemplos dos serviços oferecidos: Consultas, exames, vacinas, radiografias, encaminhando para outras especialidades clínicas, fornecimento de medicação básica e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF/ CF.

¹³ Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento que reúne as diretrizes orientadoras das ações dos governos federal, estaduais e municipais nesta área. Esta prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS, disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/>. Acesso em: 26 maio 2020.

¹⁴ Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 26 maio 2020.

¹⁵ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/sobre>. Acesso em: 26 maio 2020.

Vale salientar que a Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência doméstica leva em conta a rota crítica (OMS/OPAS, 1998), que segundo a Secretaria de Políticas para Mulheres, em seu documento sua coleção Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011, p. 30), refere-se:

O caminho que a mulher percorre na tentativa de encontrar uma resposta do Estado e das redes sociais frente à situação de violência. Essa trajetória caracteriza-se por idas e vindas, círculos que fazem com que o mesmo caminho seja repetido sem resultar em soluções, levando ao desgaste emocional e à revitimização.

A mulher em situação de violência percorre distintos caminhos em busca de atendimento, essa rota, mais conhecida como itinerário terapêutico, possui diversas portas de entrada, (serviços de atenção primária à saúde, de emergência na saúde, delegacias, serviços da assistência social, entre outros), que devem trabalhar de forma articulada no intuito de prestar uma assistência integral, qualificada e não-revitimizante à estas mulheres.

Segundo Sagot (2000, p. 181),

A Rota Crítica é iniciada a partir do momento em que a mulher decide falar da violência sofrida. O Primeiro contato, na maioria das vezes, é através de amigos e familiares e em seguida, com os serviços de apoio a essa rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

No Brasil, o termo utilizado é o itinerário Terapêutico, que de acordo com Gerhardt (2006, p. 15):

O termo itinerário terapêutico é aqui utilizado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos pertencentes a camadas de baixa renda, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde.

Essas mulheres procuram os serviços de saúde com certa frequência, de acordo com a Secretaria de Política de Saúde, no ‘Cadernos de Atenção Básica, n. 8 - Violência intrafamiliar - orientações para a prática em serviço’ (BRASIL, 2002, p. 48) “em decorrência de palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia ou perturbações digestivas vagas que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano”.

Corroborando, segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2011, p. 45),

Mulheres em situação de violência doméstica de gênero buscam mais intensamente os serviços de saúde com queixas vagas, de ordem reprodutiva e/ou de saúde mental,

além de relatos de abortamentos decorrentes da violência e de tentativas de suicídio mais frequente em relação às mulheres que não viveram situações de violência.

A violência doméstica contra as mulheres tem grande impacto sobre a saúde daquelas que vivem sob essa condição, os profissionais da Atenção Primária à Saúde, são reconhecidos como grande potência para visibilizar a violência de gênero e acolherem as mulheres em situação de violência, por estarem localizados em áreas estratégicas e ter um vínculo com a comunidade, faz com que muitas das mulheres recorram às UBS/ ESF/ CF para procurar atendimento em decorrência da violência sofrida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2013) os profissionais da Atenção Primária à Saúde se encontram em posição privilegiada para criar um ambiente seguro e confidencial que facilite a divulgação da violência, garanta a oferta de apoio adequado e encaminhamento a outros recursos e serviços.

Contudo, estudos elaborados na esfera da Atenção Primária à Saúde a respeito das práticas das equipes de saúde da família frente às situações de violência doméstica revelam desafios e dubiedade para a elaboração de uma atenção integral à saúde.

Porto, Bispo Júnior e Lima (2014, p. 803) mencionam as barreiras e dificuldades no atendimento às mulheres em situações de violência, sendo elas: a sensação de insegurança por parte dos profissionais, ausência de treinamento, brechas na formação acadêmica e falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, a ampliação do olhar para além das queixas biológicas e a ocultação da situação de violência por parte das usuárias.

