

Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres / *Challenges to health care policies and actions to fight violence against women*

LOURDES BANDEIRA

TÂNIA MARA CAMPOS DE ALMEIDA

Resumo: A formulação de políticas e a implantação de ações cotidianas no campo da saúde diante da violência contra as mulheres estão permeadas por tensões entre características universalistas do Sistema Único de Saúde (SUS) e as teorias e movimentos críticos feministas, bem como por dilemas em relação às arraigadas representações dos/as profissionais referentes ao fenômeno e às demandas específicas deste tipo de atendimento e cuidado. Ao apontar e analisar alguns entraves ao avanço em saúde no país nessa seara, o presente artigo indica bases para a revisão de diretrizes estruturais e conjunturais pautadas pela questão de gênero, além de discutir referências centrais para a urgente sensibilização e capacitação dos/as agentes públicos.

Palavras-chave: saúde, violência contra mulheres, políticas e ações.

Abstract: The formulation of policies and the implementation of everyday actions in the health field to fight violence against women are filled with tension between the Single Health Care System's (SUS) universalist characteristics and the critical feminist theories and movements, as well as dilemmas in relation to the deep-rooted representation of professionals that refer to the phenomenon and specific demands of this type of care. By

* Doutora em Sociologia e professora titular do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: lourdesmbandeira@yahoo.com.br

** Doutora em Antropologia, professora adjunta do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (UCB) e coordenadora da pesquisa "Mulheres que cuidam de mulheres em situação de violência" (UCB, CNPq e FAPDF). E-mail: tmara@pos.ucb.br

pointing out and analyzing some restraints to progress in health in the country, this paper indicates bases for the review of structural and situational guidelines, governed by gender issue, and discusses core references for the urgent awareness and empowerment of public agents.

Keywords: health, violence against women, policies and actions.

A violência contra as mulheres e, por conseguinte, a violência de gênero, vem sendo intensamente discutida nas últimas décadas, por diversos enfoques, em diferentes áreas do conhecimento e na efervescência de movimentos sociais (Braga; e Nascimento, 2004). Por se tratar de uma questão tão complexa, as reflexões e intervenções que a acompanham têm se modificado de acordo com os avanços teóricos ocorridos sobre a categoria gênero no âmbito das universidades e com a definição de políticas voltadas para prevenção, combate e erradicação de todas as formas de manifestação desse fenômeno nas sociedades. No cenário nacional, destacam-se as publicações de: Saffioti (1997 e 2002), Heilborn (1992), Grossi (1994 e 1997), Suárez e Bandeira (1999), Swain (2000), Bensusan (2004, 2005), e no internacional: Butler (2003), Segato (2003), Varikas (1996), Pateman (1993, 2000), Devreux (1992, 2002), Descarries (1997), Curiel (1999) Dagenais (2000), Delphy (1998), Starr (1993), Vaugham (1997), Amnesty International (2004), entre muitas outras.

A última convenção internacional com enfoque nesse tema – *A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* – foi adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995. Entre nós, essa Convenção tem força de lei, conforme o § 2º do artigo 5º da Constituição Federal.¹ Conhecida por Convenção

¹ Essa importante Convenção ratificou e ampliou a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena (1993), e representa o esforço do movimento feminista internacional para dar visibilidade à violência contra as mulheres e exigir seu repúdio pela OEA.

de Belém do Pará, nela, a violência contra as mulheres é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

No âmbito de medidas nacionais contra a violência de gênero, tal Convenção tornou-se referência na formulação de diretrizes e ações relativas ao tema por parte da Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SPM). Via demandas, esboçadas durante a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2007 e oriundas dos diversos movimentos sociais, essa Secretaria priorizou, no II Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM, de 5 de março de 2008), o capítulo “*Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres*”, baseado no princípio de que “uma vida sem violência é um direito de todas as mulheres. A violência contra as mulheres realimenta a violência geral na sociedade”. A mesma linha de prioridade vem sendo a dos Conselhos de Mulheres nos diversos níveis da Federação nos últimos anos. Além disso, a Convenção serviu de pilar para a elaboração da Lei Federal nº 11.340 (7 de agosto de 2006), destinada ao combate da violência doméstica e Familiar contra a Mulher, alcunhada pelo presidente Lula de Lei Maria da Penha.²

Vale ressaltar que o referido PNPM reafirma os seguintes princípios em relação à incorporação da equidade de gênero nas políticas públicas e sociais, dando ênfase à área da saúde, objeto deste artigo:

- a) compromisso do governo federal e dos demais entes governamentais com a incorporação da perspectiva de gênero e raça/etnia nas políticas públicas em geral, em especial naquelas relativas à saúde, pois reconhece-se a necessidade de enfrentar as desigualdades presentes

² O caso da bioquímica cearense, Maria da Penha Fernandes, foi o “inspirador” dessa lei. Ela ficou paraplégica depois de ter sido baleada em 1983 pelo ex-marido, que só foi condenado após vários anos em corte internacional. A lei, agora, pune a violência doméstica de modo mais rigoroso no Brasil.

entre homens e mulheres, negros e negras, nos diversos contextos da administração pública;

- b) garantia de condições dignas de vida e oportunidades iguais de acesso e benefício à saúde, para homens e mulheres, por serem um dos fundamentos da democracia em relação à igualdade de gênero e raça/etnia;
- c) enfrentamento das desigualdades de gênero e raça, uma vez que este se constitui no desafio necessário para as diferentes esferas de governo ao pautarem suas políticas para as mulheres.

Dentre as inovações da Convenção de Belém do Pará, destaca-se que, por seu intermédio, a discussão de gênero passou a ser o centro da questão³ nas ações do Estado, retirando as mulheres da condição considerada “natural” de submissão e reconhecendo a esfera doméstica como lócus de reprodução e manutenção da violência (Gregori, 1992, Ardallion e Debert, 1997, Brandão, 1998, Soares, 1999, Campos, 2001). Tais pontos quebraram imagens tradicionais de que os comportamentos sociais eram determinados biologicamente, que o lar era um ambiente seguro e protetor para as mulheres e as pessoas que aí se encontram sem autonomia e decisão – crianças, empregadas/os, idosos/as e agregados. Além disso, exigiram ação e responsabilidade do Estado em relação às políticas de prevenção, coibição, punição e erradicação, abrindo-lhe a possibilidade de sobrepor seu poder e autoridade àqueles dos patriarcas, ainda considerados popularmente os soberanos e arbitrários “chefes de família”. Por essa perspectiva, tem-se conseguido ampliar a noção do que é este tipo de fenômeno e sensibilizar a população sobre o fato de que a violência contra as mulheres constitui uma forma de discriminação, violando gravemente os direitos humanos e emergindo como sério problema de segurança e saúde públicas (Heise; Pitanguy; Germain; 1994,

3 *Grosso modo*, a violência de gênero passou a ser sinônimo de violência contra as mulheres – expressão dos anos 70 –, por serem estas o seu alvo principal.

