

HOZANA REIS PASSOS

CONHECENDO A REDE DE APOIO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA  
DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

BELO HORIZONTE

2010

HOZANA REIS PASSOS

CONHECENDO A REDE DE APOIO ÀS MULHERES VITIMAS DE VIOLÊNCIA NO  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do certificado de  
especialista.

Orientadora: Profa. Maria José Cabral Grillo

BELO HORIZONTE

2010

HOZANA REIS PASSOS

CONHECENDO A REDE DE APOIO ÀS MULHERES VITIMAS DE VIOLÊNCIA NO  
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do certificado de  
especialista.

Orientadora: Profa.. Maria José Cabral Grillo

BANCA EXAMINADORA

Profa. Maria José Cabral Grillo	UFMG
Profª Maria Rizioneide Negreiros de Araujo	UFMG
Profª Mara Vasconcelos	UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, 05 de fevereiro de 2010

## AGRADECIMENTOS

Às mulheres guerreiras dos cinco continentes que lutam para mudar o mundo e as suas vidas no cotidiano e em especial a minha mãe que conseguiu romper com o ciclo da violência contra a mulher em nossas vidas.

*“SEGUIREMOS EM LUTA ATÉ QUE TODAS SEJAMOS LIVRES!”*

*Marcha Mundial das Mulheres*

## RESUMO

O estudo apresentado reafirma o desejo de transposição do enfoque reprodutivo da atenção a saúde da mulher para o cumprimento da transformação das práticas de cuidado embasadas no princípio da integralidade. A violência contra a mulher é uma endemia histórica e pouco compreendida como causa e consequência dos determinantes sociais, permanecendo naturalizada pela ordem patriarcal imperante na sociedade capitalista. Por meio de pesquisa documental, buscou-se conhecer a rede de apoio às mulheres vítimas de violência do município de Belo Horizonte, o levantamento do fluxo atualmente existente e suas respectivas atribuições. Foi percebida a escassez de recursos, por exemplo, para abrigamento de mulheres em situação de risco de homicídio, já que existem apenas 10 vagas para essa situação em toda a região metropolitana. Ao mesmo tempo, foi possível reconhecer vários equipamentos sociais já existentes e até então pouco acessados no cotidiano de trabalho da autora. Foi possível, ainda, confirmar o potencial do estudo para contribuir com a capacitação das equipes de saúde da família do Centro de Saúde Céu Azul em relação a como proceder diante de atendimentos de vítimas de violência contra mulher. Nota-se que essas medidas ainda são insuficientes para a total garantia de defesa das mulheres diante das diversas formas de violência devido a escassez e a falta de descentralização dos recursos disponibilizados e também pelos fatores sociais, históricos e políticos do sistema capitalista patriarcal que alimenta o machismo, o racismo e a homofobia .

## ABSTRACT

This study presents the need to convert the focus of attention from reproductive health of women to achieving the transformation of care practices based on the principle of comprehensiveness. Violence against women is a historical endemic, it's poorly understood as cause and consequence of social determinants, it remains naturalized by the patriarchal order that prevails in capitalistic society. The women's victims of violence support network, the currently existing flow and their respective assignments in the city of Belo Horizonte were acknowledged through documented research. The scarcity of resources was observed, for example, in the need to shelter women at risk of homicide, since there are only ten places for this situation throughout the metropolitan area. At the same time, it was possible to recognize various social equipments that already existed and that weren't frequently accessed, up until then, in the daily work of the author. Another intention is to capacitate family health teams of the Health Center Céu Azul about how to proceed when faced with calls from victims of violence against women. These measures aren't enough to totally guarantee women's defense in front of various forms of violence because of the scarcity of resources and decentralization of available resources, as for the social, historical and political factors of the patriarchal capitalist system which foments the machism, racism and lesbophobia.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	4
4. CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER.....	5
5. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS E LEIS DE COIBIÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	11
6. REDE DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA.....	14
7. O PAPEL DO SETOR SAÚDE.....	20
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
9. REFERÊNCIAS.....	26

## 1. INTRODUÇÃO

O cotidiano de trabalho na Estratégia de Saúde da Família nos revela a necessidade de aprofundar os estudos sobre a complexidade da produção de saúde e doença na comunidade em que assistimos. Consequentemente, aproveitei a oportunidade de participar do curso de pós-graduação lato sensu em atenção básica em saúde da família oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais, na modalidade a distância, para aprimorar o estudo sobre a atenção primária e saúde coletiva. É um curso proposto pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina e ofertado em parceria com a Escola de Enfermagem, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Educação da mesma universidade e com patrocínio do Ministério da Educação / Universidade Aberta do Brasil, Ministério da Saúde e BNDS.

Ao longo do curso, reafirmei alguns conceitos e acolhi outros até então pouco priorizados no meu processo de trabalho. Dentre esses, o módulo que abordou o tema de determinantes sociais do processo saúde-doença e a disciplina sobre a saúde da mulher me possibilitaram momentos de reflexão sobre a realidade do território a partir dos princípios da saúde coletiva, o que favoreceu a construção de estratégias junto à equipe para a ampliação do olhar e melhoria das intervenções junto à comunidade.

O tema abordado reafirma o desejo de transposição do enfoque reprodutivo da atenção a saúde da mulher para o cumprimento da transformação das práticas de cuidado embasadas no princípio da integralidade.

Nesse contexto, percebe-se a escassez de informações e as incertezas dos profissionais de saúde ao responder às necessidades de saúde das mulheres que vão além da agenda básica do planejamento familiar, pré-natal, puerpério e climatério.

Como fruto desse processo formativo e também da necessidade de “colocar o dedo na ferida” propus-me a estudar sobre a Violência Contra a Mulher, endemia histórica pouco abordada em nossa formação universitária e muito menos compreendida como causa e consequência dos determinantes sociais, permanecendo naturalizada pela ordem patriarcal imperante em nossa sociedade.

