



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
NÚCLEO DE SAÚDE PÚBLICA

**PROGRAMA INTEGRADO
DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA**

**A SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
O QUE PENSAM OS GESTORES E GESTORAS MUNICIPAIS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?**

Madge Porto Cruz

Recife, 2002

MADGE PORTO CRUZ

**A SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
O QUE PENSAM OS GESTORES E GESTORAS MUNICIPAIS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Russell Parry Scott

**Co-orientadora: Prof^a Heloísa Maria
Mendonça de Moraes**

RECIFE – PE

2002

Cruz, Madge Porto

A saúde da mulher em situação de violência : o que pensam os gestores e gestoras municipais do Sistema Único de Saúde? / Madge Porto Cruz. – Recife : O Autor, 2002.

121 folhas : il., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2002.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Saúde pública – Gênero. 2. Mulher – Saúde e violência. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) Administração municipal (RMR) – Gestores da saúde – Representações. 4. Violência doméstica - Mulheres. I. Título.

**614.2
613.0424**

**CDU (2.ed.)
CDD (21.ed.)**

**UFPE
BC2002-317**

MADGE PORTO CRUZ

**A SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
O QUE PENSAM OS GESTORES E GESTORAS MUNICIPAIS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de agosto de 2002

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Márcia Thereza Couto Falcão
Universidade de São Paulo – USP

Prof^a Dr^a Maria de Fátima de Souza Santos
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr. Russell Parry Scott – Orientador
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a **Francisco Pereira**, meu companheiro
e meu amor, pela generosidade e apoio.
Quero celebrar esta conquista, que na sua trajetória
possibilitou o nosso encontro.

Dedico também às minhas duas sobrinhas, **Dominique e Ewa**,
dois belos presentes que recebi da vida.
Elas me incentivam a continuar lutando
por uma vida mais feliz para as mulheres.

AGRADECIMENTOS:

À Socorro Porto Cruz e Gildo José Cruz, minha mãe e meu pai que, cada um da sua forma, contribuíram para meu desenvolvimento e acompanharam a conclusão de mais uma fase na minha carreira profissional e no meu crescimento pessoal.

À Liege, minha irmã, que apesar de me achar exagerada no tempo que dedico ao estudo, me apóia com seu jeito espirituoso e inteligente.

A toda minha família e, em especial, às minhas tias Inês Porto e Hosana Porto Vieira pelo incentivo e exemplo.

Ao Dr. Carlos Domingues, pois esta é uma conquista, dentre muitas outras, resultante do meu processo de análise.

As/Aos amigos e amigas que incentivaram o trabalho e me apoiaram em momentos difíceis. Não vou tentar citar todos para não cometer nenhum esquecimento. No entanto quero agradecer, em especial, a Jussara Leite, pela revisão ortográfica e pelo carinho e a Ana Célia de Lima, pela organização da prestação de contas.

Às colegas e aos colegas do PIPASC: Christiane Holmes, Érica Lira, Fábiana Pottes, Vera Facundes pela amizade, apoio e cumplicidade, um agradecimento muito especial ao colega, grande professor, amigo e companheiro de luta, Itamar Lages, pela amizade fraternal, pelo incentivo, pelo acolhimento nos momentos das conquistas e das dificuldades. Sem esquecer de Alexandre Menezes e Cristine Bonfim, que também integraram a turma.

À coordenadora do PIPASC, professora Ana Bernarda Ludermir, em especial, por sua paciência diante de minhas queixas e pelo acolhimento em sua disciplina no Curso de Medicina (graduação), para a realização do Estágio de Docência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

A professora Heloísa Maria Mendonça de Moraes pela orientação em momentos importantes do estudo; pela informação e pelo incentivo na escolha das disciplinas eletivas e na participação no VII Curso Regionalizado Norte/Nordeste de Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva (Salvador (BA), de 19/03/01 a 06/04/01), oportunidades fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

À professora Thália Velho Barreto de Araújo pelas contribuições na discussão dos resultados e, principalmente, pelo acolhimento num momento de profundo “desamparo”. Seu apoio foi muito importante. Agradeço também o acolhimento para a realização do Estágio de Docência.

Ao professor Russell Parry Scott por ter me recebido enquanto sua orientanda e por suas contribuições determinantes em todas as fases desse trabalho.

Aos funcionários do NUSP, com um agradecimento especial à Da Luz, pela simpatia; e à Edione pela competência e atenção.

Ao secretário do PIPASC: Moreira pela paciência diante de tantas solicitações que lhe fiz e à secretária do Mestrado de Antropologia: Regina, pela atenção e simpatia.

Aos Professores/as das disciplinas que cursei:

Luísa Pontual, Flávio Resende (Mestrado de Ciência Política);

Russell Parry Scott (Mestrado de Antropologia);

E todos os professores/as do PIPASC, em especial: Djalma Agripino, José Ricardo Ayres e Eduardo Mendonça.

Ao Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva/ MUSA/Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelo apoio financeiro, através da Fundação Ford, e pelas determinantes contribuições, em especial da professora Cecília Maclun. Agradeço também às professoras Ceci Noronha e Estela Aquino; às colegas, neste programa, Ana Lúcia Nauar, Gilberta Soares e Maria Rozilda (Rose) Nascimento; e, por fim, Edileuza, secretária do MUSA.

Ao Centro de Documentação e Apoio Pedagógico do SOS Corpo – Gênero e Cidadania pelo acesso à textos e referências bibliográficas importantes na elaboração deste estudo.

Às transcritoras das entrevistas: Adriana Azevedo, Prof^a Ms. Ana Maria Vila Nova Maia e Lúcia Otaviana Dantas.

Ao professor Domingos Jose Almeida Neto (UFAC) pela revisão das citações e das referências bibliográficas.

Por fim e especialmente, aos/às gestores/as, que se dispuseram a colaborar com a realização deste trabalho. Agradeço também aos/às servidores/as das secretarias de saúde visitadas, que possibilitaram o acesso aos documentos e a marcação das entrevistas.

“Quando você muda seu modo de pensar,
mudam suas crenças;
Quando você muda suas crenças,
mudam as suas expectativas, muda a sua atitude;
Quando você muda a sua atitude,
muda seu comportamento;
Quando você muda seu comportamento,
muda seu desempenho;
Quando você muda seu desempenho,
VOCÊ MUDA SUA VIDA.”

(Autor não identificado apud Luz, 2002, p. 34)

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. A SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: O QUE DIZ A LITERATURA	
2.1. Histórico das demandas das mulheres para as ações em saúde.....	25
2.2. Violência e imaginário: para compreender o contexto da violência doméstica contra a mulher.....	29
2.3. A violência doméstica contra a mulher e as repercussões na saúde.....	32
2.4. A violência doméstica contra a mulher e a organização dos serviços de saúde.....	35
2.5. O Sistema Único de Saúde – SUS.....	39
2.6. As políticas de gênero nas gestões públicas.....	42
3. O QUE PENSAM OS GESTORES E GESTORAS.....	46
3.1. O que pensam os gestores e gestoras: a partir do município onde ocupam um lugar de gestão.....	52
3.1.1 A gestão plena do SUS segundo os/as gestores e gestoras.....	62
3.2. O que pensam os gestores e gestoras: a partir da militância, da formação e do cargo.....	64
3.2.1. O que falam os/as gestores e gestoras sobre:	
A – A mulher em situação de violência.....	72
B – As repercussões da violência contra a mulher na saúde.....	78
C – As ações propostas para as mulheres em situação de violência.....	81
4. REFLETINDO SOBRE AS FALAS DOS/AS GESTORES E GESTORAS.....	85
O impacto sobre o sistema de saúde: demanda e custos.....	86
Os/As gestores e gestoras: cargos, municípios e grupos.....	89
O movimento feminista.....	91
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CES – Conselho Estadual de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DAS – Diretoria de Assistência à Saúde

DDM – Delegacia de Direitos da Mulher

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EISM – 8 ° Encontro Internacional de saúde da Mulher

FIDEM – Fundação de Desenvolvimento Municipal

IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML – Instituto Médico Legal

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB/93 – Norma Operacional Básica de 1993

NOB/96 – Norma Operacional Básica de 1996

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa de Saúde da Família

RMR – Região Metropolitana do Recife

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O objetivo desse estudo é investigar as representações de gestores/as do Sistema Único de Saúde - SUS sobre a saúde da mulher em situação de violência e a influência dessas representações nas decisões por ações de saúde para essas mulheres, dentro da perspectiva de um estudo qualitativo e descritivo.

Foram escolhidos três municípios da Região Metropolitana do Recife (PE) enquadrados enquanto em Gestão Plena do SUS, ou seja, com a possibilidade de gestão autônoma sobre seus recursos e serviços de saúde.

A literatura destaca: um aumento significativo da busca pelo sistema de saúde por mulheres em situação de violência, sem que este sistema apresente uma solução; a necessidade do reconhecimento das diferenças dos papéis exercidos por homens e mulheres pelas instâncias governamentais; e que este reconhecimento ainda não foi devidamente incorporado ao planejamento das administrações municipais.

No entanto, este estudo aponta para algo diferente: gestores/as que falam sobre planejamento de ações a partir de uma perspectiva de gênero, que favorece decisões por ações de saúde da mulher em situação de violência, todavia, dentro de um contexto maior: da forma como essa perspectiva está ou não fazendo parte dos valores e crenças dos gestores/as e do compromisso político da gestão com o movimento feminista, principalmente, pela pressão exercida por este, no que se refere à realização de políticas públicas para as mulheres e, dentre essas políticas, para as mulheres em situação de violência.

PALAVRAS-CHAVES: Gênero; saúde da mulher; violência contra a mulher; representação; violência contra a mulher e o Sistema Único de Saúde; violência contra a mulher e administração municipal.

ABSTRACT

The aim of this study from a qualitative, descriptive perspective is to investigate representations on the part of administrators of the Public Health System, Sistema Único de Saúde - SUS concerning the health of women in violent situations, and the influence these representations have in the decisions of such women towards health actions.