Além disso, outro empecilho é a subnotificação dos casos de violência contra a mulher, e a dificuldade do preenchimento da ficha de Violência Interpessoal e Autoprovocada, mesmo sendo obrigatória a notificação compulsória dos profissionais de saúde ou responsáveis pela assistência ao cliente.

O profissional de saúde precisa ser capacitado a identificar e prestar uma assistência que englobe as necessidades físicas, psicológicas e sociais das mulheres em situação de violência. Assim como detectar a violência sofrida pelas usuárias atendidas, para que possa preencher as fichas de notificação dos casos, o encaminhamento adequado e principalmente a continuidade da assistência à saúde das mulheres em situação de violência doméstica.

De acordo com Brum *et al.*, (2013, p. 244) as crenças e representações sociais podem determinar a maneira como o ser humano se posiciona e reage diante de situações. Dessa forma, a concepção de violência doméstica pelos profissionais da área da saúde influencia o modo operante frente ao problema da violência contra a mulher.

Conhecer as crenças, as representações e práticas dos profissionais de saúde da APS em relação à violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo é relevante para a estruturação de propostas que colaborem para a diminuição das ocorrências e para criar ações de prevenção baseadas em cada grupo social e como os mesmos vivenciam a violência em seu contexto social.

Santos *et al.*, (2018, p. 04), realizaram uma pesquisa em que os profissionais de saúde da atenção primária à saúde foram distribuídos em dois grupos, de acordo com suas ideias relacionadas à violência contra a mulher e dos motivos que antecedem esse tipo de violência, surgindo uma análise de duas categorias temáticas: 1. Do ditado popular à banalização de violência conjugal contra mulheres; 2. Representações sociais numa perspectiva de gênero.

Foram identificadas as falas: “briga de marido e mulher ninguém mete a colher” e a naturalização da violência doméstica legitimada nas representações sociais, como um assunto privado, referente à família e ao casal. Dessa forma, demonstra que a violência doméstica é legitimada, aceita e tolerada pelos participantes da pesquisa.

Ainda em conformidade com os achados do estudo de Santos *et al.*, (2018, p. 04), a violência contra a mulher é vista como algo imputado/inerente à mulher, e a esse crime é dado características de relações naturais entre pessoas do sexo feminino e masculino que vivem em conflitos e que não se deve interferir.

No estudo, os autores mencionam as dificuldades dos profissionais de saúde relacionadas ao assunto violência contra a mulher, e a intervenção é tida como delicada e íntima, sendo pouco detectada ou pouco valorizada nos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2018).

Além disso, as mulheres em situação de violência tendem a ter baixo nível de apoio social devido a naturalização da violência doméstica, acrescentando o fato de estar relacionada a um problema privado, em que pessoas fora do ciclo familiar não deveriam intervir.

De acordo com Almeida, Silva e Machado (2014, p. 51), a dificuldade ou não-reconhecimento da violência nos serviços de saúde é provocada por diversos fatores. Sendo eles:

A dificuldade, relatada pelos profissionais, de intervir em assuntos tidos como delicados e íntimos. Apesar da ampla divulgação nos meios de comunicação, com o objetivo de promover maior visibilidade ao problema e torná-lo de interesse público e civil, buscando-se romper com o *caráter* exclusivamente privado do fenômeno, e criar mecanismos para sua prevenção e solução, a partir da responsabilização social do problema, a intervenção pública ainda acontece de forma discreta e com pouco efeito, posto que essa problemática ainda é vista como assunto referente ao *locus* privado, constituindo, portanto, assunto restrito ao casal.

Ainda sobre os relatos dos participantes da pesquisa realizada por Santos *et al.*, (2018, p. 06), os resultados deste estudo evidenciam que as principais causas da violência doméstica perpetrada por parceiros íntimos são as representações sociais pautadas nas relações de gênero, na imputação da culpa à mulher, a banalização da violência e a sua associação a um assunto privado no qual não se deve interferir, segundo a visão dos profissionais da APS.

No entanto, segundo Santos *et al.*, (2018, p. 07), essas representações sociais se tornam preocupantes quando elas perpassam as categorias profissionais que supostamente devem estar preparadas para o atendimento desses casos nas unidades de APS.