Considerando a complexidade da questão, que deve ser analisada do ponto de vista das desigualdades de poder nas relações entre os gêneros, coloca-se, ainda, como um desafio para as políticas públicas, nessa área, o desenvolvimento de ações de prevenção e combate dessa forma de violência.

Segundo o Art. 9 da Lei Maria da Penha, a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente, quando for o caso (BRASIL, 2006).

No entanto, percebe-se um distanciamento entre esses setores e o despreparo dos profissionais de saúde ao se depararem com as queixas de violência ou, inclusive, a falta de capacitação para identificar uma situação de violência contra a mulher, muitas vezes mascarada por sintomas não aparentes.

Para que as atribuições dos serviços de saúde, em relação ao atendimento a essas mulheres vítimas de violência sejam cumpridas, torna-se necessário o levantamento dos fluxos atualmente existentes e a aproximação das unidades básicas de saúde com os outros setores que prestam assistência à essas mulheres. Assim, a realização desse estudo teve como propósito contribuir com a capacitação das equipes de saúde da família do Centro de Saúde Céu Azul em relação a como proceder diante de mulheres vítimas de violência.

Esse trabalho é reflexo da constante inquietação diante dos problemas que referem aos direitos das mulheres e foi elaborado concomitante com as contribuições da autora com a reformulação da linha Guia de Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Identificar a rede de apoio à mulher vítima de violência no município de Belo Horizonte.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Compreender os fluxos de atendimento no município de Belo Horizonte.

Identificar as atribuições dos profissionais de saúde em relação aos aspectos que envolvem a atenção à mulher vítima de violência.

### **3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva documental. De acordo com Gil (1999) a diferença entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental é a natureza da fonte de dados. Na pesquisa documental os dados são buscados em documentos que ainda não foram analisados ou que possam ser reelaborados; a revisão bibliográfica utiliza as produções de diversos autores sobre o tema em estudo.

Nesse estudo, os dados foram buscados em arquivos públicos de órgãos da Prefeitura de Belo Horizonte e de outros equipamentos sociais, em arquivos eletrônicos, artigos publicados pelos órgãos e fontes estatísticas da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, conforme preconizado por Gil (2002). Também foram utilizadas informações acessíveis à autora durante sua participação no processo de reformulação da linha Guia de Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

#### **4. CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER**

No Brasil, o conceito de violência doméstica contra a mulher vem sendo desenvolvido como violência de gênero, que é exatamente a violência que tem como alvo a pessoa do sexo feminino, social e culturalmente mais fragilizado. Contudo, Saffioti (1997) argumenta que as teorias de gênero são insuficientes para compreender e transformar as relações de desigualdade entre os sexos, pois por ser genérico e individual, o gênero não identifica as causas do vetor dominação-exploração. A autora aponta a ordem patriarcal como sistema histórico de organização da sociedade e os regimes políticos tais como a falocracia, o androcentrismo, o viriarcado e a primazia masculina como pilares da opressão desse sistema.

Ainda de acordo com Saffioti citado por Venturi (2004) o capitalismo, por conseguinte, se alimentou desse sistema a partir da criação de duas categorias até então inexistentes: o proletariado e as donas-de-casa. A partir daí, cria-se a dicotomia dos espaços de relação social e trabalho: o público e o privado. Ao primeiro é atribuída a função da produção, da disputa, da acumulação de capital, das decisões políticas, hegemonicamente ocupados pelos homens. Ao segundo fica resguardado o cuidado, as relações afetivas, a reprodução, a educação dos filhos, sendo as mulheres responsabilizadas pela execução dessas tarefas, porém sem o poder de decisão sobre o mesmo. Tal fato acontece devido à construção histórica da família e do lar como propriedade do homem, independente da classe social que ocupa.

Essas afirmações foram propagadas ao longo de séculos por instituições como a igreja, a escola e os meios de comunicação. O casamento monogâmico garante ao homem a tutela sobre um núcleo social chamado família para ser reconhecido como “homem de bem”, atribuindo a este o poder de mando em todos os indivíduos que a compõem. Dessa maneira, o que acontece no espaço privado, no senso comum, diz respeito somente àquela família. Daí formou-se a expressão: “... em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”. Esse imaginário cria o que Mathieu chamou de “consciências dominadas” (SAFFIOTI citado por VENTURI, 2004).

Barsted (1998 citado por GALVÃO E ALMEIDA, 2004), buscando explicar porque é no espaço doméstico que a maior parte das agressões contra mulheres ocorre, afirma que isto acontece graças à cumplicidade e indiferença da sociedade para com a violência que ocorre no interior da família, que, muitas vezes, acaba por se constituir em um espaço de arbítrio e de violência.

Essa realidade é constatada quando se observa que os homens como categoria social têm liberdade quase absoluta, desfrutam de autonomia, conceito político, coletivo, cujo significado é não precisar pedir licença à outra categoria de sexo para realizar seus projetos, seus desejos. Já as mulheres como categoria social precisam solicitar autorização à primeira categoria. Isso reforça o argumento de que a independência pessoal, ainda que importante, não é suficiente para transformar a ordem patriarcal de gênero em uma ordem igualitária de gênero. Se a autonomia é privilégio de apenas uma categoria social de sexo, fica patente a hierarquia e, portanto, a desigualdade. A igualdade só pode ser obtida por meio de conquista da autonomia por parte das mulheres (VENTURI, 2004).

Pesquisas demonstram que a violência praticada contra as mulheres não tem época nem fronteiras, sempre existiu em todos os lugares, em todas as culturas. Ela está inscrita em todas as leis, em todas as mentalidades, basta pensar nos pés bandados das chinesas, nas viúvas indianas imoladas sobre os túmulos de seus maridos, nas mulheres do Afeganistão que não podem estudar, trabalhar ou passear sem serem escoltadas por seus maridos ou por outros familiares (BANDEIRA, 2000).