Three municipalities were chosen from the Metropolitan Region of Recife, Pernambuco, Brazil, categorized as being of Full Management by SUS, that is, with the possibility of autonomous administration of resources and health services.

Literature states that there has been a significant increase of women in situations of violence who turn to the public health system for help without the system offering any solution; that there is a need for the recognition on the part of governmental institutions of the different roles exercised by men and women; and that this recognition has not yet been duly incorporated into municipal administration planning.

However, this study indicates something different: administrators that speak of planning actions from a gender perspective that favors women's decisions towards health actions when confronted with situations of violence. Furthermore, this is encased within a larger context of whether or not this perspective makes up part of the values and beliefs of the administrators and the administrative political commitment to the feminist movement, especially through the pressure the latter exercises, regarding the establishment of public policies for women in general, as well as specific policies for women in situations of violence.

KEY WORDS: Gender; women's health; violence against women; representation; violence against women and the Public Health System; violence against women and municipal administration.

1. INTRODUÇÃO¹

Este estudo tem como objetivo investigar o que pensam gestores/as de secretarias municipais de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS na Região Metropolitana do Recife – RMR (PE) acerca da saúde da mulher em situação de violência. De forma mais específica seria: conhecer as representações² sobre saúde da mulher em situação de violência de gestores/as³ das secretarias municipais de saúde; e investigar o papel dessas representações enquanto determinantes de decisões políticas concernentes a ações de saúde dirigidas a essas mulheres.

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo: um estudo de casos exemplares. Foram escolhidos três dos 14 municípios da RMR (PE) enquadrados como Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Esta escolha se deu porque a partir da Norma Operacional Básica de 1996 – NOB/96 - os municípios que se instituíram Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde passaram a ter, como uma de suas atribuições, a responsabilidade de responder às demandas de saúde da população (Lacerda, 1998), com autonomia para a formação da agenda (programa de governo) e para a formulação e implementação das políticas de saúde. Dessa forma, os municípios poderiam implementar ações avaliadas como relevantes ou prioritárias, mesmo que essas não fizessem parte das propostas e agendas dos níveis estadual e nacional.

As falas dos/as gestores/as entrevistados/as apresentam diferenças e semelhanças e foram agrupadas a partir das semelhanças. No discurso, essas semelhanças têm uma correspondência com o tipo de militância política, a formação profissional e o cargo ocupado na gestão. Considerando o trabalho de Fontes e Neves (1992) que descreve duas categorias, no contexto de uma discussão sobre gestão e planejamento municipal: a **perspectiva de gênero**⁴, que se refere à percepção das diferenças entre mulheres e homens como consequência de uma construção sócio-cultural e que essas diferenças precisam ser

¹ Este estudo integra também o Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. MUSA/ISC/UFBA, que tem o apoio financeiro da Fundação Ford. Foi aprovado pelo Comitê de Ética do CCS/UFPE em 07/11/2001 (Anexo 01).

² Representação está sendo entendida aqui enquanto “... camada mais antiga, mas também a mais estável e a mais implícita da visão de mundo dos indivíduos” (Bozon, 1995, p. 123)

³ Neste estudo o termo gestores/as se refere aos secretários/as municipais (titulares e adjuntos), assim como diretores/as e/ou coordenadores/as de políticas, programas e/ou ações em saúde dos municípios investigados.

⁴ A expressão “perspectiva de gênero” utilizada por Fontes e Neves (1992), neste estudo, será considerada como uma expressão equivalente à “noção de gênero” referida por Schraiber *et alii* (s/d). É importante destacar que o conceito de

consideradas, e a “**cegueira**” de gênero, que seria a percepção que diferenças entre mulheres e homens são tomadas como naturais e, dessa forma, as diferenças e as características da condição de mulher nesta sociedade são invisibilizadas. Para essas autoras, “[...] *ação governamental eficaz é aquela que reconhece os diferenciados papéis exercidos por homens e mulheres na sociedade.*” (Fontes e Neves, 1992. p.58). No entanto, isso não foi observado nos municípios estudados. Todos os gestores/as referem diferenças entre mulheres e homens decorrentes de sua condição de gênero, construída socialmente e que determina desigualdades: “*A gente tenta trabalhar com essa diferença*”, entretanto, esta fala não aparece, necessariamente, como determinante de um discurso pelo planejamento, implementação e efetivação das ações para as mulheres em situação de violência, que considere esta diferença de gênero.

E por que estudar o papel das representações de gestores/as nas decisões por ações de saúde dirigidas às mulheres em situação de violência?

Nos últimos 20 anos, a violência vem sendo considerada uma das causas mais importantes de mortalidade no Brasil e no mundo, além de provocar doenças e diversas alterações orgânicas e emocionais. Desde 1989, apresenta-se como a segunda causa de óbito no país, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (Souza e Minayo, 1995). A violência está associada aos crescentes índices de mortalidade pelas denominadas “causas externas”, que incluem os óbitos por acidentes de trânsito, de trabalho ou domésticos, por envenenamento, suicídios, além dos homicídios, sendo este último o que expressa de forma mais óbvia a idéia da violência (Schraiber *et alii*, s/d). A violência passa a ser percebida num processo de agravamento conseqüente do aprofundamento das contradições sociais. Questões como a má distribuição de renda, a estagnação econômica e conseqüentemente o aumento da pobreza, que caracterizaram a década de 80, determinaram um retrocesso no desenvolvimento do país. Esses acontecimentos apontam um crescimento da violência estrutural, que “...*embora se fundamente na economia reflete-se também na dinâmica das forças políticas e afeta os valores culturais do país.*” (Souza e Minayo, 1995, p. 111). Souza e Minayo (1995) destacam também que as questões sócio-econômicas determinam o que chamam “*violência estrutural*” e chamam a atenção:

Gênero que está sendo utilizado neste estudo é o de Heilborn descrito por Castro (1992): “distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica de seres humanos. Elemento constitutivo da razão simbólica” (p. 104).

Ao se apresentar de forma ‘naturalizada’, a violência estrutural viceja na legalidade e enseja a falsa visão de que os pobres são ‘criminógenos’ e a delinqüência é um atributo das classes populares, quando na verdade são esses grupos sociais a maior vítima da violência. (Souza e Minayo, 1995, p. 111).

Para essas autoras existe uma relação entre violência e pobreza, mas esta não seria a causa daquela, ambas seriam determinadas pelas questões macroeconômicas, políticas e, principalmente, sociais. Destacam a necessidade de se construir uma meta de ação que considere a violência e a saúde, à medida que a violência se apresenta como risco a vida, além de determinar doenças e agravos que convergem para o sistema de saúde. Para cada morte por violência, existem em torno de 200 casos de lesões não mortais que geram seqüelas e diferentes tipos de incapacidade (Souza e Minayo, 1995). Este quadro influenciou os/as estudiosos/as da Saúde Coletiva a discutir as causas e as repercussões da morbi-mortalidade decorrentes da violência.

Dentre os tipos de violência, a que é praticada contra a mulher aparece, desde 1991, uma questão de saúde pública, reconhecida pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPS – como causa de adoecimento das mulheres (Heise, 1994; Camargo, 2000).

A literatura traz vários aspectos deste tipo de violência, desde aspectos conceituais e de paradigmas até tipificações. Dependendo do tipo de enfoque do estudo, a violência contra a mulher aparece como resultado do conflito de gênero ou como violência doméstica, familiar, sexual, psicológica ou física, dentre outras classificações. Estas se relacionam ou estão contidas umas nas outras, entretanto pode-se considerar que a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência: a **violência contra a mulher**. Dito de outra forma, o fato de ser mulher condiciona a identificação com modelos culturalmente definidos e o não cumprimento desses justificaria a violência. Essa condição de gênero determina a existência de um tipo de violência no espaço socialmente estabelecido para as mulheres: o espaço privado, a família, o domicílio. Para Brandão (1998):

[...] o termo *violência contra a mulher* adquire um sentido instrumental, tornando-se uma categoria política cunhada pela abordagem feminista para denunciar as desigualdades na relação homem/mulher. No âmbito dessa

relação, as posições de *vítima* (como atributo do feminino) e *agressor* (como atributo do masculino) tendem a ser enfatizadas. (p. 58, grifos da autora).⁵

A **violência de gênero** pontua o estabelecimento de situações de violência decorrentes de padrões de comportamento, pensamento e linguagem dos papéis de mulher e homem e da relação entre estes. Schraiber *et alii* (s/d) referem que as mudanças que estão sendo construídas nas relações de gênero, a partir de uma mudança na construção social do feminino, são caracterizadas por uma tensão e manifesta-se em violência doméstica cometida por parceiros e ex-parceiros. Essas relações de gênero se apresentam como “... *relações de poder historicamente construídas a partir do masculino e do feminino nas sociedades*” (Schraiber *et alii*, s/d, p. 5, nota de rodapé). Dessa forma, a violência de gênero seria “... *uma ruptura destas relações em contexto de grande desigualdade e impossibilidade de comunicação*”. (Schraiber *et alii*, s/d, pp.4-5, nota de rodapé).

A **situação de violência** é entendida neste estudo segundo o trabalho de Schraiber *et alii* (s/d): uma situação instalada em que as relações conflituosas têm como produto à violência. Seria uma situação em que uma relação é rompida e passa a não existir mais uma “... *perspectiva ética da interação humana*” (Schraiber *et alii*, s/d, pp.4-5, nota de rodapé).

Este entendimento da violência contra a mulher como uma violência de gênero se refere às mudanças recentes na construção social do feminino, que passam a determinar a expressão crescente da violência contra a mulher. Este conceito não pretende negar a violência que já existia no ambiente familiar promovida por um homem e determinada pelo fato desse se perceber com um domínio em relação à mulher que sofre a violência. Assim, a violência contra a mulher, em diferentes momentos históricos, aparece como determinada, ou prioritariamente determinada por diferentes fatores e os diversos conceitos pretendem dar conta dos aspectos que se modificam.

A **violência doméstica** contra a mulher é considerada por Silva (1999) como uma violência familiar, podendo ser definida como aquela ação de dominação infligida à mulher pelo homem com o qual tem ligações afetivas e que objetiva mantê-la sob julgo. É uma forma de violência de difícil apreensão, assim como a gravidade de suas conseqüências (Silva, 1999).