Os profissionais de Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental para a detecção/percepção do que é violência doméstica contra a mulher, a identificar, a tratar e encaminhar caso seja necessário, mas principalmente criar caminhos de resolutividade dos problemas, ofertar alternativas que ajudem as mulheres a passar pela situação de violência Doméstica, além de criar um ambiente acolhedor e adequado a elas.

Para que se possa abordar a problemática da violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo nos serviços de saúde de atenção primária, de acordo com Schraiber e D'Oliveira (1999), é de grande relevância nas ESF criar um espaço de escuta para que as mulheres em situação de violência possam desabafar e expressar seus sentimentos a respeito da violência sofrida, acolhendo estas mulheres para além dos cuidados biomédicos e tratamento das agressões físicas e sexuais, abrangendo também as questões relacionadas a violência psicológica.

Para isto, há profissionais que atuam na esfera da APS, tais como: Sanitaristas, Psicólogos, Enfermeiros, Serviço Social, que possuem experiência com a escuta de problemas, não se baseando exclusivamente no saber biomédico.

Estes profissionais são de suma importância para tornar multiprofissional o cuidado prestado nos serviços de saúde da atenção primária, entender a toda a complexidade que a problemática demanda, dar apoio às mulheres em situação de violência e criar alternativas para melhor eficácia no acolhimento, através da escuta das usuárias.

Além disso, os profissionais precisam estar sensibilizados e conscientes da existência do problema, para que, em momento oportuno, possam perguntar sobre ele.

Schraiber e D'Oliveira (1999, p. 13), referem que, uma situação como a violência doméstica que atinge “de 20 a 50% das mulheres não pode ser objeto de estigmatização ou vergonha e o receio dos profissionais em abordar o assunto muitas vezes expressa um julgamento moral próprio, e não um constrangimento em expor a situação por parte das usuárias.”

Um dos grandes desafios para o acolhimento das mulheres em situação de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo, que procuram os serviços de APS são as representações sociais que muitos profissionais da área da saúde construíram na formação do seu eu (indivíduo), aja visto estarem inseridos numa sociedade machista, patriarcal e que naturaliza a violência doméstica.

Outra grande problemática é como os profissionais de saúde enxergam e tratam a violência, definindo como um risco a saúde ou uma doença, de modo que sintetizam o cuidado a um conjunto de ações protocoladas que a mulher deve seguir para “curar-se“, nao levando em consideração a dinâmica social em que estão inseridas, nem a complexidade da violência e suas consequências para a saúde da mesma.

Dessa forma, as representações sociais dos profissionais da APS dificultam a sensibilização quanto aos casos existentes na comunidade. Além de condenar moralmente estas mulheres, causando constrangimento e intimidando as mesmas, que por não se sentirem acolhidas acabam optando por paliativos que curem apenas os danos físicos da violência doméstica.

Ainda segundo Schraiber e D’Oliveira (1999, p. 14) os profissionais de saúde ao seguirem estes protocolos, associados a alta demanda nos serviços de saúde acabam por apressar os atendimentos, o que os torna contraproducentes, e nos casos de violência doméstica, torna-se outra violência, já que ao não dar a devida atenção às mulheres, elas não sentem-se acolhidas, sentindo-se desrespeitadas pela trajetória e desencorajadas para seguir com a denúncia.

Além disso, a alta demanda nos serviços destes profissionais acaba por frustrá-los, pois sentem-se pouco “resolutivos” em sanar os problemas dessas mulheres em situação de violência, por não dar a devida atenção e importância no atendimento.

A importância do acolhimento dos profissionais da APS é fundamental para que as mulheres procurem e sintam-se empoderadas para enfrentar a complexidade da problemática da violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo.

Estudo realizado por Pierotti, Oliveira e Terra (2018, p. 16), investigou a percepção de mulheres que buscaram ajuda nos serviços de saúde da APS, como as UBS e CF. Estas mulheres apontaram o serviço de saúde como acolhedor, que aliviavam suas queixas advindas da violência, porém, não necessariamente, eram resolvidas diretamente as situações de violência vivenciadas.