O movimento feminista deu representação ao sofrimento das mulheres, nomeou-o, chamou-o de “violência”. Esse percurso foi necessário para que “depois de sabermos do que sofremos, partir para almejarmos saídas, planejá-las, reivindicá-las” (DINIZ, 1999, p. 186). Dessa forma, as mulheres puderam se ver como vítimas de violência e esse reconhecimento, com seus avanços e possibilidades, ofereceu a oportunidade de sair desse lugar. Com isso, as feministas puderam formular as demandas para os setores políticos e, conseqüentemente, a academia incorporou essa temática e iniciou o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre as relações de gênero e o sofrimento psíquico (MIRIM citado por DINIZ, 2005).

No Brasil, durante toda a década de 1980, o movimento feminista desenvolveu uma série de ações que deram visibilidade à questão, visando trazer para a esfera pública um assunto que até então era visto como de âmbito privado. Como resultado dessa atuação, a violência contra a mulher começou a ser tratada como problema a ser combatido por meio de políticas públicas. Serviços especializados foram criados, sobretudo nas grandes cidades, como as delegacias da mulher, os centros de atendimento jurídico e de apoio social às mulheres em situação de violência e as casas abrigo (CAMARGO, 2000).

Desde 1995, Saffioti e Almeida descrevem que os dados mundiais revelam que a violência contra a mulher é praticada em diferentes países, atingindo grande parte da população feminina, tanto adulta quanto infantil, numa dimensão que nos permite afirmar que o problema apresenta um caráter endêmico.

De acordo com o “Dossiê Violência Contra a Mulher Panorama sobre a violência de gênero” (FONTANA, 2001), anualmente, um número entre 3 e 4 milhões de mulheres são agredidas em suas residências por pessoas íntimas.

Em sua IV Conferência Mundial sobre a Mulher, a Organização das Nações Unidas concluiu que a violência contra a mulher pode se manifestar de diferentes formas e nos mais diversos espaços da sociedade, independentemente da classe social, da idade, da raça/etnia, do tipo de cultura ou do grau de desenvolvimento econômico do país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Segundo Galvão e Almeida (2004) alguns estudos chamam a atenção para os impactos da violência à saúde física e mental das mulheres, tais como Grossi, 1996; Diniz e cols., 1999; Schraiber e cols., 2002. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) trouxe uma grande contribuição para essa discussão quando reconheceu, em seu relatório *Las Condiciones de Salud em las Américas*, de 1991, que a violência é uma importante causa de adoecimento das mulheres (CAMARGO, 2000).

A violência traz para a saúde da mulher consequências negativas, de peso comparável às causadas pelas doenças do coração, pela tuberculose, pela infecção pelo HIV e pelos cânceres (CAMARGO, 2000). Isso torna a vítima uma usuária em potencial dos serviços do setor

saúde que, por sua vez, não conseguem absorver a grande demanda e apresenta diversas falhas (MORAES, 2001).

Em termos sintéticos, a seguir são apresentadas definições dos tipos de violência que geram sofrimento à mulher, principalmente no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, de acordo com o artigo sétimo da Lei 11.340 de agosto de 2006 (BRASIL, LEI MARIA DA PENHA, 2006):

Violência física - ofensa a vida, a saúde e integridade física, sendo a violência propriamente corporal.

Violência psicológica - é a ofensa, o constrangimento, a humilhação pessoal, que é praticada, via de regra, por meio de ameaça.

Violência sexual - constrangimento com o propósito de limitar a autodeterminação sexual e reprodutiva da vítima, tais como manter relação sexual não desejada, que a induza a comercializar sua sexualidade, que a impeça de utilizar métodos contraceptivos, ou que a force ao matrimônio, a gravidez, ao aborto ou a prostituição.

Violência patrimonial - qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos.

Violência moral- entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Há que se diferenciar os conceitos de violência contra mulher e violência intrafamiliar. A última é definida por Minayo (2006) como as várias formas de agressão contra crianças, mulher ou contra o homem e contra idosos no ambiente doméstico ou fora do mesmo cometido por familiares.

A violência contra mulher se caracteriza pela opressão de gênero e suas relações de poder de homens sobre mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido,

atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias manifestada no âmbito privado, como a família ou domicílio e também no espaço público (MINAYO, 2006).

Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do estado de Minas Gerais, possibilitam afirmar que o uso de medicamentos "para dormir" é 40% maior nas mulheres que vivem em situação de violência conjugal, do que, nas mulheres em uniões não violentas. O consumo de ansiolíticos é 74 vezes superior em mulheres abusadas sexualmente (ALVES, 2001).

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, por meio de sua página eletrônica, aponta que a Central de Atendimento à Mulher, que recebe chamadas telefônicas denunciando casos de violência contra mulheres, contabilizou 401.729 mil registros de chamadas de todo o país de janeiro a dezembro de 2009, um índice 49% maior que no mesmo período de 2008 (SPM, 2010).

Criado em abril de 2006 pelo governo federal o serviço Ligue 180 já registrou 791,4 mil atendimentos. De abril de 2006 a outubro de 2009 o volume de telefonemas subiu 1.704%. Apenas sobre informações envolvendo a Lei Maria da Penha foram 293,8 mil registros entre 2007 e outubro de 2009. O perfil geral indica que 93% das denúncias são feitas pela própria mulher agredida, 78% das vítimas são alvo de lesão corporal leve ou ameaças e 69% das mulheres sofrem agressões diariamente. O algoz, segundo o levantamento é o companheiro em 50% dos casos. Em 33% das situações, as vítimas vivem com o agressor há mais de 10 anos (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2009).

Nos 86.844 relatos de violência registrados pelo serviço telefônico, os agressores são, na sua maioria, os próprios companheiros. Quanto ao tipo de violência, do total desses relatos, 53.120 foram de violência física; 23.878 de violência psicológica; 6.525 de violência moral; 1.645 de violência sexual; 1.226 de violência patrimonial; 389 de cárcere privado; e 61 de tráfico de mulheres. Na maioria das denúncias de violência registrada no Ligue 180, as usuárias do serviço declaram sofrer agressões diariamente (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2009).