Suárez; Machado; Bandeira, 1999, Soares, 1996, Almeida; Soares e Gaspar, 2003).

Apesar dos avanços alcançados nessa área – os mais de 20 anos da implantação das Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres e a assertividade da Lei Maria da Penha –, a garantia de atendimento e cuidado dignos e eficientes para as mulheres em situação de violência continuam sendo enormes desafios. A natureza dos fenômenos violentos exige constantes reflexões e atuações multissetoriais e interdisciplinares capazes de incidir na estrutura de gênero presente em normas e valores culturais que vêm organizando a realidade social de maneira desigual e conflituosa entre homens e mulheres. Para tanto, é necessário analisar vários entraves, os quais aqui discutimos, e a configuração de um quadro promissor no âmbito da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

A invisibilidade das mulheres e da violência contra elas

Já é bastante discutido o poder das Ciências da Saúde na sociedade moderna e na construção dos corpos a partir de um modelo binário dos sexos que atua como chave de preconceitos e manutenção da ordem. Contudo, pouco se conhece sobre os sofrimentos que este olhar normatizador tem provocado, em especial, nas mulheres, assim como pouco se tem falado sobre os projetos inovadores para a discussão de gênero no campo da saúde que se abram à possibilidade de rejeição da perspectiva a-histórica e despolitizada dos saberes biomédicos dominantes e se esforcem em realizar transformações ideológico-simbólicas significativas para a equidade de gênero.

Em geral, as questões de gênero nesse campo equivalem à especificidade da Medicina que se volta para a mulher: a ginecologia, sem sequer problematizar as condições históricas e

políticas favoráveis ao seu aparecimento. O conservadorismo com que a saúde da mulher vem sendo abordada está em consonância com as representações sociais patriarcais, uma vez que novas necessidades práticas e desdobramentos políticos desvinculados dos determinismos biológicos não avançam efetivamente nesse campo. Parece paradoxal falar de invisibilidade das mulheres no âmbito da especialidade dedicada a tratar os males que somente a elas acometem. No entanto, quando se examina os pressupostos que informam o seu surgimento, constata-se o quanto a Medicina vem reduzindo a um único modelo universal e biologicamente essencializado os bilhões de mulheres inscritas em histórias particulares, – o que ocorre também com os homens, na formatação dos seus corpos a esse modelo.

Na contramão desse tipo de perspectiva instaurou-se o pensamento feminista contemporâneo que, “... com base nas idéias de autonomia, diferença e alteridade (...), valendo-se dos problemas reais que afligiam e ainda afligem as mulheres, a abordagem feminista sobre saúde estava associada a uma concepção de ‘conhecimento’ e de ‘re-apropriação’ do próprio corpo – este, emblemático da dominação masculina e objeto por excelência da sociologia da saúde —, dando lugar a uma das máximas feministas do final dos anos 1960: *nosso corpo nos pertence* (Scavone, 2003, p. 12). Em outras palavras, esse movimento não significou simplesmente uma re-aproximação do corpo da mulher, mas, sobretudo, um questionamento profundo, que implicava em re-discutir o sistema de gênero por meio do qual perpassa e se efetiva o conjunto das relações sociais no campo da saúde.

A construção de uma determinada concepção de diferença entre os gêneros, produzida nas transformações socioeconômicas que caracterizaram o século XIX, deu origem a um novo entendimento e uma nova intervenção por parte da saúde sobre as mulheres, os quais se afirmaram, desde então, em bases ditas objetivas e racionais. Esses aspectos têm maior sentido se inseridos no panorama da Modernidade e, este, no Brasil. Em

primeiro lugar, ao se deparar com sua intenção universalista de propiciar saúde para todos/as, as Ciências da Saúde se aliaram ao horizonte igualitário por meio da atenção ao corpo humano uno, generalizado e essencializado. Em segundo, como nos demais níveis de organização da sociedade moderna, cujo princípio se assenta na igualdade, esses saberes tiveram que lidar com a reinstauração da diferença. Suas especialidades foram fornecendo os argumentos à transposição para o mundo da “corporalidade” de demarcações morais justificadoras de novas hierarquizações: civilizados e selvagens, loucos e normais, homossexual e heterossexual, entre outras. Nesse empreendimento ideológico-científico reiterou-se a idéia de que o campo da saúde é aquele que melhor discerne os limites entre natureza e cultura.

Contudo, a hierarquia mais difícil de ser equacionada, segundo Duarte (2001), foi a do homem e da mulher, por envolver um fenômeno estratégico da Modernidade: o novo modelo de família, a “célula mater” da sociedade. Com a necessidade de a Modernidade produzir indivíduos, que se distinguissem dos membros das outras sociedades exatamente por seus atributos de liberdade e igualdade, a desafiante tarefa era transformar homens e mulheres em livres contratantes, individualizados pelo “amor romântico”, mas associados em um pacto conjugal, expressamente hierárquico, como especificava a própria legislação civil moderna. Segundo Duarte, a dimensão paradoxal dessa tarefa estava posta: de que modo uma instituição hierárquica, conforme a família, poderia gerar os agentes da nova ordem moderna? Esse foi provavelmente um dos aspectos estruturais do contexto geral de afirmação biomédica da violenta diferença entre os gêneros – delicado processo em que o elemento privilegiado de elaboração consciente sempre foi a mulher. E, de um modo curioso, tal construção está presente até hoje, uma vez que é o substrato do pensamento hegemônico.

