



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

**EVIRLENE DE SOUZA DA FONSECA**

**EQUIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2018

**EVIRLENE DE SOUZA DA FONSECA**

**EQUIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva (mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Narazeth Meneghel

PORTO ALEGRE

2018

### CIP - Catalogação na Publicação

Fonseca, Evirlene de Souza da  
Equidade na atenção às mulheres em situação de  
violência na atenção básica de saúde / Evirlene de  
Souza da Fonseca. -- 2018.  
94 f.  
Orientadora: Stela Nazareth Meneghel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2018.

1. violência contra mulher. 2. equidade de gênero.  
3. atenção primária a saúde. I. Meneghel, Stela  
Nazareth, orient. II. Título.

**EVIRLENE DE SOUZA DA FONSECA**

**EQUIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva (mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Narazeth Meneghel

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Diaz Gutierrez  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Izabella Barison Matos  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marlene Neves Strey  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Nazareth Meneghel, pela sua generosidade, sua força e sua escuta. Obrigada por sua orientação segura, precisa e respeitosa e também, por acreditar em minha capacidade e me propor grandes desafios.

À Gabriela e a Karla, secretarias do PPGCol, pelo importante apoio, gentileza, competência e carinho com que atendem as demandas do programa.

À UFRGS por me proporcionar experiências de ensino, pesquisa e extensão.

Aos profissionais de saúde que gentilmente cederam seu tempo e se dispuseram a compartilhar comigo suas ideias, suas esperanças e algumas frustrações do cotidiano do seu trabalho.

A Marlene Superti e ao José Luiz Mansur, do Núcleo de Apoio de Saúde da Família da SMS/Porto Alegre, por me acolherem e por terem dado todo apoio nesta minha trajetória acadêmica.

As mulheres de minha banca, por terem aceitado compartilhar suas experiências e saberes comigo. Fonte de inspiração!

As minhas amigas, Aline Reser, Mariana Marchioro, Barbara da Silva, Sabrina Vresinski, Patrícia Soares, Daiane Dolejal e Deise Junqueira, pelo carinho e a constante presença em minha vida.

Às grandes mulheres da minha família: Minha mãe Marlene Fonseca (*in memoriam*) pela sua lembrança doce e carinhosa, a minhas irmãs Dirlene, Diverlene e Tatiane, e também, as minhas sobrinhas Francielly, Sabrina, Larissa, Juliana e Antônia pelo afeto, ternura e apoio incondicional de sempre.

Ao meu pai Jorge Fonseca, pela sua calma e generosidade e ao meu irmão Diverley, por estar sempre perto e disponível para acolher a todos.

Ao meu companheiro de todas as horas, amigo de todos os momentos, Luis Franz, por tudo, agradeço-te sinceramente!

## RESUMO

A violência é um fenômeno social complexo, multifacetado e de grande magnitude, presente nas mais diferentes realidades históricas, culturais e sociais, sendo um comportamento social exacerbado em determinadas culturas e relações de poder. A violência contra a mulher, por sua vez, manifesta-se de diversas formas e com diferentes graus de severidade, sendo considerada qualquer conduta baseada no gênero, que cause morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público como no privado. Neste contexto, a presente pesquisa tem por objetivo conhecer a equidade na atenção a mulheres em situação de violência na atenção básica. Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, cujas informações foram produzidas por meio de observação participante no território, dados de notificação de violências, visitas domiciliares, reuniões de equipes, grupos focais em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre (RS), com trabalhadores de saúde e, ainda, pelo relato de um caso exemplar. Foi realizada análise temática, buscando entender as percepções sobre as violências, as ações realizadas (e não realizadas), a produção de sentidos e o posicionamento nas relações entre trabalhadores de saúde e usuárias em situação de violência. Dentre os principais achados destaca-se o fato de que os trabalhadores da saúde não percebem a violência em uma dimensão que implique na perspectiva de gênero, a constatação da onipresença da violência estrutural como o principal determinante e entrave às ações de atendimento e acolhimento de situações de violência. Ademais, a dificuldade da articulação da rede de atendimento à mulher em situação de violência como um todo mostrando-se incapaz de dar visibilidade e acolhimento às mulheres em situação de violência. Por fim, para evidenciar ao menos em parte, o quanto um olhar pormenorizado poderia contribuir para compreender e diminuir o sofrimento imposto às mulheres vítimas de violências, apresenta-se um caso exemplar, o qual se desenrola em meio à rota crítica vivida por duas vítimas de violência, envoltas em uma trágica história familiar.

Palavras-chave: violência contra mulher; equidade de gênero; atenção primária a saúde.

## **ABSTRACT**

Violence is a complex social phenomenon, multifaceted and of great relevance, present in the most different historical, cultural and social contexts, being an exacerbated social behavior in certain cultures and power relations. Violence against women, in turn, manifests itself in different ways and with different degrees of severity, being understood as any conduct of gender that causes death, damage physical, sexual or psychological suffering, both in the public and private spheres. In this context, this research aims to know the equity in attention to women in situations of violence in primary health care. This research is a case study, with a qualitative approach, in which the information was produced through participant observation in the territory, data of violence notifications, home visits, team meetings and focus groups in Basic Health Units, with health workers and also by the report of an exemplary case. A thematic analysis was carried out, trying to understand the perceptions about the violence, the actions realized (and not realized), the production of meanings and the positioning in the relations between health workers and users in situations of violence. Among the main findings, it must be emphasized that health workers do not perceive violence in a dimension that implies a gender perspective. It is also noted the omnipresence of structural violence as the main barrier to several actions for care and reception of situations of violence. In addition, the difficulty of articulation the health care network as a whole makes it difficult the visibility and reception of women in situations of violence. Finally, to highlight at least in part, how a detailed look could help to understand and reduce the suffering imposed on women victims of violence, presents a case in point, which happens through the critical path experienced by two victims of violence, wrapped in a tragic family history.

Keywords: violence against women; gender equity; primary health care.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	EQUIDADE (OU AUSÊNCIA DELA) NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	10
2.1	Equidade de gênero: uma discussão inicial.....	10
2.2	Violência de gênero contra a mulher .....	13
2.3	Políticas Públicas de enfrentamento à violência contra a mulher .....	16
2.4	Atenção básica em saúde: Uma breve contextualização.....	18
2.5	(In)equidade na Atenção Básica – o contexto de Porto Alegre.....	22
2.6	Vigilância das violências .....	25
3	OBJETIVOS DE PESQUISA.....	28
4	CAMINHOS DE PESQUISA .....	29
4.1	Tipo de Estudo e métodos utilizados .....	29
4.2	Cenários da Pesquisa.....	31
4.3	Produção de dados.....	32
4.4	Sujeitos do Estudo.....	33
4.5	Aspectos Éticos .....	35
5	RESULTADOS.....	36
5.1	Descrição do território – “A Vila Cruzeiro”.....	37
5.2	Violências: definições e tipos.....	44
5.2.1	A violência estrutural na fala dos trabalhadores de saúde.....	45
5.2.2	Violência contra criança.....	50
5.2.3	Violência Contra Idoso.....	53
5.2.4	Violência Contra Mulher.....	55
5.3	Ações realizadas (ou não) pelos profissionais frente às violências contra as mulheres .....	63
5.3.1	Notificação da violência contra a mulher .....	63
5.3.2	Atuação da rede de atendimento à mulher em situação de violência .....	72
5.4	Caso exemplar: Ana, uma vida marcada pela violência .....	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82
	REFERÊNCIAS.....	85



## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) consiste em um terreno fascinante, complexo e desafiador. A variedade de situações, histórias ou descobertas que podemos vivenciar em seu universo de possibilidades é imensa, senão incalculável. Portanto, observar a atenção prestada a mulheres na ABS pode nos trazer um sentimento tão profundo quanto o olhar de quem se põe frente a um oceano desconhecido, mas com o desejo de se lançar nele na esperança de descobrir o que seus limites escondem. Com este espírito, de sentir-se pequeno diante de tantas possibilidades, mas também, de se sentir provocado pela perspectiva de descobertas ocultas, que me sensibilizei com elementos na atenção básica à saúde que envolvia violência e questões de gênero. Não bastasse isso, percebi que de forma complementar e mais aprofundada, aspectos envolvendo violência de gênero – sobretudo, contra a mulher – estavam indissociavelmente presentes, mas talvez, não visibilizados pelo setor da saúde como deveriam, principalmente no que se refere ao acolhimento e atenção, assim como em relação a estudos acadêmico-científicos.