A violência física é o caso mais comum de agressão contra as mulheres, seguido de coerções psicológicas (ameaças em geral), morais (xingamentos e situações humilhantes), sexuais e patrimoniais. As vítimas mais frequentes são mulheres negras (43,3%) com idade entre 20 e 40 anos (56%), casadas ou em união estável (52%) e com escolaridade equivalente ao Ensino Médio (25%) (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2009).

Na relação de denúncias por estados da federação, o Estado de São Paulo aparece na primeira colocação, com 87,4 mil chamadas em 2009. Rio de Janeiro e Minas Gerais aparecem na segunda e terceira posições, respectivamente, com 33,8 mil e 18,2 mil registros. Em termos proporcionais, o Distrito Federal é a unidade da federação que mais recorreu ao Ligue 180, com 462,5 atendimentos para cada grupo de 50 mil mulheres (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2009).

A importância dos serviços especializados no atendimento às mulheres que vivem em situação de violência é reconhecida por diversos setores da sociedade e sua manutenção defendida pelas organizações vinculadas ao movimento de mulheres.

## **5. HISTÓRICO DAS POLITICAS E LEIS DE COIBIÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**

Até 1995 os casos de violência contra mulher eram julgados segundo o Código Penal Brasileiro. A Lei 9.099 de 2005, alterou o rito de julgamento, passando o réu a ser chamado de acusado e as penas de privação de liberdade foram substituídas por penas alternativas para os crimes considerados de menor potencial ofensivo e cuja pena não ultrapassasse um ano. As penas variavam entre pagamento de uma pequena multa, entrega de cesta básica a instituição de caridade e, raramente, prestação de serviço a comunidade. Uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em São Paulo, em 2003, revelou que tais penas puniam as mulheres vítimas de violência e não os homens acusados, que ainda dentro do fórum diziam a suas companheiras: “Agora você terá de fazer quatro faxinas ao invés de duas por semana, porque passando a lhe dar duas surras ao invés de uma, terei de pagar duas cestas básicas”.

A situação das vítimas piorou muito e nem sequer a lei atendeu ao princípio da celeridade do processo, uma vez que demorava de seis a oito meses para encontrar uma solução, que poderia ser provisória: esperar seis meses e verificar se o acusado reincidiu na prática da violência doméstica (VENTURI, 2004).

A Lei 9.099/96 mostrou-se, portanto, ineficaz no combate à violência doméstica. Resultou em banalização da violência contra mulher, com um grande número de casos de repetição da violência envolvendo as mesmas pessoas. Não raro, a mulher era encorajada pelos atendentes do jurídico a retratar-se da representação e suportar mais uma promessa de que as coisas iriam mudar na sua realidade familiar. Havia casos em que a mulher, cansada das sucessivas agressões, levava adiante o prosseguimento da ação criminal, saía dos juizados especiais ainda mais fragilizada por ter sido aplicada a pertinente transação penal, ineficaz no combate à violência doméstica (MINAS GERAIS, 2008).

## 5.1. LEI MARIA DA PENHA - 11340/06

Após várias denúncias do movimento de mulheres sobre a ineficiência do Estado no combate à violência contra as mulheres, foi elaborado, em 2004 o Projeto de Lei 4.559, que propunha a criação de mecanismos de coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher. A edição desta lei era necessária tendo em vista a constatação de que a violência doméstica contra mulher possui índices alarmantes, e, além de fragilizar a mulher brasileira, traz consequências graves para toda a sociedade.

O texto de Lei foi editado pelo Congresso Nacional com modificações, após debate em plenário e com os movimentos populares. Em agosto de 2006 foi sancionada pela Presidência da República a Lei 11.340. Essa lei é conhecida como Lei Maria da Penha em homenagem a mulher que denunciou seu caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), após a morosidade do processo penal contra seu agressor que, após duas tentativas de homicídio, deixou-a paraplégica.

### A Lei Maria da Penha

cria mecanismos de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

Para os efeitos dessa Lei, configura como 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” (BRASIL, 2006, p.01).

Entre outras inovações, essa Lei introduziu um novo conceito de violência doméstica e familiar contra a mulher, não adstrito a violência física, mas às demais formas de violência. Trata-se da ampliação para o entendimento e o combate à violência moral, psicológica, sexual e patrimonial. Além disso, equiparou esse tipo de violência como uma das formas de violação

dos direitos humanos; modificou a atuação da Polícia Civil frente a casos de violência doméstica; estabeleceu amparo a vítima através do atendimento por equipe multidisciplinar, como profissionais de saúde e da assistência social; determinou a participação ativa do Ministério Público em defesa da mulher; ampliou as formas de medidas cautelares ao agressor e medidas protetivas às vítimas, com efeitos civis e penais (MINAS GERAIS, 2008).

Há movimentos, como a Marcha Mundial das Mulheres, que apontam a insuficiência das leis e defendem que a forma mais eficaz de prevenção e combate à violência contra as mulheres é o trabalho de construção da autonomia e garantia de direitos econômicos, sociais e políticos das mulheres (FARIA, 2005).

## **6. REDE DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

A consolidação dos direitos das mulheres, previstos em lei, se dá pela implementação de Políticas Públicas específicas para a prevenção e combate à violência. Para tanto, torna-se necessária a criação de redes intersetoriais para formulação e execução de ações que promovam esses direitos. Para Guará (1998), redes intersetoriais são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como, as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

A partir das buscas por essa rede, foram identificados os órgãos e serviços que atuam no apoio às mulheres e suas famílias apresentados a seguir.