Nesse sentido, vale lembrar que o conhecido Relatório Flexner (publicado em 1910, como modelo de Medicina nos/dos

EUA), baseia-se “(...) na idéia de que a qualidade de formação em medicina é igual à capacidade de dominar e de aplicar corretamente os princípios das disciplinas biológicas e da clínica da saúde” (Hubner; Franco, 2003, p. 174) e influenciou todos os países da América Latina. Tal perspectiva só entra em crise nos anos 1970, quando, pelo feminismo, se inicia o processo de desagregação de tais ideários da hegemonia patriarcal da família. Conforme acentuou Scavone (2003, p. 188), “a explicação causal de que as diferenças biológicas entre homens e mulheres determinavam socialmente as desigualdades sexuais foi amplamente contestada pelo movimento feminista e também expressa em outro *slogan*: ‘*diferentes, mas não desiguais*’”. Para além de questionar apenas o determinismo biológico, a autora enfatiza que a centralidade das bandeiras daquela época estava em reafirmar as diferenças em outras bases. Ao romper com a perspectiva positivista, tal pensamento rompia também com o biodeterminismo e com o poder do campo da saúde, abrindo espaço tanto para nele serem incorporadas as análises críticas de gênero, como também para a recusa da “(...) definição única de corpo feminino construída pela Medicina e de colocar a subjetividade – a vivência das mulheres – a sexualidade e o amor num discurso sobre saúde” (Scavone, 2003, p. 189).

Porém, até que ponto estaria essa perspectiva já incorporada às políticas públicas e sociais no Brasil? Dois grandes marcos – a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.142 –, participam da configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios doutrinários formalizados são a integralidade, a universalidade (garantia de atenção à saúde a qualquer cidadão), a equidade (assegura que cada um receba atenção do SUS de acordo com suas necessidades) e o controle social (a sociedade fiscaliza e participa na formulação das políticas de saúde). Ao se focalizar as Conferências Nacionais de Saúde a partir desses marcos, pode-se perceber como foi sendo apropriada a discussão de gênero em saúde pela idéia de equidade nas Conferências mais recentes (Pinheiro; Westphal;

Akerman, 2005) e como as especificidades de questões afeitas às mulheres nem foram mencionadas. Embora o emprego do termo “equidade” nas Conferências e nas publicações a respeito venha aumentando, há uma grande confusão sobre sua conceituação, o que não contribui para garantir ou validar a dimensão política da saúde como um direito, menos ainda como o direito a uma vida saudável, sem violências.

As Conferências vêm falhando no cumprimento dos objetivos de avaliar as condições de saúde da população e propor diretrizes de políticas públicas para resolver os problemas do país. Seus longos relatórios são elaborados com a inclusão maciça de considerações e proposições que nada mais são que repetições dos nossos princípios constitucionais, onde a retórica ascética toma o lugar dos objetivos das conferências. O termo equidade é utilizado inicialmente poucas vezes e até de modo indevido. O tratamento do tema é incompleto, não destacando grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades em saúde, o que indica uma resistência inicial à incorporação do conceito, como um critério para a elaboração das diretrizes de políticas públicas. O discurso a respeito da equidade permanece geral e amplo, apresentando avaliações e proposições vagas e inespecíficas. (Pinheiro; Westphal; Akerman, 2005, p. 457).

Verifica-se a tendência de o termo ser entendido enquanto sinônimo de igualdade e parece haver pouco espaço para a idéia de discriminação positiva onde se evoque equidade para beneficiar quem mais precisa ou se encontra em vulnerabilidade, tal o caso de mulheres em situação de violência doméstica ou intrafamiliar, uma vez que a violência e a sexualidade transcendem o campo restrito da saúde, tendo impacto decisivo sobre suas existências. Mesmo quando são admitidas diferenças populacionais nas Conferências, ainda não se avançou para elaborar diretrizes que possam responder a estas questões para os grupos em desvantagens. Acaba-se por entender, conseqüentemente, que equidade em saúde no país ainda é um estado determinado por múltiplos fatores e sua mensuração se dá por comparação com parâmetros estabelecidos pelo governo,

por grupos científicos e por movimentos organizados da sociedade civil, mas ainda pautada por um horizonte patriarcal.

Portanto, resta destacar a permanência de desigualdades nas relações de poder entre homens e mulheres e que perpassam as relações de violência contra as mulheres e que transcendem as esferas da vida familiar, deslocando-se também para outras esferas públicas, como é o caso do sistema de saúde, onde homens e mulheres ocupam posições hierárquicas e onde deve ser indagado sobre os limites das ações diante do atendimento e cuidado no contexto da violência contra as mulheres.

A integralidade e reorientação do modelo assistencial

Para a consolidação dos esforços do SUS na sua reorientação do modelo para a assistência à saúde, o desafio da integralidade como uma diretriz se confronta com o reducionismo e a fragmentação das práticas em saúde. A relevância deste princípio convoca os/as profissionais da área para uma reorientação do modelo assistencial, com a perspectiva reflexiva de suas práticas de educação em saúde e, nelas, a assimilação do princípio da integralidade. Apesar da integralidade ter sido reconhecida como possuidora de diversos sentidos, todos eles convergem para a contraposição ao reducionismo, à fragmentação e à objetivação dos serviços e sujeitos (Mattos, 2001).

Assim, a mera ampliação das equipes de assistência à mulher, que muitas vezes confunde a mulher com seus ciclos reprodutivos e a dilui em seu contexto familiar, não garante a construção de um novo modelo assistencial. Para que efetivamente ocorra um processo em direção à integralidade das ações em saúde, fazem-se necessárias análises qualitativas dos serviços de assistência às mulheres em situação de violência de modo que suas deficiências possam ser identificadas.

Em outras palavras, atualmente, o grande desafio não seria apenas a definição das diretrizes de políticas públicas e sociais, capazes de apenas defender os direitos das mulheres enquanto indivíduos, mas também estabelecer estratégias para a sua equidade e inclusão. Para tanto, faz-se necessária a mudança de enfoque na cultura cotidiana de agentes dos serviços públicos de saúde, uma vez que a problemática homem-mulher não é apenas “uma questão específica das mulheres” e, sim, uma questão que envolve as relações globais entre os gêneros. Essa mudança requer uma visão integradora e um trabalho multidisciplinar complexo.

A incorporação da perspectiva de gênero pode estabelecer uma cultura de direitos iguais para homens e mulheres, firmando-se como desencadeadora de uma profunda “revolução simbólica” na sensibilidade anti-discriminatória em relação às/aos prestadoras/es de serviços e às/aos usuárias/os dos benefícios da saúde pública.