⁵ Em nota de rodapé Brandão (1998, p. 58) alerta para o perigo de se naturalizar o conceito de violência contra a mulher, citando que essa questão já foi sinalizada em outros textos.

Neste caso, o agressor deixa de ser um estranho e passa a ser alguém com quem a mulher tem alguma ligação afetiva: parceiro, pai, padrasto ou outro familiar (Giffin, 1994), sendo que parceiros ou ex-parceiros são os agressores em aproximadamente 70% das denúncias registradas nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) (d'Oliveira e Schraiber, 2000). Muitas dessas agressões levam imediatamente ao óbito enquanto outras representam “situações crônicas de vida” (Schraiber *et alii*, s/d, p. 4), não se apresentam como fatais, mesmo muitas vezes sendo de alta gravidade. Causando, dessa forma, repercussões nos índices de morbidade, que parecem não mobilizar ações específicas do sistema de saúde. Entretanto, por se caracterizar a situação de violência como de “... caráter sistemático e repetitivo” (Schraiber *et alii*, s/d, p.4) e não como de caráter episódico, as consequências para os serviços de saúde são significativas. A violência deriva sofrimentos permanentes e cronificados aumentando sobremaneira a demanda aos serviços de saúde (Schraiber *et alii*, s/d).

É um tipo de violência que ocorre em todos os grupos socioeconômicos; muitas vezes velada, com tendência a se agravar; os homens agressores não são doentes mentais nem alcoolistas, necessariamente; o abuso psicológico é, na maioria das vezes, classificado como o pior tipo de violência; e, por fim, um dado relevante: há sociedades onde a violência contra a mulher não existe (Heise *et alii*, 1994).

A violência doméstica, que também é referida como violência familiar é considerada como um tema de difícil abordagem, pois questiona a instituição família (Silva, 1999; Camargo, 1998). A discussão deste tema traz à tona um aspecto delicado, pois sendo o espaço privado um espaço reservado, que precisa ser resguardado do público, a exposição do que lá ocorre causa desconforto. O que era idealizado, o espaço ‘sagrado do lar’, passa a ser questionado, passando a ser objeto de investigação – policial ou científica.

Schraiber *et alii* (s/d) caracterizam, ainda, a violência como se expressando de diferentes formas: a violência social e a violência das relações interpessoais. A primeira é reconhecida como um problema para a intervenção pública, além de ser considerada como uma questão para ser pensada pela Saúde Coletiva. Já a violência das relações interpessoais fica restrita às questões de indivíduos particulares, sendo esses os responsáveis por sua resolução. Schraiber *et alii* (s/d) ainda fazem uma outra classificação: a violência cometida por estranhos e a cometida por familiares.

Dentre os tipos de violência contra a mulher, Silva (1999) destaca a **violência sexual**, a qual ocorre com maior frequência e intensidade no espaço doméstico, ainda que em muitas circunstâncias possa extrapolá-lo. É considerada “violência” quando praticada por estranhos, e, muitas vezes, tomada como normal, se exercida no seio do casamento, e mais: a impunidade ainda caracteriza esse tipo de violência, independente do lugar em que é praticada.

Diante das argumentações acima citadas, pode-se perceber como varia a forma de tipificar a violência de gênero. Primeiro, a violência interpessoal se contrapondo à violência social. No entanto, a violência social poderia ser considerada violência das relações interpessoais, assim como violência sexual poderia ser física ou psicológica, ou ainda classificada como doméstica ou praticada por estranhos. A dicotomização pode ser importante para fazer contrapontos, porém não deveria ser percebida como estanque e sim como aspectos inter-relacionados.

Depois da apresentação desses conceitos sobre violência na relação com a condição de ser mulher, um aspecto se destaca: a invisibilidade social da questão. Invisibilidade esta determinada pelo lugar da violência, o espaço doméstico, privado e pela face relacional de sua determinação, ou seja, a violência de gênero contra a mulher aparecendo como resultado de uma relação de poder. Trazendo essa questão da invisibilidade para a discussão das repercussões da violência contra a mulher nos serviços de saúde:... ‘**invisível**’ como parte do diagnóstico das necessidades das mulheres nos serviços de saúde. Com isto não se sabe qual sua real magnitude e seus efeitos na deterioração da qualidade de vida. Não se conhece suas repercussões no perfil de morbidade de uma dada população, ou mesmo o padrão de uso dos serviços de saúde que se pode correlacionar com este evento.(Schraiber *et alii*, s/d, p. 5, grifo das autoras).

Silva (1999) considera que, apesar da gravidade das características da violência contra a mulher, essa não é estimulada ou motivada a denunciar os atos de violência que sofre, pois teme o arrependimento e não tem apoio para tal iniciativa. Sente-se a responsável pela degradação familiar, podendo assumir duas atitudes: o insurgimento e a denúncia pública ou a cumplicidade, quando assume a postura silenciosa.

Tentando refletir sobre as colocações dicotômicas, é importante destacar mais essa dicotomia. Pode-se observar gradações no tipo de atitude que as mulheres apresentam.⁶ As mulheres parecem construir diversas formas de lidar com a situação de violência, que são determinadas por vários fatores, dentre eles o tipo de personalidade, a condição sócio-econômica, as características da violência vivida e a forma de entender e valorizar a violência no contexto doméstico. Brandão (1998) pontua que a literatura apresenta duas perspectivas analíticas distintas: 1) atribuir ao masculino a violência doméstica enquanto instrumento de repressão e controle e 2) a referência ao processo de “*‘vitimização’ no tratamento da violência contra a mulher, compartilhado pelas próprias mulheres agredidas*”. (Brandão, 1998, p. 59, grifo da autora). Entendendo que se trata de uma discussão ainda polêmica, por vezes polarizada e que não cabe neste estudo o aprofundamento deste debate. A violência contra a mulher aqui se refere a uma perspectiva relacional, considerando a influência da relação entre uma mulher agredida e um homem agressor.

Fazendo uma reflexão numa perspectiva histórica, pode-se dizer que as questões referentes à violência foram inicialmente abordadas como questões do direito, com as delegacias de mulheres sendo consideradas o espaço público de sua legitimidade. O entendimento de crimes cometidos nas relações íntimas era equivalente ao entendimento sobre crimes iguais ocorridos entre desconhecidos, sendo a violência justificada pela “defesa da honra” masculina. Num primeiro momento, as repercussões da violência doméstica sobre a saúde não eram, praticamente, referidas (Schraiber e d’Oliveira, 1999). Mais recentemente, a violência contra a mulher vem sendo tratada como questão de saúde e qualidade de vida, portanto, alvo da saúde pública e das práticas médico-sanitárias (Schraiber e d’Oliveira, 1999; Franco, 2000). Neste contexto, para Schraiber e d’Oliveira, (1999) a violência contra a mulher, inicialmente, foi percebida como uma doença que requeria uma intervenção baseada na racionalidade biomédica, desde que identificada com uma base anatomo-patológica, objetiva e visível que permitisse uma justificativa para a intervenção. Caso contrário, a queixa não era considerada como parte das ações em saúde, sendo referidas como da ordem do social e/ou do psicológico, desqualificando-as para uma intervenção médica. Schraiber e d’Oliveira (1999) referem, no entanto, que essa demanda precisa ser tomada como uma questão de saúde que aguarda uma intervenção adequada, pois a forma de intervenção será determinada a partir da forma como a violência doméstica e sexual é compreendida e acolhida. Esse aspecto

⁶ Observação também realizada pela autora deste estudo, a partir das demandas por atendimentos em

destaca-se no contexto do estudo aqui apresentado: o que os gestores/as de saúde estão pensando sobre essa questão?

Para Schraiber *et alii* (s/d)

[...] além do fato de que recentes dados de estudos internacionais demonstram a grande quantidade de repercussões para a saúde de viver em situação de violência, a violência é um problema: de saúde, de organização e produção dos trabalhos em saúde, de programas de atenção e prevenção, de políticas. (Schraiber *et alii*, s/d, p.3)

No entanto, a questão da violência não deve ser tomada como de competência única dos serviços de saúde, numa forma de substituição das ações da justiça. A violência se refere a um “... conjunto amplo de problemas, cujas repercussões no setor Saúde e as possibilidades ou os limites de intervenção são bem diferentes”.(Schraiber *et alii*, s/d, p.3). A promoção à saúde e a assistência médica às mulheres que vivem em situação de violência são aspectos, dentre vários outros, que representam a possibilidade de realização de direitos constituídos que garantam melhores condições de cidadania. Desta forma, esta é uma reflexão que se enquadra nas discussões de políticas públicas que favoreçam a qualidade de vida (Schraiber *et alii*, s/d), e não só nas discussões restritas ao movimento feminista, que se apresenta como precursor do debate e de propostas com relação às questões da saúde da mulher em situação de violência.

A literatura especializada vem demonstrando associação de risco entre a experiência da violência e o desenvolvimento de agravos, de ordem física e mental, os quais repercutem na diminuição de “anos saudáveis de vida” das mulheres (d’Oliveira e Schraiber, 2000).

As conseqüências da violência doméstica são agravos que vão desde um empurrão leve até à morte. Sendo de natureza crônica, a agressão à mulher vai além dos traumas e dos agravos visíveis (quebraduras, torções), estando associada a problemas como: baixo peso ao nascer (dos filhos), problemas gastrintestinais (úlceras, colites), queixas ginecológicas (abortos, gravidezes indesejadas e repetidas em curto espaço de tempo, doenças sexualmente transmissíveis, hemorragias, lesões, dores pélvicas, leucorréias repetidas e infecções), abuso de drogas e álcool, queixas vagas, depressão, insônia e suicídio, sofrimento mental; lesões e problemas crônicos como distúrbios alimentares, dores abdominais e de cabeça e até artrites, hipertensão e doenças cardíacas. (Camargo, 2000; Franco, 2000; Schraiber e d’Oliveira, 1999;

d'Oliveira e Schraiber, 2000; Schraiber *et alii*, s/d). Schraiber *et alii* (s/d) destacam estudos que apresentam associação entre a situação de violência e taxas mais elevadas de mortalidade infantil e de menores taxas de imunização entre as crianças⁷. Com relação às questões emocionais, a associação mais relevante se dá entre o transtorno emocional e a gravidade do episódio de violência. A relação entre transtornos emocionais e violência tem uma menor associação no que se refere ao momento da violência: se foi uma violência atual ou pregressa, em outras palavras, ter vivido ou estar vivendo uma situação de violência não diferencia as repercussões de ordem emocional, nos dois casos existem repercussões.