### **6.1 Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM**

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado em 1985, vinculado ao Ministério da Justiça, para promover políticas que visassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. No atual governo, passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República, contando em sua composição com representantes da sociedade civil e do governo, o que amplia o processo de controle social sobre as políticas públicas para as mulheres. É também atribuição do CNDM apoiar a Secretaria na articulação com instituições da administração pública federal e com a sociedade civil (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2009).

Segundo o Artigo 2º do Decreto 6.412 de 25 de março de 2008, que trata da composição, estruturação, competência e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, compete a esse órgão:

- I- participar na elaboração de critérios e parâmetros para o estabelecimento e implementação de metas e prioridades que visem a assegurar as condições de igualdade às mulheres;
- II- apresentar sugestões para a elaboração do planejamento plurianual do Governo Federal, o estabelecimento de diretrizes orçamentárias e a alocação de recursos no Orçamento Anual da União, visando subsidiar decisões governamentais relativas à implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM;
- III- propor a adoção de mecanismos e instrumentos que assegurem a participação e o controle social sobre as políticas públicas para as mulheres;
- IV- acompanhar, analisar e apresentar sugestões em relação ao desenvolvimento de programas e ações governamentais e a execução de recursos públicos para eles autorizados, com vistas à implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres;
- V- manifestar-se sobre o mérito de iniciativas legislativas que tenham implicações sobre os direitos das mulheres;
- VI- propor estratégias de ação visando ao acompanhamento, avaliação e fiscalização das políticas de igualdade para as mulheres, desenvolvidas em âmbito nacional, bem como a participação social no processo decisório relativo ao estabelecimento das diretrizes dessas políticas;
- VII- apoiar a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres na articulação com outros órgãos da administração pública federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- VIII- participar da organização das conferências nacionais de políticas públicas para as mulheres;
- IX- articular-se com órgãos e entidades públicos e privados, visando incentivar e aperfeiçoar o relacionamento e o intercâmbio sistemático sobre a promoção dos direitos da mulher; e
- X- articular-se com os movimentos de mulheres, conselhos estaduais e municipais dos direitos da mulher e outros conselhos setoriais, para ampliar a cooperação mútua e estabelecimento de estratégias comuns de implementação de ações para a igualdade e equidade de gênero e fortalecimento do processo de controle social.

Em Minas Gerais existe o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher e na capital do estado há o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher. Esses órgãos têm como objetivos estimular, apoiar e promover ações referentes a equidade de gênero, receber e encaminhar denúncias de

discriminação de gênero e violência contra mulher, além de acompanhar e propor ações para as políticas públicas (MINAS GERAIS, 2008).

### **6.1.2 Promotoria de Justiça do Estado de Minas Gerais**

A Promotoria de Justiça Especializada no Combate à Violência Doméstica e Familiar Contra Mulher atende diariamente mulheres que a procuram tanto para tomar conhecimento do andamento processual e das medidas protetivas, como para dar início ao atendimento às vítimas de violência. O objetivo central dessa instância é atender às vítimas que necessitam de amparo legal para garantia de sua integridade física, moral, psicológica e patrimonial.

A Promotoria conta com três promotores de justiça (duas promotoras e um promotor), uma secretária, um centro de apoio técnico, um centro de atendimentos às vítimas, uma sala de reuniões e uma sala de atendimento psicológico.

Em Minas Gerais existem 61 delegacias especializadas no atendimento à mulher vítima de violência. Diante da extensão territorial do estado, esse número ainda não contempla a demanda real. Porém, não havendo serviços especializados, os gestores devem pactuar os fluxos de atendimento a mulher vítima de violência de acordo com as orientações da Lei 11.340 de agosto de /2006 (MINAS GERAIS, 2008).

### **6.2 Política Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Mulher**

A coordenação da Política Municipal de Enfrentamento à Violência Doméstica e Intrafamiliar de Belo Horizonte é feita pela Secretária Adjunta de Direitos de Cidadania, Coordenadoria de Direitos Humanos e CAVIV (Centro de Atendimento às Vítimas de Violência). A formulação e a pactuação das ações são construídas intersetorialmente por meio de um grupo de trabalho indicado pelas secretarias de assistência social, saúde, direitos humanos e educação.

### **6.2.1 Equipamentos Sociais existentes em Belo Horizonte que fazem parte da Política Municipal de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher**

- COORDENADORIA MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER (COMDIM) - promove ações de formação para a cidadania, promoção e ações afirmativas, inclusão social e produtiva. Público- mulheres vítimas de violência. Seus objetivos, segundo consta em artigo publicado pela instituição são: elaborar, articular e executar políticas que assegurem o atendimento das necessidades específicas das mulheres, colaborando na construção da equidade de gênero e no combate às diferentes formas de discriminação contra as mulheres.
- BENVINDA (SMDC) - serviço especializado em atendimentos jurídico e psicossocial às mulheres vítimas de violência. Conta com as seguintes categorias de profissionais: assistente social, advogada, psicóloga. Busca criar condições para que as mulheres construam, com ajuda do equipamento, possibilidades de ruptura com o ciclo de violência que vivenciam e vivem.

Segundo documento da Coordenadoria da Mulher (2008), o primeiro atendimento é previamente agendado e pode ser realizado por telefone pela própria usuária ou pelo técnico que está cuidando do caso. A duração desse atendimento é de cerca de uma hora e meia, em que é realizada a escuta por dupla interdisciplinar e preenchida uma ficha de anamnese psicossocial e jurídica, que contem dados relativos à mulher, ao agressor e sobre a situação de violência em que está vivendo.

Com essa escuta ativa, que pode se estender por vários atendimentos busca-se fazer intervenções que permitam à mulher re-significar e elaborar aspectos de sua história de vida no sentido da desnaturalização da violência.

Busca-se identificar as suas demandas e construir, em conjunto com ela, o encaminhamento do caso, bem como estratégias de proteção.