O interesse por este tema de pesquisa iniciou, ainda no Bacharelado de Saúde Coletiva, enquanto aluna “petiana”, fazendo parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET) no campo das vigilâncias e das violências desenvolvido no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, nos anos de 2013 a 2015 (Meneghel, Fonseca, Silva, 2017). O trabalho, as observações e o interesse continuaram, durante o estágio curricular da autora no Bacharelado de Saúde Coletiva, realizado junto à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ainda no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, partindo do interesse em aprofundar a discussão de como a violência estrutural e suas possíveis consequências estavam sendo percebidas pelos indivíduos que atuavam ou viviam no local. A reflexão teórica sobre as violências neste território foi desenvolvida no Trabalho de Conclusão de Curso denominado: “Entre as violências, o medo e o protagonismo social: vivências em um distrito de saúde, Porto Alegre, 2016”, publicado na Revista Saúde em Redes (Fonseca, Meneghel, 2016).

Tendo em conta as inquietações produzidas, pareceu inevitável e imprescindível buscar respostas para a invisibilidade da violência contra a mulher na

atenção básica à saúde. Estas percepções ou inquietações evoluíram para o que se tornou uma questão central de pesquisa, que carrega como cerne de seu tema a equidade na atenção às mulheres em situação de violência na atenção básica.

Frente a tais aspectos, encontrei aqui um desafio maior, que consistia em transmitir da forma mais adequada possível ao leitor meus caminhos de pesquisa, minhas descobertas, bem como a articulação e consolidação adequada das informações colhidas em campo.

De imediato, e em um primeiro esforço de situar o leitor quanto ao marco teórico que sustenta a pesquisa, inicio uma contextualização quanto às situações envolvidas no tocante ao acolhimento equânime da mulher na atenção básica. Após isso, procurei aprofundar gradualmente em várias seções os elementos que fundamentam a atenção básica até chegar à discussão que busca compreender e esclarecer a violência de gênero contra a mulher.

Este conteúdo é complementado, na sequência, pela apresentação dos objetivos do trabalho e dos caminhos de pesquisa utilizados para atender tais objetivos.

Os resultados são apresentados por mim em quatro seções principais, onde dedico-me inicialmente a expor uma descrição do território onde ocorreu a pesquisa, a Vila Cruzeiro. Após isso, na seção denominada Violências: definições e tipos aprofundo uma discussão que contextualiza a violência estrutural pela fala dos trabalhadores de saúde e ainda elenco suas percepções quando a violências no âmbito das crianças, dos idosos e contra a mulher. Os resultados ainda trazem uma seção na qual é discutida as ações realizadas (ou não) pelos profissionais frente às violências contra as mulheres, tanto pela ótica da notificação da violência contra a mulher, quanto pela atuação da rede de atendimento à mulher em situação de violência. Como fechamento ao Capítulo complemento às descobertas apresentando ao leitor, o caso exemplar de uma vítima que tem sua vida marcada pela violência.

## 2 EQUIDADE (OU AUSÊNCIA DELA) NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

### 2.1 Equidade de gênero: uma discussão inicial

Primeiramente, se faz necessário conceituar a equidade, considerada um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionado com os conceitos de igualdade e de justiça social. A equidade possui uma dimensão ética e se refere à ação propositiva para dirimir diferenças evitáveis e injustas, no âmbito histórico e social (Fonseca, 2005). Raramente é possível equiparar igualdade com equidade, sempre estando presente alguma ressalva ou restrição para que haja total igualdade. Mooney (2014) alerta para a importância de distinguir equidade horizontal e vertical, em que a primeira refere-se ao tratamento igual de iguais e a segunda refere-se ao tratamento desigual para pessoas diferentes. O conceito de equidade aplica-se a vários campos do conhecimento e pode ser ampliado para incluir a questão de gênero.

A equidade de gênero aborda as diferenças injustas na vida de homens e mulheres e nas barreiras de acesso aos cuidados e aos ambientes promotores de saúde e bem estar. Refere-se às diferenças que ocorrem entre os sexos, embora possa ser considerada em relação a um dos sexos apenas, objetivando tratar segundo suas necessidades, os diferentes tipos de mulheres que apresentam características específicas (Jacques *et al.*, 2017). A equidade de gênero não deve ser identificada com um único valor, seja com os pressupostos do feminismo da igualdade, seja com os do feminismo da diferença, mas com uma pluralidade de princípios normativos que contemplam aspectos associados tanto ao direito à igualdade como à diferença. Essa visão ampla de equidade contempla as especificidades das mulheres negras, lésbicas, rurais, pobres e indígenas.

Um aspecto importante em relação às ações voltadas à equidade é o princípio da transversalidade de gênero, formulado na Conferência de Beijing (1995), a ser adotado em todas as políticas públicas do Estado. Transversalidade de gênero compreende a elaboração de uma matriz que oriente competências políticas, institucionais e administrativas e responsabilize os agentes públicos em relação à

superação das assimetrias de gênero nas distintas esferas do governo (Bandeira, 2004)

As mulheres possuem maior longevidade, apesar dos problemas devido à função reprodutiva e à incidência de enfermidades específicas, portanto é esperado e observado que elas utilizem os serviços de saúde mais frequentemente que os homens. A equidade de gênero no setor saúde não objetiva a obtenção de alcançar taxas iguais de mortalidade e morbidade para mulheres e homens, mas sim, a eliminação de determinantes evitáveis no adoecimento e na morte. A equidade de gênero na atenção à saúde não se manifesta por cotas iguais de recursos e serviços para homens e mulheres, pelo contrário, ela exige que as práticas de saúde se ofertem diferencialmente, de acordo com as necessidades particulares de cada sexo e em cada contexto socioeconômico (Gómez, 2002).

Apesar da morbidade e procura aos serviços de saúde ser maior entre as mulheres, este maior consumo não constitui necessariamente uma expressão de privilégio social. As diferenças na utilização de serviços segundo gênero decorrem de tipos de necessidades de atenção diferentes e fatores estruturais e institucionais que facilitam ou obstruem o acesso aos serviços (Travassos *et al.*, 2002). A socialização de gênero, por meio da qual os homens são ensinados a minimizar os sintomas de doença, também atua nesta distribuição diferencial de busca de serviços. Por outro lado, as expectativas sociais em relação ao papel de cuidadoras fazem com que as mulheres aprendam a familiarizar-se com a detecção precoce de sinais/sintomas e procurem os serviços de saúde mais precocemente e em maior frequência (Giffin, 2002).

Cabe lembrar que as mulheres possuem necessidades específicas em relação à saúde, devido às questões reprodutivas que geram demandas referentes à anticoncepção, gravidez, parto e puerpério. Contudo, um viés de gênero comum nos serviços de saúde é o de tratá-las apenas enquanto reprodutoras. Este fato ocorre quando são vistas apenas em sua função de mães, como em relação ao diagnóstico de HIV focado no grupo de gestantes, estimuladas a usar medicamentos para proteger ao bebê e não a si mesmas (Bastos e Szwarcwald, 2000).

Apesar do exposto, a maior utilização de serviços por parte das mulheres não é uma constante em todos os grupos sociais. Pelo contrário, as diferenças por sexo

na utilização de serviços de saúde podem representar inequidades e devem ser avaliadas segundo fatores econômicos, idade, etnia e lugar de residência, assim como em relação ao tipo de financiamento e organização dos serviços.