Existe uma gradação da violência das formas mais cruéis até os aspectos mais sutis, que dependendo do grau de tolerância social, pode ser aceita ou reprimida. A má distribuição de renda e a utilização da violência enquanto instrumento educativo, ou seja, a violência sendo uma forma de se punir, com vistas à educação, e ao enquadramento às regras sociais, são exemplos de distintas formas de violência ainda aceitas socialmente (Portella, 2000).

As mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, porém os/as profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento. Entretanto, parece existir uma diferenciação no encaminhamento dos casos: as situações de violência doméstica ou sexual têm indicação para serviços de saúde mental, enquanto os outros tipos de violência não têm a mesma indicação (Schraiber e d'Oliveira, 1999). Esta atitude sugere que os/as profissionais percebem que a condição em que se deu a violência ocasionará diferentes repercussões, mesmo não sabendo ainda como lidar com a questão. Esta intervenção, muitas vezes, pode determinar o que Schraiber *et alii* (s/d) chamam de psicologização do problema da violência, que também é uma forma de não enfrentamento da questão pelos serviços de saúde.

Schraiber e d'Oliveira (1999) consideram que a violência sofrida pelas mulheres ainda não é reconhecida nem nomeada, de forma adequada, nem pela lei (Brandão, 1998) nem pela medicina, mas que precisa ser reconhecida, e virar objeto de investigação e intervenção. A mulher necessita ser tratada como sujeito pleno e não como alguém incapaz de se posicionar. Dessa forma, os serviços de saúde não devem se caracterizar como mais um obstáculo para as mulheres que buscam reverter à situação de conviver com a violência; e as políticas de saúde, por outro lado, precisam considerar sua responsabilidade no vasto universo que é a violência

⁷ Este dado foi reforçado pelo Dr. Gustavo Couto, assessor da Secretaria de Saúde da cidade do Recife e consultor do Ministério da Saúde, na I Conferência Regional Metropolitana de Saúde Mental em 11 de outubro de 2001 na cidade do Recife.

contra a mulher, principalmente, no que diz respeito ao espaço privado, que neste estudo foi definido como sendo a violência doméstica. Esta se destaca como relevante para uma investigação científica, por ainda se manter invisibilizada, não aparecendo como problema e, conseqüentemente, como uma demanda que necessita de intervenção de diversas políticas públicas e dentre estas, a que se foca aqui: as políticas e ações de saúde.

A importância de pensar sobre as conseqüências das situações de violência doméstica que repercutem nos serviços de saúde aparece quando se observa que os casos de lesões físicas graves ou homicídios, que ganham espaço nos meios de comunicação, são apenas uma amostra de um grande número de situações que chegam aos serviços de saúde. Violências que se apresentam das mais diversas formas e com inúmeras características, resultado da convivência com uma situação crônica de violência e que não é percebida como tal.

Dessa forma, é importante refletir sobre os atores e atrizes que pensam e executam essas políticas e ações de saúde. Machado (1999) observa que os elaboradores das políticas públicas ainda se baseiam em idéias preconceituosas de uma generalização da realidade masculina, como que contemplando a realidade feminina, e de uma naturalização dos papéis de mulher e homem. Conclui que, para o adequado atendimento das demandas de mulheres e homens é necessário que os/as gestores/as mudem suas suposições sobre o tema. Esta afirmação é instigante, mas de difícil realização. Não se pode dizer para alguém que mude suas suposições sobre determinado tema. Entretanto, precisa-se entender qual a influência dessas suposições, como elas se expressam e determinam as decisões, sobretudo, as políticas.

Dentro dessa análise que considera discurso e prática, o estudo de Nogueira (2000) aponta que as ações de gestores que se propõem a efetivar o princípio da integralidade, no que se refere ao PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher -, são reducionistas, pois realizam programas que se limitam ao atendimento materno-infantil. Evidenciando, assim, que ainda existe a identificação da saúde da mulher como restrita às questões da reprodução. Os gestores do SUS por ele entrevistados pensam a integralidade das ações de forma tecnocrática (articulação técnica e epidemiológica entre os serviços) e não filosófica (promoção, prevenção e recuperação da saúde). Apesar de assumirem em seus discursos, em proporções diferentes, as diretrizes do PAISM, realizam ações limitadas à saúde reprodutiva e às necessidades ditas prioritárias: o ciclo gravídico-puerperal.

Entendendo que as representações sobre o significado da violência geral e especificamente, neste estudo, da violência doméstica contra a mulher, são construídas dentro

e a partir das questões até agora colocadas – construção social do papel de mulher e do homem, da violência e das relações de gênero - é que foi formulada a pergunta que se pretende responder com esta investigação: quais as representações de gestores/as do SUS sobre saúde da mulher situação de violência? A partir dessa questão pode-se pensar como estas representações influenciam decisões por políticas de assistência a essas mulheres. A questão desse estudo surgiu a partir do entendimento que decisões por determinadas políticas de saúde só poderiam existir se, de alguma forma, a questão em foco for considerada um problema de saúde, em especial, de saúde pública. Sabe-se que uma decisão política é determinada por múltiplos fatores, desde as questões econômicas e epidemiológicas até as questões das pressões dos grupos sociais organizados. Entretanto, pode-se pensar se a forma como o/a gestor/a problematiza a questão influencia a definição pela intervenção em saúde específica.

Considerando este aspecto das idéias e representações, pode-se destacar a reflexão de Bozon (1995) que discute a relação das práticas, normas e representações. Nesta discussão Bozon (1995) refere sobre as **representações** enquanto:

[...] camada mais antiga, mas também a mais estável e a mais implícita da visão de mundo dos indivíduos. Nas representações encontram-se categorias de classificação, imagens, símbolos que organizam a relação dos indivíduos com a natureza, assim como as relações dos indivíduos entre si (especialmente as relações de sexo). Essa visão de mundo se apresenta com frequência como natural, não exigindo qualquer justificativa [...] (p.123).

No presente estudo não se pretende discutir considerando a visão de mundo dos indivíduos de forma ampla, pois se tem o foco nas representações da saúde da mulher em situação de violência. Dessa forma, é preciso restringir a visão de mundo para a visão sobre esse tema específico no que se refere a esse nível mais simbólico, que se apresenta como ‘natural’ e estável, e que influencia práticas e normas dos indivíduos e é por essas também influenciada.

As **normas** para Bozon (1995) são as:

[...] regras de comportamento explícitos às quais os indivíduos se referem conscientemente, e que se fundam sobre justificações ou princípios filosóficos, ideológicos ou políticos, ou sobre o surgimento de novas aspirações individuais ou coletivas. [...] No interior de uma determinada sociedade, existem sistemas de normas concorrentes, com eventuais

conflitos. O surgimento de novas normas, como da igualdade, entre indivíduos, e entre os homens e as mulheres, não perturba de imediato as representações, cujo ritmo de evolução é lento. Aliás, existem igualmente normas para impedir a transformação das representações e para invocar – isto é, justificar – as representações antigas ameaçadas. (p. 124).

Por fim, as **práticas** que para Bozon (1995) se referem aos comportamentos efetivamente realizados. *“Elas se ligam, de maneira bastante complexa, às normas que, com frequência, as ultrapassam. Elas podem revelar a persistência de representações que se tornaram inconscientes. As únicas modificações decisivas são as que afetam as práticas.”* (Bozon, 1995, p.124).

É importante destacar que, nesse estudo, a prática também é percebida como influenciando as representações, pois mudanças da prática, principalmente as de caráter irreversível, podem determinar mudanças nas representações.

Dessa forma, as mudanças parecem ser mais fáceis, segundo Bozon (1995), quando se dão no aspecto das normas, entretanto, o estabelecimento de novas normas não se reflete de imediato nas representações, que têm um ritmo mais lento para o estabelecimento das mudanças. Já as práticas, são influenciadas de diferentes formas, tanto pelas normas quanto pelas representações. As representações parecem ser um aspecto ainda considerado secundário por ser “subjetivo” e, assim, menos importante quando o que está em questão é algo “objetivo”, como uma decisão política. Entretanto, o aspecto das representações torna-se relevante por também influenciarem atitudes e o estabelecimento de prioridades.

A partir desse entendimento é que se pretende analisar qual a influência das representações sobre a saúde da mulher em situação de violência nas decisões políticas sobre ações de saúde definidas como prioritárias, isso considerando: 1) a fala dos/as gestores/as sobre suas idéias e sobre as ações desenvolvidas; 2) uma realidade circunscrita à RMR (PE); 3) que a fala é emitida de um lugar de poder administrativo e político; e 4) a perspectiva teórica utilizada por Schraiber e d’Oliveira (1999; 2000), que discute uma reforma ampla (epistemológica e pragmática) nas atribuições, responsabilidades e práticas do sistema de saúde quando se aponta a inserção da noção de gênero.

2 - A SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: O QUE DIZ A LITERATURA:

2.1 - Histórico das demandas das mulheres para as ações em saúde

A partir da década de 50 do século XX, as mulheres passam a questionar a “naturalização” da opressão e da discriminação de que eram vítimas. Assim, tem início uma série de reflexões, movimentos, produções literárias e ações de resistência. Essas eram derivadas do entendimento da condição social das mulheres como fruto de uma construção histórica do patriarcalismo e do capitalismo.

As mulheres passam a reivindicar a divisão das tarefas domésticas (o privado), acesso ao trabalho remunerado e aos lugares de poder (o público). Organizam-se em nível internacional, promovem conferências e encontros de mulheres, pois percebem a importância da luta contra a opressão que sofriam. Era uma organização de resistência e pressão política para o agendamento das questões de gênero nas pautas políticas em todos os níveis (internacional, nacional, regional e local).