“Elas não se preocupam só com a sua saúde...assim... só quando você está doente. Elas se preocupam com a sua pessoa, como você está vivendo, elas se preocuparam bastante

comigo. Queriam me ver bem de qualquer jeito. (Rosa)” (PIEROTTI; OLIVEIRA; TERRA, 2018, p. 16).

“Bem [...] porque eles não me trataram com indiferença [...] porque eles viram que eu estava com problema. Porque quando a gente procura um serviço eles acham que a gente está de brincadeira, está com invenção na cabeça. (Tulipa)” (PIEROTTI; OLIVEIRA; TERRA, 2018, p. 16).

Pode-se observar através da fala das mulheres, que o acolhimento e a escuta ativa dos profissionais de saúde é sentido por elas como algo positivo, uma vez que sentem-se cuidadas por esses profissionais. Dessa forma, é notório que o acolhimento sem julgamento das mulheres em situação de violência, é crucial para dar apoio às mulheres no enfrentamento da violência.

Como dito por Schraiber e D’Oliveira (2003), é relevante que as mulheres saibam que os profissionais do serviço se importam com elas e com as situações de violência vivenciadas por elas, oferecendo recursos, acolhimento, além de não desvalorizar o relato dessas mulheres ou não fazer julgamentos sobre a situação de vida e as escolhas das mesmas.

A violência Doméstica transcende a esfera da saúde, e a resolução da problemática, quando possível, não se dará no âmbito da saúde. Porém, é necessário que os profissionais nos serviços de saúde, ao abordarem a situação, escutem cada mulher com singularidade dos casos, além disso, é de suma importância que exponham as alternativas disponíveis para dar integralidade ao acolhimento e intervenção, podendo ser as DEAM, apoio assistencial e jurídico, apoio psicológico, a casa abrigo, entre outros.

Estes profissionais dos serviços podem auxiliar essas mulheres a decidir quais alternativas são melhores para cada caso, não deixando de incluí-las ativamente nas decisões e ações traçadas para sua vida.

Portanto, é necessário pensarmos nas abordagens dos profissionais de saúde da APS que contribuam na construção de um serviço acolhedor, integral, singular, para tratar com respeito às mulheres quando decidem emitir a problemática da violência doméstica.

Além de respeitar o tempo destas mulheres e prestar assistência, de maneira que as suas crenças, maneira de ver o mundo, suas representações sociais, não os façam julgar estas mulheres em situação de violência.

Outrossim, os profissionais dos serviços podem auxiliar nas alternativas intersetoriais para a intervenção nas situações de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conquistas dos movimentos feministas, dos movimentos em prol da cidadania das crianças e dos adolescentes, dos mais diversificados movimentos que lutam por minorias mostram que é possível “desnaturalizar” as formas de reprodução da dominação, de submissão e os agravos provenientes desses fenômenos reproduzidos na sociedade. Sendo assim, para transmutar a naturalização da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo se faz necessário atuar, intervir, principalmente denunciar e punir os agentes da ação.

A articulação entre as diversas esferas de governo (Estaduais, Distrito Federal e Municipal) em conjunto com a sociedade civil possui um papel importante na prevenção e no combate da violência contra as mulheres. No entanto, esta articulação é um desafio encontrado entre as esferas.

Além de ser necessário para o enfrentamento à violência, a articulação é importante para prestar assistência a cada uma delas, seja nos serviços de saúde, nas redes de apoio, nas DEAM e juridicamente.

A rede de atendimento no enfrentamento à violência contra as mulheres busca ajudar, a minimizar os efeitos causados pela violência e punir os transgressores da lei. Visto que a violência de gênero é uma problemática de característica multidimensional, complexa e que perpassa diversas áreas, como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outras, é necessário que todos os setores se comuniquem para que haja o acolhimento, a integralidade e a singularidade de acordo com cada caso de violência doméstica.