- CASA ABRIGO SEMPRE VIVA (SMDC) - recebe mulheres que sofreram violência doméstica e encontram-se em situação de ameaça de violação à integridade física, inclusive risco de homicídio. O encaminhamento para a Casa Abrigo Sempre Viva

deverá ser dirigido pelo Benvinda que é o serviço responsável pela seleção das mulheres que mais necessitam de abrigo em tal equipamento social.

Os principais critérios para abrigamento são: vivenciar situação de violência no âmbito conjugal; estar em risco iminente de morte devido à violência de gênero; não contar com outra alternativa de proteção; oficializar denúncia na Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher (DECCM); residir em Belo Horizonte (as exceções são analisadas pela equipe); concordar com as normas da instituição e querer ser abrigada. O abrigo tem capacidade para dez mulheres e recebe também os filhos das vítimas.

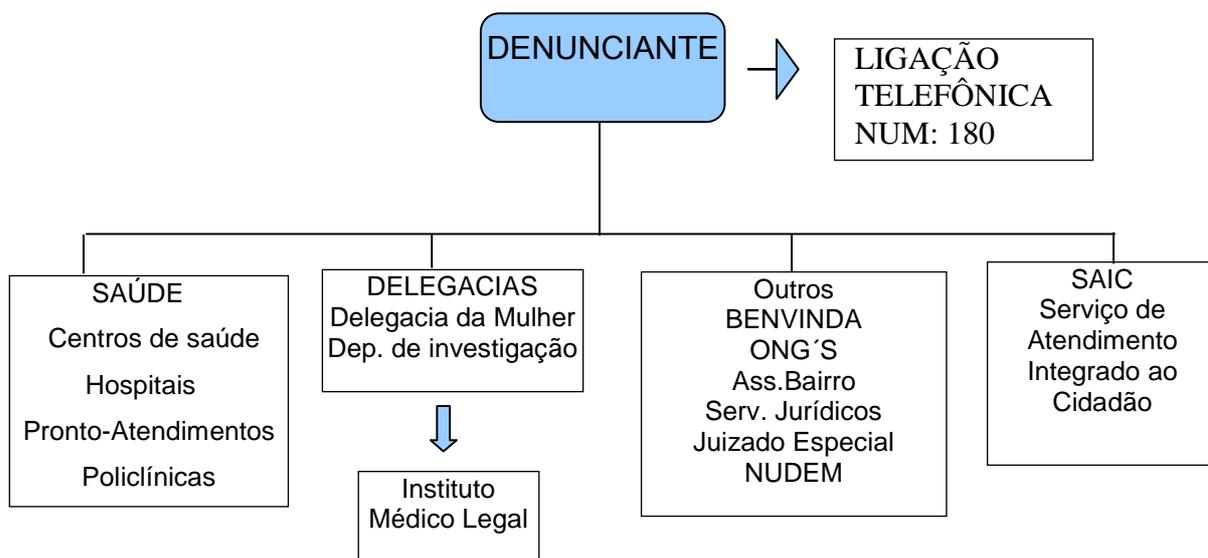
As mulheres abrigadas são acompanhadas individualmente pelo serviço psicológico, jurídico e social e participa de oficinas em grupo. Os temas trabalhados com as abrigadas são: gênero, relações pessoais e institucionais e saúde da mulher (COELHO, 2009).

- REPÚBLICA MARIA MARIA (SMAS) - abrigo temporário às mulheres com trajetória de vida nas ruas.
- DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER - responsável pelo registro da queixa e pelos encaminhamentos aos serviços jurídicos e assistenciais. Presta também atendimento psicossocial às vítimas.
- INSTITUTO MÉDICO-LEGAL (IML) - atende as vítimas após a denúncia, realiza exame pericial. Equipe - psicólogo e médico.
- SERVIÇO DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO CIDADÃO (SAIC) - tem por objetivo realizar acolhimento, escuta e orientação às pessoas que tiveram seus direitos violados ou que foram vitimadas pela discriminação social, racial, étnica, de gênero, de geração, de orientação sexual etc.
- NÚCLEO DE DEFESA DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA (NUDEM) - atende mulheres em situação de violência, de baixa renda, com idade superior a 18 anos. Presta assistência jurídica, psicológica e social integrada à rede. Equipe: Defensor Público, Psicólogo, Assistente Social e Estagiário.

## 6.2.2 Equipamentos de saúde para acompanhamento de casos e desenvolvimento de ações de prevenção

- 145 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
- UPAS: BARREIRO, LESTE, OESTE, NORDESTE, NORTE, PAMPULHA, VENDA NOVA
- HOSPITAIS:
  - ✓ Hospital de Pronto Socorro João XXIII
  - ✓ Hospital Odilon Berhens
  - ✓ Hospital das Clínicas da UFMG
  - ✓ Hospital Júlia Kubitschek
  - ✓ Maternidade Odete Valadares

## 6.2.3 Fluxo de Atendimento à mulher vítima de violência em Belo Horizonte



FONTE: Catálogo CAVIV, 2006

## 7. O PAPEL DO SETOR SAÚDE

O atendimento na rede de saúde, por vezes, pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência. A possibilidade de diagnosticar a situação deve ser valorizada pelo profissional, fazendo as perguntas adequadas e investigando hipóteses diagnósticas. O compromisso de confiança é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação, como à continuidade do atendimento. “O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, as anotações e a adequação da comunicação entre a equipe” (BRASIL, 2005, p. 13).

Durante as consultas, é importante considerar que questões específicas de comportamento, tais como *“alguma vez você foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?”* ou *“alguma vez você já sofreu agressões físicas ou verbais por parte de parceiro, familiar ou pessoas conhecidas?”* possuem maiores índices de resposta positiva do que questões vagas, possibilitando melhor diagnóstico e evitando generalizações que podem constranger a entrevistada. É preciso garantir um lugar específico, privativo, “de preferência sem a presença de pessoas que possam inibir o relato. A equipe deve estar alerta no sentido de evitar o vazamento de informações, a fim de não criar estigmas sobre o atendimento (BRASIL, 2005, p. 11).