A Organização das Nações Unidas - ONU realizou, ao longo dos últimos 30 anos, conferências internacionais para discutir questões referentes ao crescimento populacional, às mulheres, às crianças e aos direitos humanos. Para as mulheres algumas dessas conferências têm importância especial na conquista de direitos políticos e sociais. A primeira dessas conferências foi realizada em 1979 com a denominação de Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra as Mulheres. Em 1985 a III Conferência Mundial sobre a Mulher, em Nairobi, estabeleceu estratégias, chamadas de Estratégias de Nairobi, que pretendiam garantir às mulheres e às meninas “todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (... e) tomar medidas eficazes contra as violações a esses direitos e liberdades.” (Plataforma..., 1996, p.10). A Declaração do Cairo-94, produto da Conferência sobre População e Desenvolvimento realizada no Egito em 1994, destaca os direitos sexuais e reprodutivos que passam a ser considerados do âmbito dos direitos humanos (Dora, 1998). Em Pequim/Beijing (China) no ano de 1995, a ONU realizou a IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Esta foi considerada a maior conferência das Nações Unidas até então. Foram discutidos vários temas, entre eles: a feminização da pobreza, a saúde como mais que superar doenças, a violência contra a mulher, entre outros (Plataforma..., 1996). A Plataforma de

Ação, aprovada em Beijing, contém um conjunto de medidas que os governos signatários se comprometeram em realizar num prazo acordado de cinco anos. O objetivo principal seria proteger os direitos humanos das mulheres buscando eliminar obstáculos à participação plena dessas na vida privada e pública, a partir do acesso à cultura, e a tomada de decisão nos espaços da política, independente de características como idade, raça, etnia, condição social, cultura e religião. Dentre as várias áreas que a Plataforma de Ação aponta como carentes de intervenção por parte dos governos, duas podem ser destacadas como importante fundamento para o presente estudo: a saúde e o combate à violência. As discussões da conferência salientam a importância da noção de gênero para entender e efetivar as propostas acordadas. Tem-se o entendimento de que para realizar as ações definidas seria necessário um outro “olhar”, outros valores que considerassem a condição de mulher como construída socialmente. A visão assimétrica constitutiva de gênero que postula essa valorização do masculino traz grandes limitações a uma inclusão social equitativa da mulher com relação ao homem.

Outro ponto importante diz respeito à necessidade de vontade política dos governos e à capacidade de mobilização das mulheres para a concretização das ações definidas. Para a materialização das ações são necessárias: “... promulgação de leis, formulação de programas e execução de políticas públicas, entre outras iniciativas...” (Plataforma..., 1996, p.8). A perspectiva de gênero passa a ter o respaldo de um acordo internacional para estar presente nas políticas e programas dos governos, tanto no que se refere à saúde quanto no que se refere à violência. É importante destacar que mesmo não sendo referidas as consequências da violência na saúde da mulher, essas ficam subentendidas, pois os danos físicos, sexuais ou psicológicos que podem ser causados por uma situação de violência são abordados na Plataforma de Ação acima referida, como questões que precisam ser entendidas sob a ótica de gênero e necessitando de intervenções concretas para garantir às mulheres acesso a direitos básicos como a saúde, que significa muito mais do que não estar doente, mas sim, qualidade de vida.

Questões específicas da saúde foram abordadas no 8^o Encontro Internacional de Saúde da Mulher (EISM), realizado no Rio de Janeiro em 1997. Esse encontro apontou para a necessidade de ampliar as questões de saúde da mulher relacionando-as com trabalho, saúde mental, empoderamento⁸, acesso a bens e riqueza (Mendonça, 1998). Outras propostas ainda

⁸ Entendido enquanto possibilidade de acesso ao poder, ao exercício do poder.

são defendidas, tais como a desagregação dos dados estatísticos por gênero, a disputa de espaços públicos de poder (cargos eletivos), a existência de fontes de financiamento suficientes e regulares para o SUS (Sistema Único de Saúde); e a capacitação das organizações de mulheres para a participação nos CMS (Conselhos Municipais de Saúde) e CES (Conselhos Estaduais de Saúde) (Mendonça, 1998). O movimento feminista assumiu esses objetivos como estratégias para construir a equidade de gênero.

Esta constatação aponta para uma questão relevante: o que determina avanços referentes às leis e normas e a não correspondência entre essas e a realização das propostas ou mesmo das leis? Por que existe este hiato, esta distância entre mudanças de propostas e a mudança nas ações referentes a essas determinadas propostas? Para Bozon (1995) as mudanças de normas se dão de forma mais rápida que as mudanças nas práticas, pois existe uma terceira classe de realidade que precisa ser considerada: a das representações. As representações, enquanto realidade mais implícita e inconsciente, simbólica, e dessa forma, uma possibilidade mais lenta de mudança, surgem como um aspecto que deve ser considerado quando se pretende entender porque decisões políticas por realizar determinadas ações de saúde perduram mesmo quando a prioridade das normas, leis e demandas epidemiológicas apontam para a necessidade de ações distintas, das até então realizadas, ou mesmo ações paralelas a essas. Assim, considerando que uma norma ou lei não determina necessariamente uma ação, é que se decidiu por observar qual a influência das representações dos/as gestores/as nas decisões por uma política de saúde para as mulheres em situação de violência, para além dos argumentos como custo, recursos materiais e humanos e programa de governo, ou mesmo deliberações superiores a partir das definições do Ministério da Saúde, já que o estudo se restringiu a gestores/as de municípios enquadrados na condição de Gestão Plena do SUS.

Os programas de governo ou planejamento de políticas na área de saúde, de uma forma geral, têm como prioridade às ações de atenção materno-infantil, mesmo quando se referem à atenção integral à saúde da mulher. Nessas, o foco das ações em saúde se refere ao período reprodutivo da vida da mulher e no que diz respeito, exclusivamente, à reprodução e aos cuidados com as crianças. Dessa forma, a mulher que não estiver enquadrada neste grupo tem uma grande dificuldade de encontrar a assistência devida, pois não é considerada prioridade. Esta constatação, discutida nos textos de Nogueira (2000), Costa (1999) e Mendonça (1998), apresenta-se de duas formas básicas: as questões da saúde reprodutiva são

as únicas consideradas ou as questões da atenção integral são colocadas como referência no discurso, mas mesmo assim as ações ainda são limitadas àquelas para saúde reprodutiva ou para o binômio mãe-bebê.

Um fato que chama a atenção, em um sistema que prioriza as ações em saúde para mulheres em idade fértil e grávidas, é a magnitude das mortes maternas identificada no Brasil (Tanaka, 1999)⁹. Esta mortalidade materna pode ser percebida como reflexo de uma assistência de qualidade duvidosa, principalmente quando o investimento dos recursos se destina, em um volume significativo, às ações de saúde da mulher que estão no período reprodutivo ou no ciclo gravídico-puerperal.

O movimento feminista encaminhou uma luta por uma assistência integral à saúde, que teve como desfecho o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (Brasil, 1983). Este programa propõe princípios e diretrizes para nortear a assistência à saúde da mulher, atentando para as diferenças étnicas, de classe social e de idade, a partir das necessidades epidemiológicas constatadas. Dessa forma, as demandas do processo reprodutivo aparecem como uma entre outras necessidades. É uma proposta de atenção à população feminina em suas peculiaridades, considerando as patologias e agravos que requerem controle de risco à saúde e, de uma forma mais ampla, o bem-estar (Costa, 1999).¹⁰

São propostas: 1) ações transversais, que perpassem diferentes áreas de organização do sistema de saúde; 2) ações educativas, que objetivam o empoderamento, ou seja, promover a discussão sobre o acesso a formas de poder; e 3) ações que não priorizem nenhum tipo de agravo, doença ou período da vida da mulher (Costa, 1999). Essas propostas demonstram que o foco das ações se baseia em dados epidemiológicos, considerando as noções de risco e não a condição específica da mulher no processo de reprodução da espécie ou o lugar social ocupado por esta, como o cuidado com as crianças.

Recentemente, a violência tem sido incluída como uma questão a ser considerada no PAISM, mesmo não sendo explicitada no documento original. Isto acontece, segundo d' Oliveira e Schraiber (1999), porque este programa de assistência à saúde da mulher tem uma proposta que "... pretendeu tecnologicamente explorar questões de gênero..." (p. 341). Dessa

⁹ Tanaka (1999) identifica queda no coeficiente de mortalidade materna no Brasil entre 1980 e 1984, de 1985 a 1996 este praticamente não se altera oscilando entre 50,8 e 45,0 por 100 mil nascidos vivos.

¹⁰ É importante destacar que o PAISM coloca o Brasil em uma posição relevante em âmbito internacional. As recomendações do PAISM são consideradas mais avançadas do que as próprias recomendações das Conferências do Cairo (Conferência sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994) e de Beijing (IV Conferência Mundial de Mulheres em 1995) (Costa, 1999).

forma, a partir deste entendimento, a assistência às conseqüências da violência doméstica deveria ser considerada no momento de se estabelecer ações que tenham o PAISM como referência. Vale destacar que, esse mesmo entendimento pode ser obtido a partir da Plataforma de Ação Beijing – 95 (Plataforma..., 1996), pois todas as propostas partem da compreensão da noção de gênero e a questão da repercussão da violência contra a mulher na saúde, mesmo não sendo explicitamente referida, apresenta-se como um ponto relevante dentro da proposta do documento.