As mulheres não podem ser consideradas como um todo homogêneo, tendo em conta que há uma série de diferenças que potencializam as vulnerabilidades. Mulheres negras e indígenas, lésbicas ou trans, prostitutas, migrantes, em situação de violência e de exploração sexual, muitas vezes são invisibilizadas ou tratadas de modo preconceituoso, o que as leva a não retornar aos serviços. A título de exemplo, no Brasil, constata-se que mulheres negras e pobres referem menor número de consultas médicas e exames preventivos do que as brancas (Bairros e Meneghel, 2011), assim como as indígenas e migrantes.

Os fluxos migratórios contemporâneos têm sido constituídos por uma parcela expressiva feminina e as migrantes geralmente possuem dificuldade de acesso a serviços de saúde. Essas mulheres enfrentam dificuldades de comunicação e sofrem preconceitos pelos hábitos particulares que trazem das culturas de origem, além de constituir um alvo fácil de exploradores e atravessadores que lhes destinam empregos precários, incluindo o trabalho sexual forçado (Ceccon, Meneghel, Portes, 2016).

A maior utilização feminina de serviços de saúde mascara a existência de inequidades de gênero, que ocorrem não apenas quando há barreiras de acesso ao serviço, mas quando o atendimento não é adequado (em termos de acolhimento, vínculo e resolutividade), quando há desrespeito, discriminação ou preconceito em relação à usuária, quando existem meios eficazes de tratamento e não foram usados por razões ligadas a gênero, quando são impostas condutas sem esclarecimento ou consentimento incluindo a omissão de orientações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.

Ainda cabe ressaltar que existe inequidade de gênero segundo etapas do ciclo vital, raça/etnia, orientação/identidade sexual, situação socioeconômica e utilização de serviços e tecnologias de saúde, o que decorre, em última análise, quando a mulher atendida não está sendo considerada em sua integralidade.

O objetivo desta pesquisa é conhecer como se dá a equidade na atenção às mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde. Contudo, antes de

conhecer como os serviços procedem em relação à violência de gênero perpetrada contra a mulher – tema central desta pesquisa – se faz necessário discutir alguns pontos incluindo a violência de gênero contra a mulher, as políticas públicas de enfrentamento, a caracterização da atenção primária à saúde e seu contexto histórico, as (in)equidades na atenção básica à saúde e para apresentar por fim, a vigilância das violências.

## **2.2 Violência de gênero contra a mulher**

A violência é um fenômeno social complexo, multifacetado e de grande magnitude, presente nas mais diferentes realidades históricas, culturais e sociais. Não é uma manifestação natural do humano, mas um comportamento social, exacerbado em determinadas culturas e decorrente de relações de poder (Chauí, 1985). Tem sido caracterizada como estrutural ou interpessoal, atingindo todos os grupos etários e ciclos da vida, apresentando-se como física, moral, sexual, psicológica e patrimonial. Os seus efeitos produzem sofrimento, danos, agravos, enfermidades e suas manifestações mais graves culminam com a morte por suicídio, homicídio ou feminicídio. As violências relacionadas a gênero dirigem-se aos que não cumprem os papéis designados pela cultura para serem seguidos por homens e mulheres (Ceccon e Meneghel, 2017).

O uso da categoria gênero busca retirar a conotação do biológico, ampliando o foco para a construção social do sexo, tendo sua origem nas ciências sociais que o considera a apropriação social do sexo biológico. Nessa perspectiva, a palavra sexo designa somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita e o conceito gênero distingue a dimensão biológica da social (Heilborn, 2002).

Joan Scott (1995) define gênero como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma de dar significado às relações de poder. A partir dessa definição, Scott elenca quatro elementos necessários para entender a categoria gênero: 1) os símbolos culturalmente disponíveis sobre as representações simbólicas acerca de cada um dos sexos, 2) um conjunto normativo que define o feminino e o masculino; 3) o

binarismo de gênero e, por fim, 4) a identidade sexual subjetiva pautada em prescrições. A autora sublinha que nenhum destes elementos atua isoladamente, mas ocorrem simultaneamente, como se um fosse reflexo do outro.

Para Scott, as relações de gênero estão imbricadas nas relações de poder, as quais hierarquizam a posição e o status de homens e mulheres ao longo da história. Além disso, a autora já anunciava a ideia de interseccionalidade, afirmando que, “o gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclui não somente o sexo, mas também a classe e a raça” (Scott, 1995, p.71-99).

Para Saffioti (2015), encerrar a noção de gênero em uma definição fixa e simples é expor-se a reduzi-lo e diminuir a sua potência, o que levaria a compreender mal seus contornos e sua especificidade histórica. Frente às limitações do conceito de gênero, a autora assume que é melhor utilizar o conceito de patriarcado, que permite um ganho maior em compreensão. Saffioti (2015) entende o patriarcado como o determinante maior, na medida em que ele explicita a existência de uma hierarquia de poder entre homens e mulheres, deixando claro o vetor dominação-exploração. Embora a autora utilize o conceito de gênero, explica que dependendo de como ocorre à apropriação deste conceito, a questão de poder pode ficar minimizada ou até ausente.

Para Saffioti, o patriarcado é o sistema presente na história da humanidade, que, ao longo do tempo, consolidou uma hierarquia nas relações entre homens e mulheres. Ademais, as relações de gênero fazem parte do cotidiano das pessoas e ocorrem em todas as instâncias e em todos os níveis sociais. Assim, o fenômeno da violência de gênero também é transversal à sociedade, ignorando fronteiras de classe social e de raça/etnia (Saffioti, 2015).

Segundo a definição da Convenção de Belém do Pará (1994), a violência contra a mulher é 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.

A violência de gênero pode ser perpetrada tanto no sentido homem-mulher, mulher-homem, homem-homem e mulher-mulher, contudo a violência perpetrada por homens contra as mulheres é mais prevalente (Saffioti, 2015). Para Montserrat

Sagot (2009), o contexto familiar configura-se como um espaço social de atos e práticas violentas visto que, as mulheres, na maioria das vezes, são agredidas por homens com os quais elas mantêm algum tipo de relação de intimidade: maridos, namorados ou ex-companheiros. Devido ao vínculo afetivo à dependência financeira, naturalização da situação existente entre vítimas e agressores, romper com tal situação torna-se algo complexo e difícil, o que leva muitas a permanecerem silenciadas frente à violência.

Os processos que envolvem as desigualdades no âmbito familiar são com frequência determinados por gênero e idade. Estes são os principais determinantes das relações violentas que nela se constituem, enquanto na sociedade, além de gênero, a violência é exacerbada pelas condições de classe e raça, diferenciadas de acordo com o espaço público/privado (Meneghel e Hennington, 2007).

A violência contra a mulher além de ser um problema global de saúde pública, se manifesta por meio de diversas formas de opressão, dominação e crueldade que incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial, entre outras (Minayo, 2005). Muitas são as implicações que o fenômeno da violência contra a mulher envolve. Além de ser um problema social, a violência baseada em gênero no âmbito doméstico é um problema de saúde pública, uma vez que afeta também a saúde física e mental da mulher (OMS, OPAS, 2002).

Os motivos que levam as mulheres à permanência nas relações violentas são múltiplos e dentre estes, pode-se destacar o medo, a dependência emocional e econômica, a valorização da família, a preocupação com os filhos, a idealização do amor e do casamento, o desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha, a ausência de apoio social, dentre outros (Mizuno et al., 2010).

Segundo dados apresentados pelo Mapa da Violência de 2015, o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) registrou, no ano de 2014, um total de 223.796 vítimas que sofreram os mais diversos tipos de violência. O Mapa da Violência aponta que, duas em cada três dessas vítimas de violência, ou seja, 147.691 foram mulheres que precisaram de atenção médica por violências domésticas, sexuais e/ou outras. Ademais e traduzindo em números diários, a cada



dia do ano de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida (WAISELFISZ, 2015).