É notório que a violência perpetrada por parceiro íntimo prejudica a saúde da mulher, sendo considerada uma das mais recorrente expressão de violência de gênero, além disso, é um dos principais alvos da atuação do movimento feminista e das políticas do Ministério da Saúde, que nas últimas cinco décadas, vem objetivando desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão contra as mulheres.

Desse modo, a problemática que até há pouco tempo era caracterizada como questão de cunho privado passaram a ter visibilidade, desconstruindo a naturalização da violência doméstica contra a mulher na sociedade e passando a ser considerada de responsabilidade social.

As representações sociais se tornam ainda mais preocupantes quando elas atravessam a classe de profissionais da APS, que supostamente devem estar preparados para o atendimento desses casos nas unidades de APS.

Na Atenção Primária à Saúde, a identificação da violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, pelos profissionais de saúde nos territórios de abrangência da ESF é de suma importância para que ocorra a prestação de uma assistência integral e de qualidade a estas mulheres em situação de violência.

Além disso, a violência doméstica contra a mulher precisa ser entendida por estes profissionais como resultado de uma desigualdade de poder entre homens e mulheres, e que sua detecção é capaz de transformar a vida das mulheres em situação de violência, seja através das necessidades em saúde dentro do serviço, como a queixa e presença de danos físicos, a confissão de abuso, violência doméstica e qualquer manifestação de poder do seu companheiro por parte das usuárias dos serviços de APS.

Para que estes profissionais detectem a violência doméstica contra as mulheres, se faz necessário a desconstrução do senso comum dominante dos mesmos, para que identifiquem-na, e prestem uma assistência integral, sem preconceitos e estereótipos de gênero.

No entanto, o acolhimento integral e sem julgamento ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde da Atenção Primária, sendo necessário reorientar as técnicas e trazer novos saberes para que a violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo seja notada pela sua origem social e cultural.

Neste sentido, se faz necessário capacitar os profissionais por meio da educação permanente, que abrange as discussões sobre gênero e violência de gênero, com o propósito de prover uma orientação de como os profissionais podem atuar nos serviços de saúde, na atenção à mulher em situação de violência.

Dessa forma, uma maior sensibilização por parte dos profissionais da APS, fazendo com que detectem os casos de violência doméstica contra a mulher, não privilegiando apenas os danos físicos, indo além do processo saúde-doença, biologizante do adoecimento e a medicalização do atendimento, procurando em conjunto com outros setores, tais como: DEAM, Abrigos, entre outros, para empoderar e auxiliar as mulheres em situação de violência doméstica a romper ou minimizar o ciclo da violência sofrida.

Além disso, é importante que os profissionais de APS estabeleçam uma relação interpessoal com as usuárias do serviço, estreitando o vínculo, acolhendo e escutando ativamente as mulheres em situação de violência doméstica para orientar e dar continuidade aos cuidados em saúde.

Outra problemática é a ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocada, que possibilita dar visibilidade aos dados sobre a violência doméstica contra as mulheres mapeando, mostrando os índices da violência de cada região. Assim, a

importância do preenchimento correto pelos profissionais para que gere o apanhado geral da violência em cada território, podendo ser observado e criar mecanismos que proponham possibilidades de encaminhar e dar resolubilidade da problemática da violência conjugal.

Além disso, para dar continuidade ao trabalho realizado pelos profissionais da ESF, é de suma importância que as Coordenadorias de Atenção Primária (CAP), de o retorno a estes profissionais de saúde, através da devolutiva da Ficha de notificação, caso seu preenchimento não esteja adequado, incompleto, a fim de demonstrar a importância desses dados corretos para gerar informações importantes para o monitoramento dos casos de violência contra a mulher.