Já o trabalho em equipe multidisciplinar possibilita a realização de uma prática que atenda à integralidade e que evite a fragmentação, fazendo parte do processo de formação profissional, estabelecendo estratégias de diálogo permanente e trocas no sentido de se superar as fronteiras disciplinares. A prestação de uma assistência integral compreende o “saber fazer” de profissionais de saúde, docentes, gestores e usuários/as responsáveis pela ação, reflexão e produção no campo da saúde. Por este novo paradigma, portanto, tal campo não seria exclusivo e privativo de uma categoria profissional, a médica, nem de uma dinâmica hospitalocêntrica. Mas, haveria a efetivação de uma relação ética entre os diversos atores sociais e as diversas áreas de conhecimento articuladas entre si, tendo em vista cada passo dirigido ao atendimento, cuidado, recuperação e preservação da saúde (Machado *et al.*, 2007).

Portanto, trata-se do investimento na elaboração de um conhecimento e de práticas novas que busquem atingir

tanto as dimensões subjetivas quanto as socioculturais das/os trabalhadoras/es e estudiosas/os da saúde, além de se propor a contribuir com a árida seara de reflexões e ações consoantes com as orientações atuais, voltadas para a sensibilização, o atendimento ético-humanista e a compreensão da complexidade do fenômeno por parte dessas/es agentes públicas/os.

O atendimento

Conflitos inerentes ao cuidado

Os/as profissionais de saúde são os/as responsáveis pelos cuidados físicos e emocionais das mulheres que sofreram violência. Contudo, o termo “cuidado”, em português e em outras línguas, possui caráter redutor, ao ser vinculado apenas a estados físicos ou mentais, atividades da gravidez, criação de crianças, atenção às pessoas, trabalho doméstico e, de forma mais ampla, a qualquer trabalho a serviço das necessidades alheias. Além disso, muitas relações de cuidado não são relações de igualdade, o que desafia as instituições sociais e políticas a repensá-las permanentemente (Tronto, 2007).

Além desse reducionismo do termo, a concepção de cuidado está inserida em vínculos de poder, cujas expressões socioculturais são afirmadas pelo senso comum como compreendidas pela dita “natureza feminina”, o que também precisa ser desconstruído juntamente com a dinâmica bipolar de afeição e desafeição inerente a esse tipo de trabalho e que começa a ser incluída nas discussões feministas (Molinier, 2004). Ou seja, deve-se discutir os sentimentos de desconforto, de incômodo e, até mesmo, de raiva presentes na atuação das/os trabalhadoras/es, sentimentos esses que acabam sendo vistos como mero “dom” feminino e, geralmente, são desconhecidos delas/es mesmas/os e até do meio profissional. Esses desconhecimento é devido à grande força da representação de que há uma atitude devocional, uma missão de

amor no cuidado dispensado a outrem e “que nega práticas de violência por meio dos gestos, atos e procedimentos de cuidados profissionais que são efetivados cotidianamente, cuja diversidade e especificidade são bem visíveis (...) observações *in loco*, assim como pelas narrativas (...) como determinadas práticas de violência estão presentes, não de maneira explicitamente racionalizadas, mas que estão encapsuladas nas práticas cotidianas do cuidado” (Bandeira, 2008, p. 11).

No caso de profissionais de saúde, essa dimensão pouco falada junta-se à idéia de que se trata de uma ocupação com características ditas femininas, atraindo grande parte das mulheres para seus postos de cuidados corporais. Afinal, na tradicional divisão sexual do trabalho em nossa sociedade, os cuidados corporais mais diretos e constantes – como aqueles dispensados aos ferimentos, à limpeza e preparação dos corpos –, vêm sendo realizados majoritariamente pelas mulheres e camuflados pela aura do “dom de cuidar”. E, de certo modo, muitos boicotes e resistências inconscientes à realização de um atendimento digno, respeitoso e humano são motivados por tal faceta subjetiva e obscura.

Por isso, observa-se que as profissionais mulheres se destacam significativamente em número no atendimento de mulheres em situação de violência e trazem à tona dilemas e repercussões subjetivas específicas de gênero, pelos seguintes motivos, ora investigados por Almeida (2007):

- a) espelhamento e identificação existentes entre o grupo de mulheres que cuida e o das mulheres que é cuidado;
- b) tratar-se de mulheres com variada formação profissional que vai daquela menos especializada, valorizada e prestigiada na hierarquia do sistema de saúde até aquela dita superior, nas exigências das tarefas e do confronto com o corpo feminino atingido pela violência;

- c) serem mulheres que põem literalmente a mão na dor alheia, mas não têm espaço concreto e simbólico para falarem sobre a dor que este ato lhes acarreta, nem têm consciência clara das suas implicações subjetivas em suas vidas pessoais, familiares, sexuais e profissionais;
- d) necessitar melhor compreensão sobre o modo como lidam com o sofrimento inerente ao trabalho, pois o discurso sobre o “dom de cuidar” pode se constituir numa estratégia de defesa contra o sofrimento no trabalho (Pinto, 1990);
- e) serem categorias profissionais para as quais as políticas públicas começam a voltar a atenção, a fim de lhes fornecer apoio psicológico e profissional – “cuidando dos/as cuidadores/as”.

Enfim, frente a tal quadro de dificuldades relativas ao trabalho com mulheres, destacamos a existência de certa frustração nas profissionais de saúde, uma vez que muitas delas também vivem agressões. Há, além disso, o desejo das/os profissionais para que a situação de violência se resolva logo ou, ainda, a dificuldade de compreenderem os diferentes fatores que podem influenciar a uma mulher a permanecer num relacionamento conjugal violento. Logo, se a equipe não está bem preparada, em vários aspectos, para receber tais casos, ela desenvolve grande insatisfação e reforça o preconceito sociocultural e racial contra as usuárias, levando-as a serem percebidas como mulheres que gostam de apanhar e que não querem deixar o vínculo violento. Esta visão, por sua vez, pode induzir as/os profissionais a pensar que elas não precisam de ajuda ou a revitimizá-las com palavras e olhares rotuladores.

Conflitos inerentes aos recursos materiais e psíquicos

O desconhecimento e/ou a fragmentação de procedimentos no trabalho com mulheres em situação de violência, bem como a

falta de infra-estrutura e de recursos remetem-nos a um processo de divisão sexuada do trabalho na sociedade brasileira impregnado por significados e símbolos patriarcais. No Brasil, notadamente, deparamo-nos com uma hierarquização das atividades sociais que considera as mulheres responsáveis pelas tarefas menos prestigiadas, com menores dotações orçamentárias e referentes aos cuidados básicos, tanto no lar como nos espaços/instituições públicas.