No Rio Grande do sul, segundo a Secretaria de Segurança Pública entre os períodos de 2016 e 2017, e referente à violência contra a mulher, observaram-se as seguintes situações: no que tange as ameaças perpetradas contra a mulher, ocorreram 37.946 notificações em 2017; no que se refere à violência física, elas passaram de 22.667 para 22.960; no tocante aos casos de estupro houve 1.574 casos em 2016, contra 1.661 em 2017 (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Estes dados refletem apenas uma parte visível em termos da magnitude do problema que é a violência contra as mulheres, a qual ainda sofre os efeitos das lacunas na atenção integral à saúde, e que vivem imersas em uma teia de violências, sejam elas físicas ou em suas formas mais sutis, mas não menos perversas, já que as notificações constituem apenas uma parcela do total de casos ocorridos. Muitas não buscam os serviços por desconhecimento ou descrédito em relação a eles, falta de autonomia e de redes de apoio e, ainda, medo do agressor, além do horário de atendimento dos serviços aos finais de semana e a noite, quando ocorre mais violência, as delegacias e as UBS estão fechadas. De fato, a violência de gênero contra a mulher, embora tenha sido visibilizada nos últimos trinta anos, ainda precisa ser debatida e denunciada, na busca de políticas públicas para o seu enfrentamento, incluindo, por exemplo, os serviços de atenção básica em saúde.

### **2.3 Políticas Públicas de enfrentamento à violência contra à mulher**

No Brasil, as políticas públicas referentes à saúde da mulher começaram a ser disponibilizadas nas primeiras décadas do século XX, sendo que nesse período o foco restringia-se às demandas ligadas às questões reprodutivas. Pode-se afirmar que em grande parte do século XX, as mulheres foram atendidas de forma fragmentada e com ênfase no papel social de mãe e esposa, responsáveis pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (Brasil, 2004).

No âmbito mundial, desde a I Conferência Mundial da Mulher, na cidade do México, em 1975, pontuou-se a necessidade de formular políticas e programas de atenção a mulheres sob o prisma da igualdade (Pequim, 1995). Na década de 1970, o movimento feminista emergente lutou para introduzir na agenda política nacional as questões relacionadas à desigualdade existente nas condições e situações de vida bem como, nas relações entre homens e mulheres. Ademais, este movimento foi fundamental para denunciar a violência contra a mulher, sob a perspectiva de gênero. Nesse momento, a violência contra a mulher emerge como um problema de saúde pública de grande magnitude, visibilizada e reconhecida tanto pelo movimento feminista quanto pela sociedade e organizações internacionais (Meneghel et al. 2011; Meneghel, Farina e Ramão, 2005).

A partir da metade dos anos 1980 novos temas e lutas continuaram se inserindo no debate acerca dos direitos das mulheres e começaram a ser criados órgãos de defesa como os conselhos estaduais de direitos da mulher e o Conselho Nacional de Direitos da Mulher, que se tornaria em 2004, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) com status de ministério. Em 1983 é criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde e que marcava, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres, até então voltados apenas para o binômio mãe-filho (Brasil, 1984).

Vinte anos após a experiência do PAISM teve início à reconstrução de uma nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), a partir da proposição de pensar gênero de modo transversal. Ao ser incorporado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero permite reconhecer as diferenças e desigualdades existentes entre homens e mulheres e inclui como sujeitos da política, corpos feminizados de mulheres transexuais. Contudo, e apesar destes significativos avanços, ainda hoje, enfrentam-se grandes desafios para promover o reconhecimento da equidade de gênero na atenção à saúde das mulheres (Almeida et al, 2014) .

As mulheres recebem menores salários que os homens pelas mesmas ocupações, houve aumento no número de mulheres chefes de domicílio, e elas continuam a ser submetidas à dupla ou tripla jornada de trabalho, acumulando o papel de cuidadoras e responsáveis pelas crianças e idosos. Tudo isso implica, em

última instância, o que Giffin (2002) afirma ao dizer que elas sejam consideradas “os novos pobres” da sociedade contemporânea.

## **2.4 Atenção básica em saúde: Uma breve contextualização**

A proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) surge no ano de 1978, apresentada na “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, realizada em Alma-Ata. Nesta conferência, foi estabelecido que a APS fosse o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde. Sendo assim, a APS foi considerada responsável pela identificação e resolução dos principais problemas de saúde dos indivíduos e comunidades, no nível preventivo e curativo, além de reabilitação e de promoção (ALMA-ATA, 1978).

Existem muitos estudos documentados sobre as vantagens e os benefícios desse nível de atenção para a saúde dos indivíduos. Bárbara Starfield é uma das pesquisadoras que possui grande gama de pesquisas relacionadas a esta temática. Starfield (2002) sistematizou o conceito desse nível de atenção em sete atributos essenciais para o atendimento à população: primeiro contato/porta de entrada, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Para tanto, estes atributos ainda devem estar relacionados com três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização.

Ainda segundo Starfield (2002), uma APS de qualidade e resolutiva só ocorrerá de fato, quando os seus princípios e as suas funções forem executadas e respeitadas em sua plenitude. Logo, para que um serviço de atenção primária possua qualidade, resolubilidade e equanimidade, esses atributos precisam estar arrolados na execução da prática assistencial, individual ou coletiva.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), o que imperou nos países periféricos após Alma-Ata foi a implementação de uma APS seletiva, onde um conjunto específico de atividades e serviços de saúde é elaborado de forma atender especificamente uma população, sendo neste caso a classe pobre. Contudo, a discussão da saúde posteriormente se ampliou. Dessa forma, os movimentos sociais

em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano e de cidadania, considerando que era necessário abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, de forma a reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde.

As autoras ainda destacam que o Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, trouxe um novo fôlego para que a APS se revitalizasse. Este relatório aponta a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não se caracterizando como um programa seletivo (de “pobre para pobres”). Nele, foi integrado um conjunto de reformas com vistas a garantir cobertura universal e institucionalizar a participação social. Neste contexto, o que se propunha era uma atenção primária centrada na pessoa, que desse resposta às necessidades de saúde individuais e coletivas e estabelecesse uma relação duradoura e garantisse a atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade - homens, mulheres, jovens ou velhos - ao longo de todo seu ciclo vital.

No Brasil, a opção escolhida pelo Ministério da Saúde foi a de utilizar o conceito de atenção básica para designar a atenção primária (tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família), a qual apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da atenção integral à saúde da população e a dos cuidados primários de saúde. Os cuidados primários podem ser pensados como política focada e seletiva a determinados grupos e/ou patologias constituindo uma verdadeira “atenção primitiva à saúde” (Conass, 2011). No presente trabalho, alinhamo-nos ao conceito estabelecido pelo Ministério da Saúde, adotando a terminologia de Atenção Básica à Saúde (ABS).

A ABS caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2012).

A atenção básica é ainda orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ademais, ela considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (PNAB, 2012).

Ainda no âmbito da PNAB, essa destaca que introduziu em sua estrutura elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção, ao projetar uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção (PNAB, 2012). Neste contexto, pensar em um sistema de saúde, ao mesmo tempo complexo e que tenha que dar conta de efetivar os princípios apontados na Constituição, revela-se um grande desafio. Assim, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como forma de garantir a integralidade, universalidade e a equidade da atenção à saúde da população.

Atualmente, o conceito apresentado pela portaria do Ministério da Saúde sobre as RAS, define as redes como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). As redes podem ser consideradas organizações poliárquicas de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo e lugar certo, humanizada, com qualidade, custo adequado e responsabilidades sanitárias e econômicas (Mendes, 2011).

Com efeito, a PNAB avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (PNAB, 2012).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é definida como a principal estratégia organizativa que reafirma a necessidade de tornar a prática da

atenção na Saúde da Família integral, por meio de responsabilização clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na corresponsabilidade pela saúde da população no seu território (CONASS, 2011).