Destarte, a integralidade e a intersetorialidade são pilares do SUS que compõem a APS e associados à detecção, ao não estereótipo da violência doméstica e à desconstrução do senso comum nas ações dos profissionais de saúde, são fundamentais no combate a violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo. Promovendo uma assistência com potencial emancipatório da opressão de gênero às mulheres que buscam os cuidados daqueles profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 47-60, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0047.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

BONAMIGO, Irme Salete. Violências e contemporaneidade. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 204-213, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v11n2/06.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestaoe-sociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL. Constituição [(1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da união**: seção 1, Brasília, DF, 10 mar. 2015. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13104-9-marco-2015-780225-publicacaooriginal-146279-pl.html>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. [Lei Maria da Penha]. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da união**: seção 1, Brasília, DF, 08 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da união**: seção 1, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**, 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da união**: seção 1, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária, 2013. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-primaria>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8; Série A - Normas e Manuais Técnicos, n. 131). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial da união**: seção 1, Brasília, DF, 02 ago. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. 45p.

BRASIL. Senado Federal. **Serviços Especializados de Atendimento à Mulher**. Brasília: Senado Federal, [s.d]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/acoes-contra-violencia/servicos-especializados-de-atendimento-a-mulher>. Acesso em: 02 mar. 2020.

BRUM, Camila Resende Soares *et al.* Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Psicologia em Pesquisa UFJF**, Juiz de Fora, v. 7, n. 2, p. 240-250, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v7n2/12.pdf>. Acesso em: 20 de maio 2020.

BUORO, Andrea *et al.* **Violência urbana**: dilemas e desafios. São Paulo: Atual, 1999. 64 p.

CASIQUE, Leticia; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violência contra as mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2006, v. 14, n. 6, p.950-956, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. *In*: In: CARDOSO, Ruth; CHAUÍ, Marilena; PAOLI, Maria Celia (org.). **Perspectivas antropológicas da mulher 4**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 25-62.

COMPROMISSO E ATITUDE. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Compromisso e Atitude**, 08 ago. 2012, Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/>. Acesso em: 26 maio 2020.

CONVENÇÃO Interamericana, para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção Belém do Pará”, 1995. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

CUNHA, Elenice Machado da. **Vínculo longitudinal na Atenção Primária**: avaliando os modelos assistenciais do SUS. 2009. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DELPHY, Christine. Patriarcado (teorias do). In: HIRATA, Helena *et al.* (org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Ed. UNESP, 2009. p. 173-178. Disponível em: <https://medium.com/qg-feminista/teorias-do-patriarcado-7314938c59b>. Acesso em: 8 jul. 2020.

DRUMONT, Mary Pimentel. Elementos para uma análise do machismo. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 3, 1980. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/108171>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. [S. l.: s. n.], 1984. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_engels_origem_propriedade_privada_estado.pdf. Acesso em: 22 fev. 2020.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a02.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

GALVÃO, Patrícia. **Dossiê da violência contra a mulher**, 2014. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/tolerancia-social-a-violencia-contra-as-mulheres-ipea-2014/>. Acessado em: 17 mar. 2020.

GALVÃO, Patrícia. **Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres**, 2013. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/percepcao-da-sociedade-sobre-violencia-e-assassinatos-de-mulheres-data-popularinstituto-patricia-galvao-2013/>. Acesso em: 15 fev. 2020.

GALVÃO, Patrícia. **Dossiê Violência Doméstica e Familiar**, 2012, Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/violencia-domestica-e-familiar-contra-as-mulheres/>. Acesso em: 17 mar. 2020.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. A revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, 2014, p. 183. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00183.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

GARCIA, Leila Posenato; SILVA, Gabriela Drummond Marques da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00062317.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

HASSE, Mariana; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0482.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Tipos de violência. **Instituto Maria da Penha**, 2018, Disponível em: <http://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>. Acessado em: 11 mar. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - Ipea; Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP (org.). **Atlas da Violência 2019**. Brasília: Ipea: FBSP, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

KRUG, Etienne G. *et al.* (org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

LACERDA, Martina Mendes de. **A naturalização da violência contra a mulher como uma construção sócio-histórica passível de desconstrução**. 2014. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/5273>. Acesso em: 12 ago. 2019.