É fundamental a capacitação dos serviços de saúde para acolhimento, identificação, tratamento e encaminhamento adequado das vítimas e todas as unidades que tenham serviços de ginecologia-obstetrícia, nos casos de violência sexual, devem prestar atendimento imediato a esses casos. O ideal é que uma equipe multidisciplinar sensibilizada e treinada para lidar com esta questão atenda estas mulheres. Os equipamentos básicos, no nível ambulatorial, são os usados em consultórios ginecológicos (BRASIL, 2005).

Em casos de lesões corporais, além das genitálias ou quando o profissional julgar necessário, as vítimas deverão ser encaminhadas aos serviços de urgência do município que possuem ortopedistas e cirurgiões (BRASIL, 2005).

É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situação de violência sexual. Deve-se resguardar sua identidade, tanto no espaço da instituição, quanto no espaço público (por exemplo, junto à mídia, à comunidade etc.). Da mesma forma, deve-se respeitar a vontade expressa da vítima em não compartilhar sua história com familiares e/ou outras pessoas. No caso de crianças e adolescentes, o (a) profissional deve conscientizar a família quanto à necessidade de comunicação aos órgãos competentes. Caso isso não ocorra, o serviço de saúde deve garantir os direitos de proteção à criança e ao adolescente, acionando os mecanismos necessários. (BRASIL, 2005)

No caso de violência cometida por parceiro íntimo, a mulher pode estar assustada, traumatizada e emocionalmente ferida. Seus limites precisam ser respeitados.

Existem mulheres que fazem sexo com mulheres, exclusivamente ou não, e que também estão sujeitas a sofrer violência sexual. Os cuidados clínicos que devem ser tomados no atendimento pós-violência devem ser exatamente os mesmos para as mulheres que fazem sexo com homens. As mulheres que fazem sexo com mulheres não são, necessariamente, masculinizadas. Nem todas as mulheres de aparência mais masculina têm sexo com mulheres. E, qualquer que seja a aparência ou o comportamento sexual da mulher, a violência sexual é injustificável e dolorosa para ela (BRASIL, 2005).

É preciso reconhecer que cada pessoa tem seu tempo próprio de amadurecimento para romper a situação de violência e que esse tempo precisa ser respeitado. A pressa do (a) profissional para alcançar resultados imediatos pode intimidar a mulher ou paralisá-la.

No seguimento do caso, segundo indicação dos protocolos de atendimento do Ministério da Saúde, após os procedimentos de emergência, deve ser perguntada com quem a mulher costuma ter relações sexuais, para avaliar a necessidade de contracepção e discutir a melhor estratégia de prevenção de DST, HIV e outras infecções (BRASIL, 2005).

É fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde deve buscar identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das

Delegacias da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros.

No documento em que são estabelecidos os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Integral a Saúde da Mulher, está explicitado que essa atenção

[...] compreende o atendimento a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (Brasil, 2009, p. 64).

Ainda, ficou estabelecido que durante o atendimento os profissionais devem “nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais” (BRASIL, 2009, p. 64).

Levando em consideração a situação de violência a que a mulher é submetida, o documento estabelece como um dos objetivos da Política Nacional “Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual” por meio das seguintes ações: “organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids; promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual” (BRASIL, 2009, p. 64).

De acordo com a Coordenadoria da Mulher do município de Belo Horizonte, são atribuições e objetivos dos serviços de saúde no apoio a mulher vítima de violência:

- Atenção à vítima, por meio dos serviços de saúde dos três níveis de complexidade; identificação de sinais sugestivos de violência e situações de risco; acolhimento e assistência aos casos; propedêutica, profilaxia e tratamento; orientação quanto às medidas legais; encaminhamentos – urgências, rede de apoio e proteção;
- vigilância e monitoramento dos casos por território e por serviço de referência. Acompanhar sua magnitude (frequência, anos de vida perdidos) e transcendência (gravidade - óbitos, internações, seqüelas; relevância social - medo, indignação; importância econômica - custos, absenteísmo);

- notificação e registro das diversas formas de violência contra mulher, inclusive dos casos suspeitos; Preencher a ficha de Notificação Compulsória de Violência, segundo a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003 (ANEXO 1);
- prevenção da violência - medidas que atuem sobre comportamentos, hábitos e atitudes; identificar fatores de risco e oferecer medidas de proteção;
- promoção da saúde - que atuem sobre os modos de vida (condicionantes e determinantes), como grupo de mulheres e incentivo a auto-organização comunitária.

#### Objetivos dos serviços de saúde:

- conhecer a magnitude dos principais tipos de violências e acidentes;
- conhecer o perfil das vítimas e autores/as da agressão;
- dimensionar a demanda por atendimentos de urgência;
- caracterizar as lesões de menor gravidade;
- revelar a violência doméstica, silenciada e “camuflada” nos lares;
- reduzir a morbimortalidade por violências e acidentes;
- promover saúde e a cultura da paz;
- contribuir para elaboração de políticas públicas.

O Ministério da Saúde estabeleceu as seguintes ações necessárias ao atendimento a Mulher Vítima de Violência (Brasil, 2005):

- identificar as situações de violência e acolher as vítimas;
- garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento;
- prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima;
- preencher a ficha de Notificação Compulsória de Violência, segundo a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003;
- incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritário na unidade básica de saúde;
- referenciar a mulher de forma responsável, com contato telefônico ou encaminhamento por escrito, se houver serviço de saúde especializado para atendimento aos casos de Violência Contra Mulher no município;
- informar e orientar a vítima para que registre a ocorrência na delegacia de mulheres;