A Unidade de Saúde da Família incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde e se estrutura a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS) e é composta pela equipe formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde e ainda, podendo ser ampliada por profissional dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal. Com intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a resolutividade, a abrangência e o escopo das ações da AB, o Ministério da Saúde criou através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2012), o NASF se caracteriza na integração de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada apoiando os profissionais das estratégias de saúde da família compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios e sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial das unidades nas quais o NASF está vinculado.

Cabe ressaltar que as reflexões e discussões aqui apresentadas precisam ser situadas. Esta dissertação foi escrita em um momento de intensos processos de transformação do cenário político brasileiro, trazendo inseguranças, ansiedades e dúvidas. Democracia, direitos e justiça têm sido colocadas em xeque, e incluem-se aí as ofensivas ao Sistema Único de Saúde e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Neste contexto, a PNAB 2017 incluiu várias alterações que colocam em risco os princípios constitucionais do SUS, ferindo o princípio da universalidade, na medida em que irá disponibilizar a cobertura total da atenção em saúde apenas para populações em situação de vulnerabilidade. Não bastasse, ela também atinge a equidade, quando propõe reduzir a oferta de agentes comunitários de saúde que, pelas características do seu trabalho no território, identificam pessoas e situações específicas que demandam atenção e cuidado diferenciados. Por fim, atinge a

integralidade, quando aposta em planos privados de saúde cujo objetivo não é prestar atenção de qualidade, mas auferir lucros (FACCHINI, 2017).

## **2.5 (In)equidade na Atenção Básica – o contexto de Porto Alegre**

O território de Porto Alegre tem uma população de 1.481.019 habitantes (IBGE, 2010) os quais estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS). As Gerências Distritais (GD) gerenciam dois ou mais DS, descentralizando e operacionalizando as estratégias de planejamento, atenção e vigilância em saúde. O município de Porto Alegre possui oito GD, com população entre 95 e 200 mil habitantes distribuídos da seguinte forma: 1) Norte/Eixo Baltazar, 2) Centro, 3) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória/Cruzeiro/Cristal, 6) Sul/Centro Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro e 8) Restinga/Extremo Sul (Porto Alegre, 2018).

A rede de serviços de Atenção Básica à Saúde de Porto Alegre é composta pelas Unidades de Saúde de Atenção Básica, pelas Unidades de Saúde para Populações Específicas, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelos Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica (NAMAB). Atualmente, 43,4% (99/228) das ESFs contam com o apoio matricial da Atenção Básica em Porto Alegre. Ao todo, são nove NASF e dois NAMAB. Dos nove NASF cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), apenas cinco recebem efetivamente incentivo financeiro do Ministério da Saúde (Porto Alegre, 2018)

A PNAB (2012) indica que para o caso de uma UBS sem Saúde da Família, no contexto de grandes centros urbanos, se permite uma abrangência de até 18 mil habitantes localizados dentro do território. Ao considerar-se uma UBS com Saúde da Família, ainda no caso de grandes centros urbanos, é estabelecido um parâmetro de no máximo 12mil habitantes, a fim de garantir os princípios e diretrizes da atenção básica. Do mesmo modo, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas e, em média, 3000. Contudo, ao observar o cenário existente em Porto Alegre, o que se percebe, de um modo geral, é um quadro aquém daquele preconizado pela PNAB (2012). Como um todo o município não

possui ABS suficiente para cobrir adequadamente todas suas regiões. Segundo citado pelo próprio relatório tem-se que a Atenção Básica à Saúde, apesar da cobertura populacional estimada pela Atenção Básica no município de 62,5%, apenas 48,2% da população está adequadamente coberta por Equipes de Saúde da Família completas, apenas 29,5% da população está coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e apenas 38,4% tem cobertura de Saúde Bucal adequada (Porto Alegre, 2018).

Dessa forma, um artifício apresentado pela prefeitura em seu Plano Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2018), consiste em estabelecer um ordenamento de seus Distritos Sanitários tomando por base um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Dessa forma, o Município tenta distribuir a partir de um critério minimamente justo os serviços de atenção básica em seu território. Essa escolha oferece uma correlação inversa entre as coberturas populacionais estimadas pelas ESF, ACS, AB e SB e o IDHM – ou seja, em geral a cobertura é maior nos DS com menor IDHM. Com isso, a prefeitura argumenta oferecer equidade na distribuição da maioria dos serviços de atenção básica entre os distritos sanitários. Ela também admite e destaca em seu Plano Municipal de Saúde que, alguns distritos com IDHM baixos, como Restinga e Lomba do Pinheiro, mesmo apresentando coberturas intermediárias, ainda demandam ampliação da atenção básica nesses territórios. De outra forma, há distritos em que essa correlação é mais fraca pelo alto IDH, como no caso do Centro, Noroeste e Cristal (Porto Alegre, 2018).

Atualmente, o município de Porto Alegre possui em torno de 189 equipes de ABS, das quais 153 apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média (81%) quando da participação no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). Observou-se ainda que 26 equipes foram classificadas como acima ou muito acima da média, 3 tiveram desempenho insatisfatório e 7 equipes foram excluídas (Porto Alegre, 2018). Logo, este cenário aponta para a necessidade de ações de gestão que enfoquem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, particularmente através do aprimoramento do acesso e da qualificação da atenção básica. O município ainda admite que o monitoramento do acolhimento, as atualizações dos territórios adscritos, a informatização e a ampliação do rol de procedimentos ofertados pelas



Unidades de Saúde ainda não são suficientes para diminuir as iniquidades de acesso aos serviços (Porto Alegre, 2018).

Pode-se perceber o quão desafiador é o cenário encontrado no município de Porto Alegre no tocante ao atendimento básico à saúde. Para além de todos os elementos a serem atendidos pelas equipes de saúde, a violência desponta como um agravo de elevada prevalência, sobretudo quando considerado os tipos mais específicos, como é o caso da violência contra a mulher. Ao ser investigado em profundidade o Plano Municipal de Porto Alegre (2018), não foi possível encontrar qualquer referência voltada especificamente ao enfrentamento da violência contra a mulher. O termo violência sempre emerge associado a outras facetas como, por exemplo, o crime armado, a violência no trânsito ou a violência no trabalho.

Em relação ao enfrentamento das violências, tem-se organizado uma rede que inclui os serviços policiais, jurídicos, de saúde e assistência social. Porém, o trajeto das mulheres pelos serviços e instituições que compõem esta rede ainda tem sido pouco avaliado (Sagot, 2000; Kiss et al, 2007). Grande parte busca os serviços de saúde, mas nem sempre são perguntadas sobre a violência; muitas vezes são revitimizadas ou rotuladas de políquelosas ou hipocondríacas, ficando a violência despercebida.

Estudo realizado em Porto Alegre (Meneghel et al, 2011) mostra uma realidade, de certo modo similar a outras cidades brasileiras (Schraiber et al, 2009), observando-se que profissionais do campo da saúde não se sentem capazes de prestar atenção integral às mulheres em situação de violência, limitando-se a tratar as lesões físicas e a referi-las ao setor policial.

A partir da concepção de Rede de Atenção à Saúde e considerando-se os conceitos envolvidos no âmbito da Atenção Básica em Saúde, é preciso identificar como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) estão operando no que tange a equidade na atenção a mulheres em situação de violência, que inclui a identificação dos casos, a escuta não julgadora, o acolhimento e as ações e encaminhamentos.

## 2.6 Vigilância das violências

No Brasil, embora as violências, incluindo as perpetradas contra as mulheres, tenham sido consideradas problema de saúde pública desde os anos 1990, apenas na metade dos anos 2000, ocorreu a sua inclusão no sistema de vigilância epidemiológica, quando elas passam a ser consideradas agravos de notificação compulsória (CONASS, 2007).

O Ministério da Saúde (MS), em junho de 2006, reconhecendo a magnitude e gravidade do problema da violência no Brasil implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). A partir de 2009, o Viva passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. Em 2011, ocorreu a universalização da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o país. Em 2014, foi publicada a nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo os casos de violência sexual e tentativa de suicídio que passam a ser agravos de notificação imediata (dentro de 24 horas) para as Secretarias Municipais de Saúde.