LARAIA, Roque de Barros. **CULTURA Um conceito antropológico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. cap. 3, p. 01. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4362514/mod_resource/content/1/Bloco%20I%20-%20Texto%20-%20Cultura%20-%20um%20conceito%20antropol%C3%B3gico%20Roque%20Laraia.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

LUDEMIR, Ana Bernarda *et al.* Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, New York, v. 66, n. 4, p. 1008-1018, 2008.

MARTINS, Ana Paula Antunes; CERQUEIRA, Daniel; MATOS, Mariana Vieira Martins. A MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 284 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132 p. (Temas em Saúde).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03cv10n1.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2020.

NJAINÉ, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 418 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine9788575415887.epub>. Acesso em: 02 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Assembléia geral. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. *In*: CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. **Violência doméstica: lei Maria da Penha (lei 11.340/2006) comentada artigo por artigo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. *In*: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Brasília: OMS, 2012. p.11-17.

PIEROTTI, Camila Faria; D'OLVIERA, Ana Flávia Pires Lucas; TERRA, Maria Fernanda. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. **Arquivos Médicos**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 12-18, 2018. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasa.sp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/58/45>. Acesso em: 22 abr. 2020.

PINAFI, Tania. **Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade**. [São Paulo: s. n.], 2007. Disponível em: www.historica.arquivo.estado.sp.gov.br. Acesso em: 20 fev. 2020.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 10 jul. 2020.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JUNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00787.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Divisão de Vigilância em Saúde. Divisão de Ações e Programas de Saúde. [s.d.]. Disponível em: <https://smsdccap33.blogspot.com/p/daps.html>. Acesso em: 20 maio 2020.

ROSA, Dorian Ozólio Alves *et al.* Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe. 4, p. 67-80, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0067.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.

SAGOT, Montserrat; CARCEDO, Ana. **La Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**: estudios de caso de diez países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000. 181 p. Disponível em: <https://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDW/rutacritica.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

SANTOS, Cristiane Ferreira da Silva; ANDRADE, Maria Juliana Emiliano. A naturalização da violência de gênero na contemporaneidade. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais eletrônicos** [...]. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/ABEPSS/article/view/23228>. Acesso em: 22 abr. 2020.

SANTOS, José Vicente Tavares dos. Microfísica da violência, uma questão social mundial. **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 54, n. 1, p. 22-24, jun. 2002. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v54n1/v54n1a17.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; OLIVEIRA, Leidiane. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-19, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/02.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

SANTOS, Tatiane de Oliveira *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil, de 2012 a 2014. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM COENF, 2018, Tiradentes. **Anais** [...]. Tiradentes: UNIT, 2018.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos *et al.* Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 3, p. 770-777, jul./set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SAÚDE das mulheres no mundo do trabalho. *In*: FÓRUM NACIONAL DE MULHERES TRABALHADORAS DAS CENTRAIS SINDICAIS, 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/03mar16_Documento_Oficina_logo_Centraais.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. **O que devem saber os para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. 2. ed. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde: Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP, 2003. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/profissionais-saude-violencia.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 13-26, ago. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 22 fev. 2020.

SINDICATO DOS BANCÁRIOS E FINANCIÁRIOS DE SÃO PAULO, OSASCO E REGIÃO, CUT. Ministra destaca a importância da Lei Maria da Penha. **SPBancários**, 11 mar. 2013. Disponível em: <https://spbancarios.com.br/03/2013/ministra-destaca-importancia-da-lei-maria-da-penha>. Acesso em: 02 mar. 2020.

SOARES, Bárbara M. **Enfrentando a violência contra a mulher, orientações práticas para profissionais e voluntários(as)**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios>. Acesso em: 29 set. 2020.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012**: atualização: homicídios de mulheres no Brasil. [S. l.]: CEBELA: FLACSO, 2012. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mapa-da-violencia-2012-atualizacao>. Acesso em: 07 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women**: clinical and policy guideline. Geneva: WHO, 2013. Acesso em: 02 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing intimate partner and sexual violence against women**: taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2012. Acesso em: 02 fev. 2020.