- incluir o tema violência nas ações educativas da unidade;
- registrar informações colhidas sobre fato: quando, onde, como e, se informado, quem foi o agressor;
- identificar rede de apoio (social e familiar) à mulher;
- Solicitar exames de acordo com o protocolo e prescrever contracepção de emergência, quando necessário;
- informar e encaminhar a vítima e o agressor para os programas de atendimento de saúde mental;
- informar e encaminhar a vítima para os serviços de apoio social e jurídico se necessário;
- agendar retorno e/ou visita domiciliar para continuidade do atendimento;
- encaminhar para serviços de urgência ou pronto atendimento hospitalar:
  - a) abuso sexual
  - b) lesões graves e/ou extensas
  - c) queimaduras de maior gravidade
  - d) traumatismo cranianos e fraturas
  - e) suspeita de lesão de órgãos internos
  - f) estado de choque emocional

Ainda segundo recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), é importante dispor de recursos laboratoriais para realização dos seguintes exames:

- tipagem sanguínea;
- sorologia para sífilis;
- cultura de secreção vaginal e do canal cervical;
- coleta de material para identificar o agressor (esse material deve ser colhido, colocado em papel filtro estéril, seco ao ar livre e guardado em um envelope. Se úmido, bactérias podem proliferar e destruir as células e o DNA. O material deve ser identificado e ficar anexado ao prontuário para investigações policiais);
- sorologia para hepatite B;
- sorologia anti-HIV.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar as informações propostas pela metodologia, percebi a centralização das informações no nível da gestão e que os profissionais da rede de saúde, ~~assim como eu~~, não possuíam informações precisas de como acessar a rede de apoio às mulheres vítimas de violência.

Identificou-se a escassez de recursos para abrigamento de mulheres em situação de risco de homicídio, já que existem apenas 10 vagas para essa situação em toda a região metropolitana. Ao mesmo tempo foi possível reconhecer vários equipamentos sociais já existentes e até então pouco acessados no cotidiano de trabalho da autora.

Ao final desse percurso, compreende-se que a consolidação dessa rede só será efetivada num processo de aproximação intersetorial local e não somente nas instâncias centrais de articulação da gestão. No caso do setor saúde, para efetivar sua contribuição, é preciso reconstruir a lógica de Atenção a Saúde da Mulher, ultrapassando o enfoque nas questões sexuais e reprodutivas e adotando visão integral com ações que contemplem a diversidade de necessidades de saúde dessa população. Além disso, confirmou-se a necessidade de socialização das informações obtidas com os outros profissionais da unidade básicas de saúde e para tal, está sendo construído, junto a gerência da unidade, espaço de formação sobre a situação da violência contra mulher no município e os equipamentos sociais existentes para referenciamento e suporte dos casos.

Nota-se que essas medidas ainda são insuficientes para a total garantia de defesa das mulheres diante das diversas formas de violência devido a escassez e a falta de descentralização dos recursos disponibilizados e também pelos fatores sociais, históricos e políticos do sistema capitalista patriarcal que alimenta o machismo, o racismo e a homofobia .

Cabe a nós, mulheres de todo o mundo, construirmos laços de solidariedade, reivindicar o cumprimento do papel do Estado no combate à violência e fortalecer o feminismo como caminho da igualdade entre homens e mulheres, afirmando a autonomia como princípio de vida e organização social das mulheres.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. M.; COURA FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 243-257, 2001.

BANDEIRA, L. Violência contra mulher no Brasil e as ações do feminismo. In: ENCONTRO NACIONAL FEMINISTA, 13. 2000, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*: norma técnica. 2ª ed. atualizada e ampliada – Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção a Saúde. Primeira edição. Seg. reimpressão Brasília, 2009.

CAMARGO, M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 22, nov., 2000. Disponível em:<[http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body\\_jr22-marcia-camargo.html](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr22-marcia-camargo.html)>. Acesso em 15 jan.2010.

COELHO, C. M. S; CALDAS, D.A.C; GOMES, M. C. Políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres em Belo Horizonte. *Revista Divulgação Saúde em Debate*. Num.41. Rio de Janeiro, Abril, 2009.

DINIZ, N. M. F. et al. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 23, n.2, p. 106-186, 1999.

DINIZ, S.G; SILVEIRA, L.P & MIRIM, L.A. (Orgs.). *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites*, São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. (p. 15-44), 2005.

FARIA, N; NOBRE, M. SILVEIRA, M.L. Feminismo e Luta das Mulheres. Sempre Viva Organização Feminista. São Paulo, 2005.

FONTANA, M.; FERREIRA, S. F. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Dossiê Violência Contra a Mulher. Pesquisa e redação (atualização 2001). Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossieviolencia>. Acesso em 12/12/2009.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do sul do Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*; 13(2):89-99, 2004.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUARÁ, I.M.F.R et. al. *Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente*. São Paulo: IEE/PUC - SP; Brasília: SAS/MPAS, 1998.

MINAYO,C.S.M. *Violência e Saúde*. Série Temas em Saúde, Rio de Janeiro, Editora Fio cruz,2006.

MINAS GERAIS. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Promotoria de Justiça de Combate à Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. *Algumas reflexões sobre a Lei Maria da Penha*. Edição atualizada. Belo Horizonte, novembro, 2008.

MORAES, R. R. *Violência sexual e doméstica contra mulher: uma questão de saúde pública! Polêmica: com os olhos no futuro do serviço social*. Belém, n.3, p.30-37, maio 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *IV Conferência Mundial Sobre a Mulher*. Rio de Janeiro: ONU CNDM - FIOCRUZ, 1996.

SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. de S. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: *Revinter*, 1995.

SAFFIOTI, H. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, M. (Org.) *Violência em debate*. São Paulo: Moderna, 1997. p. 39-57.

SAFFIOTI, H. “Equidade e paridade para obter igualdade.” *O Social em Questão*, n.1, Revista do Programa de Mestrado Social-PUC-Rio, jan/jun, 1997. p.63-70.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-26, ago. 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, jul/ago. 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al.. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 41-54, fev. 2003.

SPM. Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2009.

VENTURI G, RECAMÁN M, OLIVEIRA S. (orgs). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2004.