O PAISM foi adotado pelo Ministério da Saúde desde 1983. Nessa época a preocupação deste ministério, segundo Costa (1999), era com o crescimento populacional. Entretanto, desde 1986, o PAISM é considerado como apresentando baixa implantação no território nacional, sem mudanças para a maioria das usuárias. As experiências existentes ainda são isoladas e descontínuas, faltando decisão política para a efetivação das propostas (Mendonça, 1998). Costa (1999) discute essa baixa implementação argumentando que o próprio Ministério da Saúde “... *ainda não processou suas novas funções requeridas pelo SUS e continua, ainda hoje, agindo de forma centralizada e desarticulada.*” (p.327), principalmente quando se analisa a efetivação do programa de saúde da mulher. Neste ponto, cabe, mais uma vez, questionar: o que determina o hiato entre a nova normatização e a efetivação desta? Apenas dificuldades de ordem dos recursos e prioridades? Mas qual a referência para a avaliação desses recursos e prioridades? Nesse contexto, pode-se pensar sobre como as representações de gestores/as estariam colaborando para a realização ou não de determinada ação referente à saúde da mulher, de forma geral, e especificamente, a saúde da mulher em situação de violência.

2.2 - Violência e imaginário: para compreender o contexto da violência doméstica contra a mulher

Camargo (2000), quando questiona sobre esta interface violência doméstica e saúde, aponta a importância de se discutir sobre o imaginário social da violência, em geral, e dessa violência específica. Propõe uma reflexão que rediscuta mitos, fantasias, normas e tradições referentes à violência doméstica. Nesse contexto de idéias e imagens, Portella (2000) refere que a violência tem um lugar socialmente legitimado para a solução de conflitos, principalmente na esfera privada. Percebe essa legitimação da violência como conseqüência de uma sociedade que herdou uma cultura de exploração e escravidão, que foi colonizada a

partir de princípios de hierarquização e não de igualdade. O argumento consiste na consideração de que, como os impulsos sexuais, os impulsos violentos “... *são passíveis de regulação social*” (Portella, 2000 p.17), eles não são da “*natureza*” do homem. Dessa forma, essas regulações são construídas socialmente e definem o que será tido como legítimo e o que demandará punição. Ao longo da história, ocorreram muitas mudanças no que a sociedade considerava legítimo e no que considerava ato de violência passível de regulação social e de punição.

Ademais, os acontecimentos do mundo privado não estariam submetidos a mediações do Estado, tampouco da sociedade, e teriam como suporte algumas crenças: 1) a da superioridade do homem sobre a mulher, que garantiria o controle legitimado pelo amor e pelo casamento e 2) a da função educativa da violência, que daria ao homem o direito de utilizá-la, caso sua esposa não estivesse cumprindo suas obrigações ou cerceando sua liberdade, reconhecida socialmente (Portella, 2000).

Estas argumentações têm como eixo à introdução da noção de gênero, ou seja, da construção social dos papéis atribuídos a mulheres e homens, na discussão e compreensão de quais valores contextualizam situações específicas de violência.

Ainda dentro dessa argumentação, um elemento se destaca: o silêncio sobre o fenômeno da violência doméstica. Observa-se que ainda não existe uma escuta adequada e apoio por parte da sociedade no que se refere às mulheres em situação de violência. As mulheres são levadas a silenciarem em relação ao que sofrem. Mais que isso, as mulheres são desestimuladas, convencidas, por seus grupos sociais, a não revelarem a violência em que vivem, principalmente porque, quando procuram expressá-las, encontram barreiras institucionais (Portella, 2000).¹¹

As mulheres sentem dificuldade em revelar a situação de violência vivida, primeiro por ser um problema desagradável, incômodo e que envergonha, dificultando a lembrança e a exposição a outros, que nada podem fazer, dado que é uma questão da ordem do privado; segundo, por não existirem espaços para o acolhimento dessas experiências; e, por fim,

¹¹ E esta violência vai desde a delegada da mulher que diz o que a mulher tem que fazer, como deixar este marido, mas não refere ‘como’: como criar os filhos e filhas? como ter um emprego sem formação e sem ter com quem deixar as crianças? ou onde se abrigar de forma digna e protegida de um homem que lhe ameaça de morte? No caso dos serviços de saúde, pode-se ilustrar as situações em que o/a profissional de saúde suspeita de uma violência e pergunta sobre uma possível agressão e a mulher refere um esbarrão no guarda roupa e, esta resposta, silencia a investigação, ambos sabendo, profissional e mulher, que estão omitindo uma situação importante, mas que ainda não se pode falar. Isso além do tratamento preconceituoso ou negligente com a questão por desvalorizá-la.

porque têm introjetado que existe algum tipo de merecimento quando alguém sofre violência, ou seja, quem sofre a violência é que se sente culpada. Tudo isso, gera uma desqualificação do problema pelas usuárias e que se estende para toda a equipe de saúde (Schraiber *et alii*, s/d). Dessa forma, o problema se caracteriza como sem relevância, que “vai passar”, que “é assim mesmo” ou que não é para se “meter a colher” como dizem os ditados populares, o que deixa as mulheres no lugar submisso que foi construído para ela.

A mulher em situação de violência pode perceber sua condição de diferentes formas, mas os dois pólos que se destacam são: 1) a identidade de vítima, colocando-se como objeto, passiva diante da situação vivida, não percebendo saídas e não considerando a possibilidade de mudanças ou 2) a identidade de sujeito, percebendo-se numa situação de violência e recusando o rótulo de vítima, fazendo tentativas para reverter à situação na qual se encontra. Entretanto, ser vítima pode não significar ser só fraca e passiva e ser agressor, ser forte e ativo. Além de que entre um pólo e outro, na atitude de vítima ou na atitude de resposta ou reação, posturas intermediárias podem acontecer. Parece existir uma inter-relação onde a vítima apresenta seu aspecto forte, pois resiste ao sofrimento, é moralmente mais resistente e o agressor demonstra sua fragilidade, infantilidade e baixa resistência à frustração, ficando a ação violenta como perda do controle, ou como resultado da suscetibilidade do homem à influência de terceiros (amigos, drogas e até mesmo forças sobrenaturais)¹². (Brandão, 1998; Franco, 2000).

Neste estudo decidiu-se pela compreensão da violência doméstica contra a mulher enquanto uma situação dinâmica, como uma resposta a uma situação de relação estabelecida, pois dessa forma pode-se ter um melhor entendimento do problema conseguindo, assim, uma compreensão não linear da mulher em situação de violência, saindo da postura reducionista de colocá-la como vítima. Atitude que, mais uma vez, reforça um papel de submissão e impossibilidade de reação. Se fosse tão simples, como no entendimento das delegacias de mulher: as mulheres vítima fazendo a queixa e a delegacia efetuando a prisão do agressor; os índices de violência doméstica não estariam aumentando e o número de queixas retiradas, por parte das mulheres, não seria tão elevado. Trata-se de um fenômeno complexo que demanda estudos para uma melhor compreensão de sua dinâmica.

Vale salientar que não é verdadeira a idéia de que quem sofre violência não procura romper com ela. Existem vários caminhos de busca de ajuda, mas nesta trajetória encontram-

¹² Para mais informações sobre esta questão consultar Brandão, 1998.

se muitos obstáculos, desde a crítica de familiares e vizinhos até a violência institucional, passando por questões subjetivas como conflitos relacionados ao seu papel na família e na sociedade. As mulheres, além da violência que sofrem dentro de suas casas, quando buscam apoio institucional acabam, muitas vezes, sendo violentadas mais uma vez. Na saúde, isto se reflete em tratamentos preconceituosos, negligência e maus tratos; falta de privacidade e até abuso sexual; serviços que não estão estruturados para o tipo de atendimento que a mulher demanda; ou os/as profissionais ainda não estarem preparados/as para lidar com esta realidade (Dossiê..., 1999; d'Oliveira e Schraiber, 1999; Franco, 2000).

Os serviços de aborto legal são um bom exemplo, pois, quando estes existem, contam com profissionais que ainda não estão adequadamente treinados, além da desinformação e da desarticulação entre as instituições, como, por exemplo, o Instituto Médico Legal – IML e os serviços de saúde (Dossiê..., 1999). A discussão desse tema – violência doméstica contra a mulher - apresenta resistências, pois questiona valores culturais e morais de socialização. Existe uma construção social e histórica de um lugar de subordinação ocupado pelas mulheres que respalda ações de violência, dificultando o insurgimento. Dentro dessa idéia das conseqüências da socialização é importante referir sobre os valores morais e culturais da formação acadêmica dos/as profissionais de saúde. Mudanças precisariam ser incorporadas às idéias e práticas das mulheres, assim como dos/das profissionais de saúde. Estes/as precisariam perguntar-se a respeito de suas crenças, opiniões e vivências a respeito das relações entre mulheres e homens (Portella, 2000).

Esses aspectos mais implícitos, simbólicos, estáveis, subjetivos, neste estudo entendido enquanto representações, começam a aparecer como questão de destaque nesta reflexão sobre a assistência em saúde de casos de violência doméstica contra mulheres, tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional, de qual a intervenção que cabe ao profissional de saúde e qual a responsabilidade dos serviços de saúde.

2.3 - A violência doméstica contra a mulher e as repercussões na saúde

Nesse momento da discussão faz-se necessário caracterizar a violência doméstica: como ela se apresenta, quais as suas características e suas conseqüências nos serviços de saúde.

No que se refere à instituição policial, observa-se em estudos recentes realizados a partir das análises de Boletins de Ocorrência das Delegacias de Direitos da Mulher –DDM - no Brasil, que a principal queixa que encaminha uma mulher a uma dessas delegacias é a lesão corporal, que também demanda um número significativo de atendimentos nos centros de saúde. Aproximadamente 80% dos casos são enquadrados enquanto crime doloso, onde o agressor tinha a intenção e decidiu pela agressão. Os casos restantes se referem a estupro, atentado violento ao pudor, ameaças e sedução (Dossiê..., 1999). Essas mulheres em situação de violência têm idade entre 20 e 40 anos, a ocorrência de agressão aumenta entre as mais velhas e com mais tempo de convivência com os agressores (entre 10 a 20 anos). Ainda assim, mesmo depois da queixa, 60% dos casais continuam vivendo juntos (Dossiê..., 1999).