O objeto de notificação do VIVA/SINAN é a violência doméstica, sexual e de outras violências (psicológica/moral, financeira/econômica, tortura, tráfico de pessoas, trabalho infantil, negligência/abandono e intervenção por agente legal) contra mulheres e homens em todas as idades. Os dados são coletados por meio da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, que contém campos referentes aos dados da unidade notificante, dados demográficos vítima, residência, dados da ocorrência, tipologia da violência,

violência sexual, consequências da violência, lesões decorrentes da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento e classificação final do caso (Brasil, 2013).

Ao longo dos anos, com a entrada da notificação de violências no Sinan NET, ampliou-se o número de municípios notificantes e de notificações nos serviços, havendo um aumento do número de municípios notificantes, de 12,8% em 2009 para 26,9% em 2010, considerando o total de municípios brasileiros (5.565 municípios). Em relação ao sexo das vítimas, ressalta-se que 66,6% são ocorrências em mulheres (Brasil, 2013).

Mesmo assim, sabe-se que apenas uma parte das violências é notificada e a situação é pior quando se trata de territórios onde a violência é mais acentuada pela presença do tráfico, onde vigora um segundo Estado e os profissionais de saúde revelam que também se sentem expostos e vulneráveis às violências e possíveis retaliações por parte dos agressores.

Em Porto Alegre, as violências têm ocorrido de modo ascendente, e há regiões de *apartheid*, onde a população negra e jovem tem sido alvo de ações de extermínio, constituindo um verdadeiro genocídio, como Cecília Minayo (1990) já havia denunciado, em relação à Baixada Fluminense no estado do Rio de Janeiro. Em Porto Alegre, dentre. Dentre estas regiões onde há a presença do tráfico e muita violência, destaca-se o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. Neste território, embora se saiba que a violência é elevada, as notificações são de pequena monta e não refletem a situação real, como apontam os gestores nesta pesquisa.

Frente a este cenário, caberia questionar se as equipes de saúde reconhecem as mulheres em situação de violência, se perguntam a elas quando suspeitam que estejam expostas ou vulneráveis a agressões e, se tomam medidas concretas para o enfrentamento destas situações. A omissão dos profissionais diante destas situações configura um ato de negligência e inequidade frente a usuária, sabendo-se que a violência é um ato de gravidade ascendente que pode culminar com a morte da mulher.

Conforme explicitado até aqui, o conhecimento da equidade na atenção básica à saúde, as questões de gênero e a violência contra a mulher estão

relacionados entre si. Sendo assim, antes de apresentar o tema dessa dissertação, cabe ainda uma breve contextualização das relações entre os pontos discutidos.

Pensando na inter-relação entre violência, gênero e equidade no contexto da atenção básica, os caminhos parecem apontar para a dificuldade, ou mesmo incapacidade dos serviços em compreender e abordar condições que tratam de mulher em situação de violência. Os serviços de atenção básica não reconhecem a violência no seu trabalho cotidiano, já que não existem ações previstas para isso. Não há um protocolo de ações a serem realizadas quando um caso trata de violência doméstica, mesmo que em casos de violência sexual, haja uma norma técnica de atendimento claramente definida, o que não significa também que seja aplicada (Kiss et al., 2007; Meneghel *et al.*, 2011).

Leal et al., (2009) também trazem elementos para entender o possível despreparo das equipes de atenção básica, ainda pensando na relação entre violência, gênero e equidade. Segundo estes autores em torno de 25% a 50% das mulheres, em geral, usuárias dos serviços de saúde, sofrem ou sofreram e convivem ou conviveram com a violência. Contudo, mesmo frente a estas proporções, na maioria das vezes não é realizado nem identificado o registro do caso, com o atendimento sendo focado somente no tratamento das lesões físicas produzidas pelos episódios de violência.

A compreensão da violência associada às inequidades de gênero pode ajudar a perceber as hierarquias de poder presentes na sociedade e vislumbrar possíveis estratégias e ações para lutar contra este agravo, tanto em nível pessoal, quanto nos serviços de saúde, incluindo a atenção básica e as redes. Posto isto, o tema da presente pesquisa é a equidade na atenção às mulheres em situação de violência na atenção básica em saúde e as questões norteadoras referem-se a: os profissionais de saúde da atenção básica estão reconhecendo a violência contra a mulher nas unidades de saúde e/ou no território? Estas violências são notificadas? Que ações são (ou não são) realizadas frente a estas violências?

### **3 OBJETIVOS DE PESQUISA**

A presente pesquisa tem como objetivo geral conhecer se há equidade na atenção a mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde.

Para alcance do objetivo geral, o presente trabalho apresenta os seguintes objetivos específicos:

- a) Saber se os profissionais de saúde estão reconhecendo a violência contra a mulher no território onde atuam;
- b) Descrever como se dá o atendimento de situações de violência contra a mulher pelas equipes de saúde;
- c) Identificar casos de violência contra a mulher ocorridos no território procedentes de notificações de serviços pertencentes e externos ao Distrito e de outras fontes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou conhecer se há equidade na atenção a mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde. Este objetivo geral consolidou-se por meio de alguns objetivos específicos, alcançados e relatados no decorrer do trabalho.

Neste sentido, buscou-se primeiramente saber se os profissionais de saúde estão reconhecendo a violência contra a mulher no território onde atuam. Relativamente a isso, verificou-se que os trabalhadores da saúde não percebem a violência em uma dimensão que implique a perspectiva de gênero, parecendo-nos que assumem mais facilmente a ideia de violência interpessoal. Além disso, observou-se que estes profissionais possuem a visão fragmentada da violência, como um agravo físico ou mesmo psicológico, mas não percebem a vítima na sua integralidade. Percebeu-se ainda que, ao observar os relatos de violência, as condutas dos trabalhadores de saúde envolvem, muitas vezes, pré-julgamentos, preconceitos, julgamento moral e naturalização da violência, o que entre outros motivos parece revelar-se como uma das principais causas que obstaculiza a visibilidade da violência.

Um segundo objetivo específico consistiu em descrever como se dá o atendimento de situações de violência contra a mulher pelas equipes de saúde. No que tange a este objetivo, alguns pontos importantes merecem ser destacados, dentre os quais a presença no território da violência estrutural, que se manifesta como um determinante e entrave às ações de atendimento e acolhimento de situações de violência. Para, além disso, observa-se ainda que inexistem mecanismos para promover o fortalecimento e o empoderamento das mulheres vítimas de violência para que possam agir por si próprias, denunciando e defendendo-se das violências que sofrem. Verificou-se também que há barreiras no acesso dos profissionais a informações que lhes apoiem na atuação frente às violências. Dentre os principais desafios enfrentados está a dificuldade de operar com os relatórios, os entraves tecnológicos para acessar as informações, além da falta de profissional capacitado para atuar no registro, organização e gestão das notificações que chegam às USs. Nota-se ainda que a atuação em rede apresenta potências, mas também limitações, sobretudo no que se refere à continuidade do

cuidado às mulheres em situação de violência. O maior indício disso aparece na fragmentação e falta articulação da rede de cuidados.

Por fim, o último objetivo específico buscou identificar casos de violência contra a mulher ocorridos no território, procedentes de notificações de serviços pertencentes e externos ao Distrito. Neste sentido, apesar de se perceber o quanto a notificação se revela elemento importante para a atuação efetiva dos profissionais nas unidades básicas, identificou-se uma situação de subnotificação, onde apenas uma pequena parte dos casos foram efetivamente registrados nas USs. Mesmo nos casos em que houve algum registro na rede, estes ficaram invisibilizados aos profissionais da atenção básica. Nos casos notificados, verificou-se que a maioria trata-se de violência perpetrada por homens contra mulheres e, em praticamente um terço das situações, eram casos de violência sexual.