As práticas do cuidado exercido pelas mulheres na esfera da família estão submissas a uma pressão social, médica e afetiva feita pela *entourage* em um contexto discursivo de livre escolha (Bungener, 2004). Nessa direção, a inserção diferenciada de homens e mulheres na sociedade em geral e em determinadas áreas de conhecimento tem como base as diferentes matrizes e papéis de gênero atribuídos a cada um dos sexos e que trazem, por trás, a existência de uma cultura feminina e outra masculina. Essas culturas acabam por reforçar valores adquiridos em uma socialização diferenciada. Os valores presentes na socialização dos indivíduos levam a certas preferências profissionais e a certas trajetórias, pois os valores apreendidos na infância têm continuidade nas instituições sociais e, certamente, influenciarão o tipo de papel que cada um/a desempenhará na sociedade.

Conflitos gerados pela visão da mulher enquanto ciclo reprodutivo e mãe

Ao se recompor uma linha histórica da distinção entre os sexos, condizente com as qualidades tidas como intrínsecas e às funções e características atribuídas socialmente a cada um deles, Rodhen (2001) assinala o século XIX como um marco inicial. O argumento central dessa época diz respeito a uma distinção natural, de caráter biológico e socialmente predeterminado entre os sexos. Homens e mulheres seriam distintos fisiológica, física, moral e psicologicamente.

A face assumida pelo projeto de modernização do Brasil aponta para a articulação entre o interesse biomédico pelo tema da diferença sexual e as transformações na família, juntamente com a preocupação, por parte do Estado, de controle sobre a população desordenada, que habitava as cidades emergentes. Costa (1983) mostra as mudanças necessárias para se conformar a família colonial na família nuclear burguesa idealizada por esse Estado e moldada pelos médicos. Estes, munidos de um prestígio cada vez maior, lançaram-se a efetivar a estratégia da higienização no controle dos indivíduos, tendo a família como um dos principais alvos.

É nesse sentido que as especialidades dedicadas à mulher e à reprodução, no caso a ginecologia, se convertem em uma “ciência da mulher”, a qual, com facilidade, cola o gênero ao sexo em uma única e invariável direção: a maternidade. Em outras palavras, a socialização da maternidade entendida como o processo de aprendizagem do social internaliza o papel de mãe como da natureza feminina. Tal idéia, aponta Rohden (2001), é reforçada a partir da conformação do campo médico sobre o corpo da mulher, ao qual deve-se acrescentar a multiplicidade de atores e discursos envolvidos no processo de atribuição da maternidade à natureza feminina e à socialização “especializada” (Nonato, 2007).

Em paralelo, tem-se o surgimento de uma prática e um conhecimento obstétrico-ginecológico que se realizam privilegiadamente em hospitais, acompanhando o movimento de institucionalização da saúde. Cada vez mais, tais profissionais foram gerenciando a saúde feminina e a reprodução até que, no final do século XIX, a sua autoridade ultrapassa os consultórios e o domínio do plano físico, orgânico ou mesmo psíquico, para se instalar no domínio da moralidade.

Em contrapartida, a andrologia – não considerada a ciência do homem, mas dos problemas sexuais masculinos –, relaciona-se com a doença que vem de fora (a sífilis, por exemplo) ou que é decorrente do excesso ou da impotência sexual (Carrara, 1996),

e, em casos excepcionais, se o homem se encontra com alguma anormalidade, precisando tratar apenas seus órgãos sexuais. A ginecologia estuda e trata a normalidade feminina, que é, por natureza, potencialmente patológica e distinta da perfeição masculina. A questão em jogo, portanto, é uma assimetria que se coloca na prática, e que evidencia uma relação particular entre as Ciências da Saúde e a mulher, resultando na maior medicalização do corpo feminino.

Apesar de natural, biológica e predeterminada, a diferença sexual mostrava-se também instável e passível de ameaças. A educação, o trabalho e os movimentos feministas emancipatórios poderiam perverter as essências tidas como naturais. É exatamente em virtude dessa tensão que os profissionais se preocuparam em proteger, controlar e estimular corretamente o processo de concretização da diferença, que resultaria em mulheres preparadas a assumir o papel de mãe e esposa e, concomitantemente, em homens produtivos e provedores.

O caráter normativo desse discurso tocava nas distinções entre os sexos e nas perturbações relacionadas com o rompimento da rígida fronteira moral que separaria homens e mulheres, além de intensificar o discurso sobre as mulheres mundanas e as histéricas, explicando-as pela natureza de seu útero ou nervos, e essa natureza também as relacionava com a debilidade moral e com os maus instintos (Engel, 2004). A mulher tornou-se alguém do nível de uma raça inferior, potencialmente criminosa, perigosa e capaz de se entregar à prostituição, caso não houvesse controles sociais e médicos adequados. Eram esses os parâmetros para as intervenções dramáticas na vida das mulheres na segunda metade do século XIX, realizadas pelos novos agentes do saber e do julgamento moral (Foucault, 1972/2004), bem como foi nesse contexto que apareceram e se afirmaram as especialidades dedicadas à mulher e à demarcação da diferença baseada no sexo. Na historiografia brasileira, Del Priori (1993), relata com lucidez e detalhes todo este processo relativo à maternidade, em sua obra *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*.

Como afirma Nonato (2007, p. 43), ao citar alguns autores: Tornquist (2004) observa que o bio-poder foi determinante para produção histórica da hospitalização e da medicalização do Ocidente, não obstante ressaltar que esse processo foi e é fundamentalmente heterogêneo e inconcluso. Como exemplo da atuação do bio-poder no Brasil, pode-se citar as políticas promovidas a partir da década de 1930 para a saúde da mulher, políticas totalmente voltadas à reprodução, atrelando a mulher ao binômio mulher-bebê, mulher e criança (Vieira, 1999; Costa, 1999).

Por isso, hoje, tudo aquilo que os/as profissionais de saúde vêm percebendo como natural é fruto da história, de visões e representações de mundo, de noções morais e interesses sobre as relações de gênero. O importante é que, depois dos estudos de gênero, não se pode mais deixar de reconhecer que os corpos sempre estiveram condicionados às expectativas de personagens imersos em um determinado contexto social, fortemente marcado por uma hierarquia entre os gêneros, emoldurada pela família burguesa e que se constitui na distinção entre as esferas privada e pública, bem como na oposição entre natureza e cultura.