Deve-se ressaltar o aumento crescente da procura por essas delegacias, ainda que contraditoriamente, muitos processos permaneçam inconclusos e, na maioria das vezes por iniciativa da mulher agredida (Dossiê..., 1999). A maioria das mulheres que buscam a assistência da Delegacia de Defesa da Mulher – DDM – não deseja o rompimento da relação com o parceiro nem a prisão desse. Espera que eles fiquem amedrontados e passem a não mais machucá-las, desejam uma instância de mediação para a sua relação (Brandão, 1998). Para Franco (2000) a falta de um homem, mesmo agressor, para mulheres que vivem em lugares violentos, pode significar a falta de proteção contra agressões e violências externas ao domicílio, por exemplo. Este homem também significa a realização de projetos afetivos e econômicos, mesmo que seja apenas o desejo de realizá-los. Assim, a intervenção policial serviria para determinar mudanças no companheiro e, conseqüentemente, na relação. Para essas mulheres a retirada da queixa não significa uma contradição e sim a incorporação de um poder maior nas negociações do casal (Schraiber e d'Oliveira, 1999). Esta constatação deveria ser considerada pelas instituições policial e de saúde.

Torna-se necessário perceber que existem representações diferentes, considerando o aspecto mais estável, implícito, simbólico, do que significa violência e a convivência com esta. Nesse contexto, pode-se dizer que as decisões por ações em saúde são também realizadas a partir das representações dos/as gestores/as sobre a questão¹³. Dessa forma,

¹³ Em seu estudo Brandão (1998) percebe que o que é oferecido pela instituição policial especializada (a delegacia da mulher) a partir do pressuposto “...dentro dos marcos da responsabilização presentes no ideário moderno individualista” (p. 76) não é o que deseja a mulher de camadas populares que buscam esta instituição. Mesmo que a instituição policial não cumpra a função que a mulher demanda (instituição mediadora dos conflitos conjugais), é utilizada por esta como um recurso simbólico de empoderamento, tanto no momento da queixa quanto na retirada desta, na relação com o homem: marido agressor. “As noções de responsabilidade e direito são sempre levantadas com uma conotação relacional, submetida à

aparece como fundamental considerar as representações daqueles/as que têm o poder de decidir pelas prioridades das ações, assim como esses deveriam conhecer e considerar como se dá a vivência da situação de violência por aqueles/as que constituem o público alvo das ações.

Para a caracterização da violência doméstica contra a mulher, vale destacar a categorização de Silva (1999), que apresenta de forma detalhada e explícita os tipos de agressão que pertencem a cada categoria:

- Abuso sexual: assédio sexual; comportamento desrespeitoso e debochado; uso da força no contato físico; xingamento por palavrões; solicitação constante e unilateral de sexo; exigência de sexo mediante ameaças ou sob o uso da força; uso de apelidos pejorativos; obrigar a parceira a praticar sexo com outra pessoa;

- Abuso físico: espancamentos; empurrões; sufocamentos; beliscões; golpe em partes específicas do corpo; transformação de utensílios domésticos em armas de agressão; produzir ferimentos ou lesão corporal na parceira; agressão com armas; fazê-la abortar; desfigurar a parceira com queimaduras, utilização de produtos químicos;

- Abuso psicológico: perturbações de ordem emocional; insulto; negação do universo afetivo; gritos; culpabilização pelos problemas familiares; imputação do estigma de “louca”, ”puta”, “burra”, “ignorante”; crítica contundente a seus familiares; atribuir-lhe amantes; crítica reiterada em público; relato de suas aventuras sexuais com outras mulheres; infundir um ambiente de medo ao núcleo doméstico; ameaças e maus-tratos aos filhos; levar a parceira ao desespero, sofrimento psíquico, estado depressivo, ou manifestações de outros quadros sintomáticos sinalizadores de enfermidade psíquica.

As repercussões de atos de violência, como descritos acima, transcendem o espaço e a ação policial. Muitas vezes antes de chegar à polícia, a mulher que convive com a violência doméstica e sexual passa pelos serviços de saúde de forma sistemática. Apesar de no Brasil não se ter uma estatística das conseqüências desse tipo de violência na saúde, sabe-se, por dados de outros países, da gravidade do problema, que é reconhecido como problema de saúde pública.(Heise *et alii*, 1994; Franco, 2000)

Para d’Oliveira e Schraiber (2000) a violência contra a mulher, além de uma questão sanitária, pela magnitude nos índices de mortalidade e morbidade, se apresenta como uma questão social, de qualidade de vida. Descrevem a chamada “síndrome da mulher espancada”

reciprocidade, à complementaridade e hierarquia, que ordenam o grupo familiar, e não sob a perspectiva individualista-

onde os episódios de violência têm como consequência os sintomas clínicos em geral¹⁴. Esses episódios, na maioria dos casos, são repetitivos e vão se tornando progressivamente mais graves. Mulheres que vivem esta situação, no estudo dessas autoras, apresentam uma procura pela unidade básica de saúde três vezes maior que as mulheres que não relatam essa experiência (d'Oliveira e Schraiber, 2000).

O problema existe, demanda ações nos serviços de saúde, mas não existe uma sistematização dos registros nem uma resolução para o problema, apesar da magnitude do problema e do aumento dos custos do sistema.

Franco (2000) refere que as mulheres até fazem a correlação entre a doença que apresentam e a situação de violência que vivenciam acreditando, entretanto, que a cura será proporcionada por medicamentos. Não percebem que sua auto-estima e autoconfiança estão doentes e que para conseguirem a cura de suas “doenças”, incluindo as que geram a procura pelo serviço, precisam colocar o tema da violência em discussão, entendendo e apropriando-se do significado da violência em suas vidas.

Após todas essas considerações um questionamento pode emergir: a violência de gênero, de fato, deveria ser assistida pelos serviços de saúde? Schraiber *et alii* (s/d) fazem este questionamento e apresentam uma resposta afirmativa para esta interrogação. Discutem esse tema considerando os princípios da formação médica que determinam uma identidade profissional que não percebe a relação entre o adoecimento e as dificuldades e limites de ordem social, principalmente no caso da atenção primária em saúde (Schraiber *et alii*, s/d). Este contexto promoveria o surgimento de dúvidas e questionamentos a respeito do espectro da atuação da assistência à saúde nos casos de violência, já que se refere a um problema que transcende a esfera da competência da ação em saúde (Schraiber *et alii*, s/d). Este pode ser um aspecto importante dentro da proposta deste estudo quando se reflete: quais as idéias referentes aos limites da atuação dos serviços de saúde no caso da violência contra a mulher? Essas idéias estão respaldadas em que conceitos, valores, crenças, pressupostos, imagens?

2.4 - A violência doméstica contra a mulher e a organização dos serviços de saúde

Como já foi referido anteriormente, estudos recentes demonstram que as mulheres em situação de violência procuram e utilizam mais intensamente os serviços de saúde do que as

igualitária.” (Brandão, 1998, p. 76)

que não vivenciam tal situação. Assim, existe um aumento significativo de custo e o crescimento de uma demanda, que caracteriza uma clientela expressiva e específica, e que dessa forma, pressiona a ampliação da capacidade resolutive da rede (d'Oliveira e Schraiber, 2000; Schraiber *et alii*, s/d). Este dado aparece como de grande importância, dentro dos objetivos desse estudo, pois esta procura pelos serviços de saúde existe e aumenta os custos do sistema. Sem uma percepção desta situação juntamente com o entendimento da necessidade de intervir nesta questão, dentro dos limites concretos para a intervenção das políticas de saúde, o/a gestor/a de saúde da mulher pode ter dificuldade em responder às reais demandas das mulheres que vivem em situação de violência. Sem uma compreensão das características e necessidades dos/as usuários/as do sistema pode-se ter uma aplicação inadequada de recursos, ou seja, gasto elevado sem uma resolução esperada, o que caracterizaria má utilização dos recursos públicos. Assim, as questões referentes à saúde da mulher em situação de violência precisam de investigação adequada para tornar pública a violência do espaço privado colocando-se, assim, como um objeto de estudo científico (Schraiber, d'Oliveira, 1999) e de intervenção por parte dos serviços de saúde.

Os/as profissionais de saúde, geralmente, não reconhecem a mulher espancada e quando o fazem oficialmente é na proporção de um para cada 10 casos. A assistência se limita ao tratamento da lesão física em si e, muitas vezes, as mulheres ainda são culpabilizadas pela agressão sofrida (Dossiê..., 1999). Esses/as profissionais de saúde, ao se depararem com as consequências da violência, sentem-se incompetentes e/ou fracassados, pois não conseguem uma intervenção satisfatória para os casos atendidos. As usuárias fazem um uso reiterado do serviço, sendo identificadas por esses como 'casos difíceis' ou mesmo 'casos detestáveis' por trazerem a sensação de incompetência profissional (Schraiber *et alii*, s/d). Dessa forma, a intervenção clássica da medicina biomédica parece não ser suficiente.

Por ser um tema de difícil abordagem, para as mulheres e para os/as profissionais de saúde, d'Oliveira e Schraiber (1999; 2000) refletem a necessidade de uma busca ativa que possibilite a apreensão da violência na forma de registros em prontuários. Dessa forma, a causa "violência doméstica" deveria fazer parte das anamneses das consultas médicas e de enfermagem de rotina. Oliveira (1999) defende uma proposta para o estabelecimento de protocolos visando o atendimento à mulher que vive em situação de violência doméstica. Estes protocolos têm como objetivo normatizar condutas com abordagens mais humanizadas

¹⁴ Estes já foram mencionados com detalhes na introdução deste texto.

e solidárias, além de representarem, para a prática médica, regras a serem cumpridas, que permitam a investigação da violência doméstica, seu adequado diagnóstico e o registro em prontuário. Dessa forma, os/as profissionais se sentiriam mais comprometidos/as com a intervenção em casos de mulheres em situação de violência, pois seria uma atividade prevista na rotina.

D'Oliveira e Schraiber (2000) quando discutem os limites e as possibilidades da atuação dos serviços de saúde sobre as repercussões da violência doméstica, fazem uma proposta de mudança de paradigma do saber médico. Esse não pode ser utilizado como aquele que vai solucionar a dor resolvendo a queixa apresentada. A ação em saúde precisaria colocar a queixa da mulher em situação de violência no lugar de um sofrimento humano que precisa ser acolhido, através da escuta, ficando o/a profissional de saúde com o papel de apoiar, informar e referir, além da intervenção na lesão ou transtorno em si.