Outro problema enfrentado é a dificuldade ou impedimento de acesso às residências para a realização das visitas domiciliares. Por conta das situações de violência no território, o desempenho para a realização das VDs tem sido comprometido. Ademais, foi possível constatar no presente estudo como a violência interfere no processo de trabalho da unidade de saúde na medida em que a equipe não consegue realizar os cuidados assistenciais de acordo com o planejado, além de não conseguir realizar assistência domiciliar por conta da presença cotidiana da violência no território, o que restringe a assistência somente ao espaço físico das USs. Nesse sentido, pontua-se a importância de pensar de forma articulada em ações de prevenção à violência haja vista que, o trabalho articulado em rede é mais efetivo se comparado com ações de caráter pontual e/ou individual.

Ainda, é importante destacar a potencialidade da atenção básica para identificar, acolher e cuidar das mulheres em situação de violência, além de discutir e organizar as demandas referentes a violência de gênero. Dentre estas potencialidades pode-se destacar o acolhimento, os encaminhamentos, a articulação com os serviços de referência, a criação de vínculos para que as mulheres se sintam fortalecidas na busca de fazer cessar as violências.

Como possibilidades para ampliação do presente trabalho é possível supor estudos que extrapolem o limite do território abrangido, tentando visualizar as mesmas temáticas tratadas na presente dissertação em outros bairros vulneráveis

de Porto Alegre. Estudos focados exclusivamente no potencial da VDs para continuidade do cuidado e acolhimento às situações de violência, podem também se configurar como uma oportunidade de ampliação e seguimento da presente pesquisa.

Como fechamento, é importante destacar o quanto a vivência no território se configurou como um tema de descobertas e de crescimento pessoal. Durante vários anos e milhares de horas de vivência no território – do PET violências, passando pelo estágio curricular, a elaboração do TCC e da dissertação de mestrado - me senti pelo menos em parte adotada por este. Descobri, em meio aos diálogos e observação atenta da vida no território que este urge por algo que lhe é de direito, ser parte da cidade e não ser renegado ao estigma de “berço de violências e marginalidade”. Não é possível supor que somente o esforço das equipes de atenção básica à saúde possam romper com a imagem dicotomizada do “bem e mal”, na qual as regiões da cidade são divididas entre aquelas que estimulam as oportunidades, enquanto outras – as da periferia – parecem guardar em si todas as fontes de violências.

Território, com o encerramento desta pesquisa talvez não seja mais parte de ti, mas sempre serás parte de mim!



## REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Conferencia Atención Primária em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 de junho de 2017

Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary.

ANGULO-TUESTA, A.J.. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

BAIRROS, F.S.; MENEGHEL S.N.. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2011; 27 (12): 2364-2372.

BANDEIRA L.. A transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Brasília: SPM, 2004.

BANDEIRA, L.. Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. Convênio Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL, Secretaria Especial de Política para as Mulheres – SPM. UnB, Brasília, Janeiro 2004. Disponível em: <[http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/.arquivos/integra\\_transversalidade\\_genero](http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/.arquivos/integra_transversalidade_genero)>. Acesso em: 15 junho 2017.

BARBOSA, A. P. Entre sociabilidades e representações sociais: uma experiência etnográfica na Vila Cruzeiro do Sul, Porto Alegre. *Iluminuras*, Porto Alegre, v. 16, n.38, p.165-180, jan./jul. 2015.

BARDIN, L.. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 65-76, 2000.

BEIJING. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher: Convenção de Belém do Pará, 1994. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>>. Acesso em: 21 de junho de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 15 de Junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Brasileira de Atenção Integral à saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher: Princípios e Diretrizes, DF, 2004. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/viewFile/17/18](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17/18)>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nas\\_f.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nas_f.pdf)>. Acesso em: 04 de Outubro de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARCEDO, A.. No olvidamos ni aceptamos. Femicidio em Centro América, 2000-2006. San Jose: CEFEMINA, 2010. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/rotascriticas/textos/no-olvidamos-ni-aceptamos-femicidio-en-centroamerica\[1\].pdf](http://www.ufrgs.br/rotascriticas/textos/no-olvidamos-ni-aceptamos-femicidio-en-centroamerica[1].pdf)>. Acesso em: 04 de agosto de 2018.

CARLINI-COTRIM, B.. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, Jun. 1996.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N. Iniquidades de Gênero: Mulheres com HIV/Aids em Situação de Violência. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01087.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N.; PORTES, V.M.. Mecanismos de submissão feminina: gênero, pobreza e iniquidades. Saúde em Redes, v. 2, n. 1, 2016.

CEDAW - 1974. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Disponível em: <<http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

CHAUÍ, M.. Participando do debate sobre mulher e violência. Perspectivas antropológicas da Mulher 4: Sobre Mulher e violência. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p.25-62, 1985.

CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf)>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

CUNHA, M.S.; CASTILHO, S.A.M.. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 17, n. 44, p. 61-73, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 de Agosto de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersectoriais de atenção. Revista de Medicina, São Paulo, v. 92, n.2, p. 134-40, abr.-jun. 2013.

EGRY, E.Y.; APOSTOLICO, M.R.; MORAIS, T.C.P.. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 83-92, Jan. 2018 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100083&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 de Agosto de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>.

FACCHINI L. Luiz Facchini fala sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, 2017. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/2017/08/02/luiz-facchini-fala-sobre-a-reformulacao-da-pnab-politica-nacional-de-atencao-basica/>>. Acesso em: 11 Setembro de 2018.

FONSECA, E.S.; MENEGHEL, S. N.. Entre as violências, o medo e o protagonismo social: vivências em um distrito de saúde, Porto Alegre. *Saúde em Redes*, v. 2, n. 3, p. 281-291, 2016.

FONSECA, R.M.G.S.. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.39, n.4, p.450-459, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 julho de 2018.

GATTI, B.A.. Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (organizadores). *Métodos de Pesquisa*. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIFFIN, K.. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações a partir de uma Ótica de Gênero Transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18 (suplemento), p. 103-112, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.

GÓMEZ, E.G.. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica*, v. 11, n. 5/6, p. 327-334, 2002.

GONDIM, S.M.G.. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, v.12, n. 24, p. 149-161, 2003.

HASSE, M.. Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-13022017-204029/pt-br.php>>. Acesso em: 1 de agosto de 2018.

HEILBORN, M.L.. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A.. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 198-444.

ILHA, M.M.; LEAL, S.M.C.; SOARES, J.S.F.. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre, v.31, n.2, p.328-334, Jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200018>.

IÑIGUEZ L. (coord.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

JACQUES N.; MENEGHEL S.N.; DANILEVICZ, I.M.; SCHRAM, J.M.A.; FERLA, A.A.. Equidade na atenção à saúde de mulheres no Haiti. Rev. Panam Salud Publica, v. 41, n. 34, p. 01-07, 2017.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P.. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu) 2007; 11(23):485-501. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a07v1123.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2018.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Cienc Saude Colet. 2011; 16(3):1943-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000300028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300028). Acesso em: 12 de julho de 2018.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, Dec. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-32832007000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832007000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 5 de agosto de 2018.

LEAL, M.L.; LEAL, M.F.P.. orgs. Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial - PESTRAF: Relatório Nacional - Brasil / Maria Lúcia Leal e Maria de Fátima Leal, organizadoras. — Brasília: CECRIA, 2002.

LEAL, S.M.C., et al. Mulheres e violência em áreas rurais do Rio Grande do sul. In: MENEGHEL, S.N.. (Org.). Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: Editora Edunisc, 2009. p. 64-82.

LEAL, S.M.C.. Lugares de (não) ver – as representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. Tese (Doutorado). Programa de pós-graduação em enfermagem, UFRGS, 2010.

LIMA, J.S.; DESLANDES, S.F.. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. Saude soc., São Paul , v. 24, n. 2, p. 661-673, Junho de 2015.

MASCARENHAS, M.D.M., et al.. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, set. 2012.

MENDES E.V.. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549.

MENEGHEL S.N.. Equidade de gênero na atenção básica como um marcador de integralidade. [Projeto de pesquisa. Financiada CNPq]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, 2012.