Além disso, a mulher ainda é entendida como recurso de cura e equilíbrio em suas famílias, de acordo com as mesmas idéias higienistas do passado. Como mãe e/ou esposa, é ela quem é estimulada e responsabilizada a ministrar os medicamentos, estabelecer contato com o posto de saúde, cuidar e controlar seus dependentes e marido, assim como promover o bem-estar do lar. Enfim, é a primeira pessoa a ser procurada em caso de doença para atuar na intervenção e prevenção.

Está mais uma vez caracterizada a correlação da mulher com a representação da doença e com o discurso patriarcal da Medicina, legitimador e difusor da crença de que o papel da maternidade e dos cuidados com as doenças são naturalmente seus, desincumbindo os homens de sua responsabilidade e participação nos métodos contraceptivos e na criação dos/as

filhos/as, bem como de cuidados com sua própria saúde. Depois de intensa ação tutelar das Ciências da Saúde, sob discurso e prática seculares, biologizantes e androcêntricos, sobre formas culturais de apreensão da saúde e da diferença sexual, os parâmetros que se apresentam diversos da “mulher-mãe” e “mulher-família” vêm sendo avaliados a partir da mesma cartilha dominante.

Os/as profissionais de saúde

Resistência, preconceito e desinteresse

Alguns estudos (Agende, 2002, Faleiros, 2003, Costa; Penso; Almeida, 2004) já apontam para a existência de elementos preconceituosos, que compõem a cultura brasileira patriarcal, orientam frequentemente as práticas das/os agentes públicas/os responsáveis pelo atendimento de casos de violência de gênero, desde o momento das denúncias nas delegacias até altas searas do judiciário. Muitos desses/as agentes estiveram ou estão diretamente envolvidos/as em dinâmicas violentas, seja em suas famílias de origem ou nas atuais, o que lhes dificulta oferecer atendimento adequado às mulheres em situação de violência ou lhes provoca sofrimento psíquico pelo contato com um sofrimento que lhes é bastante íntimo.

A relação que se estabelece entre as mulheres que cuidam e as que são cuidadas coloca em relevo questões silenciadas no cotidiano profissional das profissionais de saúde e das relações entre os gêneros de modo geral, fazendo emergir vários níveis das estruturas geradoras desse tipo de violência exatamente no espaço dedicado ao tratamento e à cura de suas marcas corporais. Por isso, algumas pesquisas (Almeida et al., 2007) começam a se preocupar em: 1) estabelecer o perfil demográfico, socioeconômico, cultural e racial dessas trabalhadoras em saúde; 2) identificar as representações sociais sobre violência contra as mulheres e sobre os cuidados em saúde dessas mulheres; 3) investigar as repercussões subjetivas e

as estratégias de enfrentamento utilizadas por essas trabalhadoras na atenção às mulheres em situação de violência; e, 4) definir indicadores para um plano de capacitação e formação continuada para essas mulheres trabalhadoras.

Portanto, na dinâmica das relações sociais, históricas e culturais, o conjunto desta ordem social de gênero estrutura as formas de organização da vida, sobretudo, em relação ao corpo, à sexualidade, à reprodução humana, à divisão sexual do trabalho e às dinâmicas das instituições públicas. Além disso, orienta as culturas empresariais e institucionais, as práticas midiáticas, atingindo espaços públicos e privados.

Sensibilização e capacitação

Um dos novos desafios, já lançados pelas/os formuladoras/es e gestoras/es de políticas na área de saúde no país, busca atingir e modificar um dos lugares mais recônditos da persistência médica e de demais categorias profissionais em tratar as usuárias dos serviços de forma discriminatória, sem que os/as prestadores/as se percebam explicitamente enquanto discriminadores. A linguagem dos sintomas e diagnósticos não abarca o universo multifatorial da violência de gênero, afirma Machado (2005). Desta forma, para que o setor saúde incorpore a violência doméstica e sexual contra as mulheres, como questão de saúde pública, é necessário que todos os/as profissionais encarem o desafio de recriar as linguagens de gênero e étnico/racial para a saúde, redimensionando o espaço da doença e das pessoas, isto é, dos homens e das mulheres que vivem suas histórias particulares em diferentes contextos, com diferentes necessidades, porém com iguais direitos de opinar sobre a forma como querem ser tratadas/os e ajudadas/os na resolução de seus problemas.

A compreensão totalizadora do ser humano em suas dimensões social, psíquica e cultural, como defende a inovadora perspectiva ético-humanista das Ciências da Saúde precisa

desenvolver ferramentas e apreender embasamentos teóricos efetivos que possibilitem a análise detalhada e cuidadosa das idéias, dos valores e dos interesses que movem as pessoas, facilitando o diálogo e o respeito à alteridade. Além disso, é preciso considerar a relevância de se ampliar a reflexão e a auto-crítica das/os profissionais no sentido de assumirem que as concepções por elas/es reveladas e as intervenções feitas possuem poder perante a qualquer sujeito, assim como são carregadas de ideologia. Somente a análise crítica pode oferecer um sentido para a elaboração de uma verdadeira historicidade de modo que as/os médicas/os e demais profissionais possam rejeitar o princípio de um tempo presente a-histórico e despolitizado inerente aos conteúdos ditos anátomo-fisiológicos, comprometendo-se com transformações significativas a minorias e ao mundo contemporâneo.

A diretriz apresentada pelo Ministério da Saúde para a educação dos/as profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do SUS, propõe-se a implantar e implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social (Ceccim; Feuerwerker, 2004). A efetivação e o desenvolvimento de serviços públicos relativos aos casos de violência contra as mulheres devem, portanto, ser acompanhados por processos contínuos de sensibilização e capacitação com o intuito de promover a gestão da educação permanente orientada pela integralidade e equidade da atenção à saúde. Do mesmo modo, deve-se apontar para a conciliação entre o papel das/os trabalhadores de saúde na questão da violência, enquanto categoria profissional com interesses particulares e, também, enquanto agentes públicos que atuam em prol da coletividade.

Com o objetivo de contribuir com esses processos, a então Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (hoje, SPM) promoveu o início da capacitação de agentes públicas/os atuantes nas Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres

(DEAMs) do país em 2002 (Bandeira; Almeida; Menezes, 2004).⁴ Recentemente, a atenção vem se deslocando para outros elos da rede de atendimento, que ainda não foram incluídos nesses processos de modo sistemático e articulado nacionalmente, como é o caso dos/as profissionais na área da saúde – o que já ocorre em outros países (Rinfret-Raynor; Dubé; Drouin, 2003, Hébert et al., 2002, Rinfret-Raynor et.al., 2001).

Notas conclusivas

A construção de políticas e ações voltadas para as equipes destinadas às mulheres em situação de violência deve ser alicerçada em bases de atendimento e cuidado, que visem à integralidade da saúde e que contemplem as perspectivas ora discutidas. Faz-se necessário destacar que a atenção básica à saúde cumpre um papel estratégico na dinâmica do SUS, representando uma grande conquista em termos de direitos e cidadania, tendo em vista que as suas modalidades de operação que devem buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde em sentido *lato*. Desse modo, a questão de gênero, na sua interface com a violência contra as mulheres, deve ser vista como ampliação, aprimoramento, desdobramento e/ou ajustamento das diretrizes das políticas estabelecidas no campo da saúde no Brasil, superando as tensões mencionadas e avançando para a garantia e implantação de direitos específicos.

O fato de tornar visível não só as particularidades das mulheres no sistema de saúde, como também o universo das/os profissionais de saúde em seu trabalho voltado para as mulheres em situação de violência, agrega maior relevância e efetividade a essas políticas e ações. Afinal, seus resultados poderão subsidiar

⁴ A formulação da Política Nacional de Prevenção e Enfrentamento da Violência é sua prioridade e a SPM tem trabalhado nas frentes: apoio técnico e financeiro aos serviços de atenção às mulheres; capacitação e qualificação de profissionais dos serviços e ampliação dos instrumentos de acesso à Justiça.

a elaboração de estratégias de capacitação, sensibilização, qualificação e apoio profissional mais eficiente, ao levarem em conta informações sobre a violência íntima, sofrida no cotidiano pessoal, laboral e as dimensões subjetivas e socioculturais sobre o presente grupo de agentes públicas/cos. Nessa perspectiva, uma formação, sensibilização e capacitação comprometidas com as transformações sociais e culturais não devem distanciar-se dos interesses coletivos dos grupos e movimentos de mulheres e, assim, manterem-se comprometidas com a construção de novos saberes e práticas.

A coibição da violência de gênero, a sua prevenção e o atendimento das vítimas exigem que se elaborem várias reflexões e atuações multisetoriais e multidisciplinares capazes de incidir diretamente na estrutura e conjuntura do fenômeno, isto é, nas normas e valores que vêm organizando a nossa realidade social de maneira desigual entre homens e mulheres. Para tanto, é necessário considerar que os elementos preconceituosos e arcaicos que compõem a cultura brasileira patriarcal fundamentam perspectivas biomédicas e orientam, frequentemente, as práticas das/os próprias/os agentes públicas/os responsáveis pelo recebimento dos casos na rede de saúde.

Nesse sentido, *grosso modo*, as políticas públicas e sociais no campo da saúde, com ênfase na perspectiva de gênero, devem considerar:

- a busca pelo entendimento da cultura expressa na construção de identidades, desigualdades e violências de gênero;
- a identificação das distintas necessidades e demandas, que no processo saúde-doença, são relativas aos homens e às mulheres de diferentes faixas etárias e condição racial/étnica;
- o recebimento e o tratamento a mulheres e homens com a mesma disponibilidade, independentemente da

- condição socioeconômica e racial de pertencimento ou reincidência das demandas;
- o conhecimento da divisão contextual dos papéis entre os gêneros: papéis produtivos e reprodutivos, deveres e responsabilidades, por exemplo;
 - a adoção de critérios terapêuticos, considerando as características de gênero e da rede intersetorial local/regional de assistência e enfrentamento à violência;
 - a criação de um sistema de fichas de admissão no sistema de saúde, discriminadas por gênero auto-declarado, histórias clínicas, situações de violência e fluxo dos casos na rede de apoio e enfrentamento à violência contra as mulheres; e,
 - a formulação de estratégias de promoção da igualdade de gênero na saúde (conhecimentos e práticas), em função da posição historicamente subordinada da mulher na sociedade brasileira.

Referências

- AÇÕES EM GÊNERO, CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO (Agende). *Relatório sobre o curso de capacitação em violência de gênero para policiais da DEAM: Região Centro-Oeste*. Brasília: Agende, 2002.
- ALMEIDA, Suely S., SOARES, Bárbara M.; GASPARY, Marisa (Orgs). *Violência doméstica: bases para a formulação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- ALMEIDA, Tânia Mara C. (Coord.). *Mulheres cuidando de mulheres em situação de violência: projeto de pesquisa aprovado pela UCB, CNPq e FAPDF, para o biênio 2008 e 2009*. Brasília, 2007.
- AMNESTY INTERNATIONAL. *Mettre fin à la violence contre les femmes: un combat pour aujourd'hui*. Paris: Editions Francophones d'Amnestia Intern., 2004.

- ARDALLION, Danielle; DEBERT, Guita Grin. *Quando a vítima é mulher*. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1997.
- BANDEIRA, Lourdes. *Envelhecimento de mulheres: compreendendo e desconstruindo práticas de violência institucional*. Trabalho apresentado no 10º Congresso Internacional Interdisciplinar sobre las Mujeres – Mondo de Mujeres, em Madri, de 3 a 9 de julho de 2008.
- BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara; MENEZES, Andréa (Orgs.). *Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da região Centro-Oeste*. Brasília: Agende, 2004.
- BENSUSAN, Hilan. Observações sobre a libido colonizada. *Revista de Estudos Feministas, Florianópolis*, v. 12, n. 1, p. 131 -156, 2004.
- _____. Afinidades eletivas, afinidades compulsórias, pertinências e impertinências. In: COELHO, M. C. M. N. (Ed.). *Filosofia e ficção: cinema e muitas questões quase todas ontológicas*. Florianópolis: Anna Blume, 2005.
- BRANDÃO, Elaine Reis. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: BRUSCHINI, C. e HOLLANDA, H. B. (orgs.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Editora 34, 1998.
- BRAGA, Kátia S.; NASCIMENTO, Elise. *Bibliografia estudos sobre violência sexual contra a mulher: 1984-2003*. Brasília: Letras Livres, Ed. UnB, 2004.
- BUNGENER, Martine. Une gestion des corps malades et vieillissants: le transfert domestique des activités de soins. In: FASSIN, D.; MEMMI, D. (Orgs.). *Le gouvernement des corps*. Paris : Éditions de l'EHSS, Cas de Figure 3, 2004.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CAMPOS, Carmen H. Violência doméstica no espaço da lei. In: BRUSCHINI, C.; PINTO, C. (Orgs.). *Tempos e lugares de gênero*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Editora 34, 2001.
- CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

- CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.
- CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Convenção Belém do Pará. 1994, In: INSTRUMENTOS internacionais de proteção aos direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001. (Coleção: Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero, v. 1).
- COSTA, Jurandir F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- COSTA, Liana; PENSO, Maria Aparecida; ALMEIDA, Tânia Mara. Intervenções psicossociais a partir da justiça: garantia de direitos humanos para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. In: MALUSCHKE, G.; BUCHER-MALUSCHKE, J.; HERMANN, K. *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004. p. 259-272.
- CURIEL, Occhy. Pour un féminisme qui articule race, classe, sexe et sexualité; interview avec Occhy Curiel. *Nouvelle questions féministes*, Suisse, v. 20, n. 3, 1999.
- DAGENAIS, Daniel. Genre, différence des genres et sexualité. In: _____. *La fin de la famille moderne*. Rennes: Presse Universitaire de Rennes (PUR), 2000.
- DELPHY, Christine. *L'ennemi principal* – v. 2: Penser le genre. Paris: Syllepse, 1998.
- DEL PRIORI, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
- DESCARRIES, Francine. Feminismo contemporâneo no Quebec: entre as práticas e os discursos. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 341-356, jul./dez. 1997.
- DEVREUX, Anne-Marie. Être du bon cote. In: WELZER-LANG, Daniel; FILIOD, Jean-Paul. *Lyon*: Press Universitaires de Lyon et Bief-Cofup, 1992. p. 147-164.

- DEVREUX, Anne-Marie. Sociologie contemporaine et re-naturalisation du féminin. In: ARDEY, D. G.; LÖWY, I. (Dir.). *L'invention du naturel*. Paris: Editions des Archives Contemporaines, 2002.
- DUARTE, L. F. Prefácio. In: ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ENGELS, M. Psiquiatria e feminilidade In: DEL PRIORI, M. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2004. p 322-361.
- FALEIROS, Eva T. (Org.) *O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972/2004.
- GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: Anpocs, 1992.
- GROSSI, Miriam. *Lutas feministas, violência conjugal e novas violências contra as mulheres no Brasil: texto preparatório para a IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. São Paulo: Conselho Estadual da Condição Feminina, 1994.
- _____. Feministas históricas e novas feministas. *Sociedade & Estado*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 285-308, dez./jul. 1997.
- HÉBERT, M. et al. Des interventions préventives et des services d'aide directe em matière d'agression sexuelle: description des pratiques québécoises. 2002. (Relatório de pesquisa).
- HEILBORN, Maria Luíza. Fazendo gênero? A antropologia da mulher. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Washington: OPAS, 1994.
- HUBNER, Luiz; FRANCO, Túlio. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de modelo de atenção nos princípios e diretrizes do SUS. In: GOLDENBERG, Paulete et al. (Orgs.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- MACHADO, Maria F. A. Z. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.
- MACHADO, Lia Zanotta. *Os frágeis direitos das mulheres* O gênero na saúde e na violência. Brasília: UnB, 2005. (Série Antropológica).
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco, 2001. p.39-64.
- MOLINIER, P. O ódio e o amor, caixa preta do feminismo? Uma crítica da ética do devotamento. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 227-242, dez. 2004.
- NONATO, Ticiania Ramos. *Humanização do parto nos contextos público e privado no Distrito Federal*. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília (UnB), 2007.
- PATEMAN, Carole. *O contrato sexual*. São Paulo: Paz e Terra, 1993.
- _____. Féminisme et démocratie. In: GENRE et politique: débats et perspectives. Paris: Folio, Essais, Galimard, 2000.
- PINHEIRO, Marcelo; WESTPHAL, Márcia; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr. 2005.
- PINTO, J. Une relation enchantée: la secrétaire et son patron. *Acts de la recherché en Science Sociales*, n. 84, p. 32-48, 1990.
- RINFRET-RAYNOR, M.; DUBÉ, M.; DROUIN, C. *Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers: implantation et évaluation d'un ensemble d'outils*. Rapport d'activités scientifiques remis au Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture. Montreal et Québec: Centre de Recherche Interdisciplinaire sur la Violence Familiale et la Violence Faite aux Femmes, 2003.
- RINFRET-RAYNOR et al. *Point de vue des femmes et des hommes sur les services utilisés em matière de violence conjugale*. Montreal et Québec: Centre de

- Recherche Interdisciplinaire sur la Violence Familiale et la Violence Faite aux Femmes, 2001. (Collection Études et Analyses, n. 18).
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- SAFFIOTI, Heleieth. Violência de gênero: entre o público e o privado. *Presença da Mulher*, São Paulo, n. 31, p. 23-30, 1997.
- _____. Violência contra a mulher e violência doméstica. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. (Orgs.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora 34, Fundação Carlos Chagas, 2002.
- SCAVONE, Lucila. Das diferenças às desigualdades: o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, Paulete et al. (Orgs.). *O clássico e o novo: tendências e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.
- SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.
- SOARES, Bárbara M. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- SOARES, Luiz Eduardo (Org.). *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Iser, Relume Dumará, 1996.
- STARR, Tama. *A voz do dono: cinco mil anos de machismo e misoginia*. São Paulo: Ática, 1993.
- SUÁREZ, Mireya; BANDEIRA, Lourdes (Orgs.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: UnB, Paralelo 15, 1999.
- SUÁREZ, M.; MACHADO, L.; BANDEIRA, L. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 277-309.
- SWAIN, Tânia N. (Org.). Feminismos: teorias e perspectivas. *Textos de História*, Brasília, v. 8, n. 1-2, 2000.

TRONTO, Joan. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285-308, maio/ago. 2007.

VARIKAS, Eleni. Refundar ou reacomodar a democracia? Reflexões críticas acerca da paridade entre os sexos. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 65-95, 1996.

VAUGHAM, Genevieve. *For-giving: a feminist criticism of exchange*. 1997. Disponível em: <<http://www.gift-economy.com/articlesAndEssays/forgiving.html>>.

Submetido em 15 setembro de 2008 e aceito em 11 novembro de 2008.