MENEGHEL S.N.; PORTELLA, A.P.. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. Ciênc. saúde coletiva. 2017, 22, (9): 3077-3086.

MENEGHEL S.N.. Que vigilância vamos fazer? In: Meneghel SN. Epidemiologia: exercícios (in)disciplinados. Porto Alegre/ Tomo Editorial, 2015.

MENEGHEL, S.N., et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2011, vol.27, n.4.:743-752.

MENEGHEL, S.N., et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p.743-752, Abr. 2011.

MENEGHEL, S.N.; FARINA, O.; RAMAO, S.R.. Histórias de resistência de mulheres negras. Rev. Estud. Fem, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 567-583, Dez. 2005.

MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON, E.A.. A rota crítica das mulheres no Brasil – aspectos preliminares do estudo em São Leopoldo. In: MENEGHEL, S.N.. (Org.). Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007. p. 51-61.

MENEGHEL, S.N.; SILVA, B.C.; FONSECA, E.S.. Oficina de bonecos: Experiências de um programa de educação pelo trabalho (PET SAÚDE). Rev. interface-comunicação, saúde, educação. No prelo.

MENEGHEL, SN. Ciclo da Violência. In: FLEURY-TEIXEIRA, E; MENEGHEL, SN (orgs). Dicionário Feminino da Infâmia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015, p. 61-63.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al . Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300015&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300015&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 17 de Julho de 2018

MENEGHEL, Stela Nazareth et al . Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 743-752, Apr. 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MARGARITES, Ane Freitas. Femicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00168516, 2017 .

MENEGHEL, S.N.; PORTELLA, A.P.. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 3077-3086, Sept. 2017 .

MERHY, E.E.. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MINAYO, M.C.S.. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad. Saúde Pública; v. 6, n. 3, p. 278-292, 1990.

MINAYO, M.C.S.. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 119.

MINAYO, M.C.S.. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 278-292, Setembro. 1990.

MINAYO, M.C.S.. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, Aug. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

MINAYO, M.C.S.. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde coletiva, pp. 83-107. ISBN 978-85-7541-380-7.

MINAYO, M.C.S.. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Política de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 2004.

MIZUNO, C.; FRAID, J.A.; CASSAB, L.A.. Violência Contra a Mulher: Por que elas simplesmente não vão embora. Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, v. 1, 2010.

MOONEY, G.. A equidade no contexto da diversidade cultural e da diversidade de sistemas econômicos. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Org). Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro, 2014. v.2, p. 83-104.

OLIVEIRA, R.N.G; FONSECA, R.M.G.S.. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361035360006/>>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

OLIVEIRA, R.N.G.; FONSECA, R.M.G.S.. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 299-306, abr. 2015.

OMS. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. Beijing, 1995. Disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde de 2008: Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em: 03 de outubro de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponível em: <[2002.http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 30 de julho de 2018.

PEQUIM, 1995. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)>. Acesso em: 10 Outubro de 2018.

PINHO, L.B., et al.. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletr Enf [on-line]. v. 9, n.3, p. 835-846, 2007.

PORTO ALEGRE, 2017. Plano Municipal de Saúde, 2018 – 2021. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_-\\_pms\\_2018-2021\\_-\\_revisado\\_em\\_16\\_01\\_18.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf)>. Acesso em: 10 Outubro de 2018.

PORTO ALEGRE. Observapoa. Disponível em: <[http://portoalegremanalise.procempa.com.br/?regiao=11\\_10\\_0](http://portoalegremanalise.procempa.com.br/?regiao=11_10_0)>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

PRESSER, A.D.; MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON E.A.. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. Saúde Soc. 2008; 17(3):126-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/13.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2018.

RAMÃO, S.R.; MENEGHEL, S.N.; OLIVEIRA, C.. Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. Psicologia e Sociedade, v. 17, n. 2, p. 79-87, 2005.

RESSEL, L.B.; BECK, C.L.; COLOMÉ; GUALDA, D.M.R.; HOFFMANN, I.C.; SILVA, R.M.; SEHNEM, G.D.. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, Dez. 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Segurança Pública. Indicadores de Violência Contra a Mulher, 2017. Disponível em: <<http://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contr-a-mulher>>. Acesso em: 03 de outubro de 2017.

ROCHA, A.C.; ECKERT, C.. Etnografia: Saberes e Práticas. Ciências Humanas: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/view/9301/5371>>. Acesso em: 2 de agosto de 2018.

ROLIM, A.C.A.; MOREIRA, G.A.R.; CORRÊA, C.R.S.; VIEIRA, L.J.E.S.. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. Saúde Debate, 38(103), 794-804. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0794.pdf>>. Acesso em: 6 de agosto de 2018.



RUSSEL D; CAPUTTI J.. Femicide: The Politics of Women Killing. New York: Twayne Publisher, 1992.

SAFFIOTI, H.. Gênero, Patriarcado, Violência. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015. 160p.

SAFFIOTI, H.. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 13, n. 4, p. 82-91, Dec. 1999 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88391999000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009)>. Acesso em: 17 de março de 2018.

SAGOT, M.. Estratégias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: Editora Edunisc, 2007. p. 32-51.

SAGOT, M.. Estratégias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: Editora Edunisc, 2009. p. 32-51.

SAGOT, M.. La ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina: estudio de caso en diez países. OPS/OMS, 2000.

SAGOT, M.. Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000. p.145.

SANTANA, R.P.; SANTANA. J.S.S.. Violência contra criança e adolescente na percepção dos profissionais de saúde. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(4):e7070. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7070/19427>>. Acesso em: 31 de Julho de 2018.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA A.F.P.L.; PORTELLA, A.P.; MENICUCCI, E.. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. Ciências Saúde Coletiva, v.14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; KISS, L.B.; DURAND, J.G.; PUCCIA, M.I.; ANDRADE, M.C.. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.41, n. 3, p.359-367, jun 2007

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; KISS, L.B.. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. Athenea Digital, 12(3), p.237-254, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/Philco/Downloads/Dialnet-AssistenciaAMulheresEmSituacaoDeViolenciaDaTramaDe-4154834%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Philco/Downloads/Dialnet-AssistenciaAMulheresEmSituacaoDeViolenciaDaTramaDe-4154834%20(1).pdf)>. Acesso em: 5 de agosto de 2018.

SCOTT, J.W.. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação & Realidade. Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995.

SCOTT, J.W.. Gender on the Politics 01 History. New York: Columbia University Press, 1988 (p.28-50). Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod\\_resource/content/2/G%C3%A4nero-Joan%20Scott.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%A4nero-Joan%20Scott.pdf)>. Acesso em: 9 de março de 2018.

SIGNORELLI, M.C.; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G.. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 6, p. 1230-1240, Junho 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019)>. Acesso em 03 de agosto de 2018.

SILVEIRA, L.. Gênero e patriarcado em denúncias: a violência contra as mulheres idosas em Vitória/ES. Revista Ágora: Feminismo e Patriarcado. Ano 2015 <http://periodicos.ufes.br/agora/issue/view/679/showToc>

STARFIELD, B.. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

TEIXEIRA, J.C.. Territórios da paz, do crime e da violência no bairro santa tereza do município de Porto Alegre-RS. Dissertação em Geografia. UFRGS. Porto Alegre, p.157.2016. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/dissert\\_janaina.versao\\_01.11\\_2016.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/dissert_janaina.versao_01.11_2016.pdf)>. Acesso em: 17 de julho de 2018.

TRAD, L.A.B.. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRAVASSOS, C., et al.. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health, Washington, v. 11, n. 5/6, p. 365-373, 2002.

VALADARES, F.C.; SOUZA, E.R.. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, p. 2763-2774, Sept. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 3 agosto de 2018.

WACQUANT, L.. Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada. Trad. João Roberto Martins Filho. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

WASELFISZ, J.J.. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo. 2015. Disponível em: <[https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf)>. Acesso em: 03 de outubro de 2018.

YIN, R.. Estudo de caso: planejamento e métodos; trad. Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.