Schraiber e d'Oliveira (Schraiber e d'Oliveira, 1999; e d'Oliveira e Schraiber, 2000) apontam a necessidade de uma reforma radical na compreensão que o sistema de saúde tem sobre suas responsabilidades e suas práticas, na medida em que a noção de gênero é inserida no processo de planejamento e gestão de políticas de saúde para as mulheres. A perspectiva de gênero produz uma necessidade de se reexaminar o que é saúde, quais as atribuições do setor e quais os limites de sua prática, o que significa uma mudança radical no tipo de reflexão feito até então.

A construção de novos paradigmas de gênero e de relação afetiva, em que o papel de vítima para as mulheres e a violência, como aspecto da relação entre homens e mulheres, não mais existam, depende da discussão aprofundada dessa questão, do estudo e da conscientização do papel da violência no ambiente familiar e de suas origens.

Após todas essas considerações, pode-se propor repensar as ações dos serviços de saúde considerando as repercussões da violência doméstica, adotando a noção de gênero como referência de base tanto para acolher uma pessoa em sofrimento como para empregar adequadamente os poucos recursos do sistema de saúde potencializando seus resultados positivos.

Considerando que a inserção da noção de gênero muda radicalmente¹⁵ a compreensão que o sistema de saúde tem sobre suas responsabilidades e suas práticas e que esta noção é fundamental para a adequada atuação nas questões referentes à violência de gênero, parece ser

¹⁵ Mudança do princípio, da base. (Ferreira, 1988)

importante a descrição do contexto em que essas questões da violência, mais especificamente a violência doméstica contra a mulher, se desenvolvem, ou melhor, são construídas e quais as conseqüências na saúde da mulher¹⁶.

Schraiber *et alii* (s/d) apresentam uma reflexão sobre a organização de serviços de saúde no que se refere à mulher em situação de violência fundamentada na noção de gênero. As mulheres que vivem esta situação de violência demandam intervenções dos serviços de saúde para os efeitos ou conseqüências da violência sofrida. A própria violência, como um problema ou mesmo como uma parte deste problema, não é considerada nem mesmo abordada, fazendo com que esta questão continue sem visibilidade, o que acarreta uma não identificação da magnitude e das conseqüências do problema na deterioração da qualidade de vida das mulheres. E, o que chama a atenção de Schraiber *et alii*, (s/d) é que: as necessidades das mulheres no que se refere às questões da repercussão da violência não são consideradas nos diagnósticos que servem de referência para o planejamento das ações dos serviços de saúde. Essa reflexão motivou a observação, no estudo aqui apresentado, de como está se dando o planejamento para ações em saúde da mulher em situação de violência nos municípios investigados.

Schraiber *et alii*, (s/d) continuam referindo que as limitações existentes, como esta invisibilidade da violência de gênero e, conseqüentemente, o desconhecimento dessa como questão de saúde e da Saúde Pública (por estar culturalmente restrita enquanto um problema da ordem do privado), causam uma dificuldade de escuta e acolhimento dessas demandas, pois para tal seria necessária a apresentação de respostas por parte dos/as profissionais. Para tal seria indispensável a “... **qualificação** do problema da violência como problema de saúde...” (Schraiber *et alii*, s/d, p.5, grifo das autoras), pois este já é um problema concreto desses serviços mesmo sem a existência de uma tecnologia adequada para intervenção.

Esta discussão sintetiza o contexto da violência doméstica nos serviços de saúde. Entretanto, alguns pontos não são contemplados: por que este quadro, numa situação em que o discurso de gênero esta na pauta dos movimentos sociais e programas de governo há, pelo menos, 10 anos? Por que, mesmo com leis e resoluções que de alguma forma trazem visibilidade para a questão, as ações não são implementadas ou, quando são, representam serviços modelos ou experiências isoladas? Como as representações, de gestores/as poderiam interferir no estabelecimento da violência doméstica contra a mulher como uma questão da

¹⁶ Questão desenvolvida nos itens anteriores.

saúde pública, ficando suas repercussões nos serviços de saúde como um problema que demanda uma intervenção desses serviços?

Schraiber *et alii* (s/d) apresentam a violência contra a mulher como violência das relações de gênero, caracterizando as especificidades desse tipo de violência, como já foi referido no início deste trabalho: magnitude dos índices de morbidade e mortalidade, que repercutem em termos de impacto na qualidade de vida; e o maior risco de sofrer violência na relação com homens do seu círculo social, principalmente parceiros e ex-parceiros. Este último aspecto ganha relevância quando se destaca que o espaço doméstico seria aquele para o acolhimento, que representaria segurança e que proporcionaria prazer.

Esta interface entre a violência doméstica contra a mulher e a saúde problematiza o entendimento convencional para os serviços de saúde. Pensando a partir da lógica do SUS, juntamente com as demandas dos movimentos feministas, que em alguns aspectos foram assimilados pelo Estado através de leis, resoluções e programas, dever-se-ia ter as ações implementadas de forma significativa, entretanto, elas não estão.

Para continuar essa discussão é importante refletir sobre o SUS e as políticas de gênero nas gestões públicas.

2.5 - O Sistema Único de Saúde - SUS

A instituição do SUS deflagrou um processo de municipalização das ações em saúde e gerou a possibilidade de um município se tornar autônomo na gestão dos recursos da saúde. Dessa forma, em tese, um município, com essa autonomia constituída, teria condições de trabalhar com as repercussões da violência doméstica nos serviços de saúde, objeto de análise desse estudo.

A Constituição Federal em seu artigo 198^o estabelece como diretrizes do Sistema Único da Saúde a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade; a Lei 8.080(19/09/90) no seu artigo 5^o refere como objetivo do SUS a realização integrada de ações assistenciais e preventivas (Lacerda, 1998). A garantia de acesso universal, equânime e integral aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde é colocada de forma mais objetiva nas Normas Operacionais Básicas dos anos de 1993 e 1996 – NOB/93 E NOB/96(Lacerda, 1998). A proposta do SUS contempla uma rede hierarquizada e regionalizada cujas diretrizes principais consistem em: 1) **descentralização**, com direção

única em cada esfera de governo, que é uma forma de colocar nos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais¹⁷; 2) **atendimento integral**, onde a prioridade é para as ações preventivas, sem desconsiderar a assistência e a reabilitação; e 3) **participação da comunidade**, que através de seus representantes, tem como função “[...] *definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde*” (Lacerda, 1998, p.12), sendo uma forma de controle social.

Dentre todas as responsabilidades de uma gestão plena do sistema municipal de saúde, pode-se destacar a:

Elaboração de **toda a programação municipal**, contendo inclusive a **referência ambulatorial especializada e hospitalar**, com incorporação negociada à programação estadual [...] **gerência de unidades [...] inclusive de referência** [...] garantia de prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes [...] (Lacerda, 1998, p.64-65, grifo meu).

Recentemente, a Portaria número 95 de 26 de janeiro de 2001 do Ministério da Saúde instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) (Brasil..., 2001). Essa tem como objetivo atualizar a regulamentação da assistência, a partir dos avanços e dificuldades do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde. Um aspecto que se sobressai, no contexto do estudo aqui proposto, é o capítulo da regionalização que destaca a lógica do planejamento integrado e as noções de territorialidade que não se restringem à abrangência municipal, numa forma de garantir o acesso dos cidadãos e cidadãs a todas as ações e serviços necessários a suas demandas, otimizando os recursos disponíveis. É importante salientar que a autonomia municipal, assim como seus limites enquanto unidade indivisível, são resguardados. Essas mudanças operacionais propostas pela NOAS minimizam possíveis argumentos dos/as gestores/as quanto aos limites territoriais de sua atuação, ou seja, impossibilidade de oferecer determinadas ações por não contar nos limites do município com serviços apropriados. Dessa forma, quando uma determinada ação for considerada prioritária tem a possibilidade de ser negociada e oferecida na rede regional estabelecida.

¹⁷ A descentralização da gestão e dos serviços e ações em saúde têm como pressupostos a **hierarquização**, que se refere à divisão do serviço em atenção primária (prevenção), secundária (assistência) e terciária (assistência hospitalar e reabilitação) – níveis de complexidade do sistema - e a **regionalização**, que é a distribuição dos serviços numa determinada região.

Dentro dessa lógica do SUS e das normas para sua operacionalização, um aspecto merece destaque na discussão sobre a saúde da mulher, a questão da **integralidade** que parece ganhar mais força após a instituição da NOAS. O atendimento integral teria como pressuposto considerar a pessoa humana como uma integralidade e não como partes que se interligam como determina a visão biomédica; considerando ainda, as determinações de ordem sócio-econômica e cultural. Essa diretriz garante o direito à assistência, à prevenção e à promoção da saúde assim como o acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema (primário, secundário e terciário)¹⁸ (Lacerda, 1998).

A NOAS estabelece a necessidade de:

[...] acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (Brasil..., 2001, p.3).

Outro ponto que pode ser destacado nesta norma operacional é a lista das responsabilidades mínimas. Nessa pode-se destacar, tendo como foco a proposta deste estudo: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes. Em ambas ações existe implicitamente a referência à violência, pois esta é a segunda causa de mortalidade no país, como já foi citado a partir do trabalho de Souza e Minayo (1995), e as conseqüências do convívio com situações de violência, que podem se enquadrar na categoria de distúrbios psicossociais mais freqüentes, segundo estudos recentes (d'Oliveira e Schraiber, 1999 e 2000; Dossiê..., 1999; Giffin, 1994; Schraiber *et alii*, s/d).

Quando se pensa um sistema de saúde onde a integralidade é um princípio fundamental e sendo essa integralidade compreendida como “... *conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (Brasil, 1990)¹⁹, pode-se argumentar que todas as questões que levem à busca pelo sistema de saúde devem desse obter uma resposta. Assim, as mulheres que buscam o sistema de saúde das mais diferentes formas, por viverem uma situação de violência aguda ou crônica, precisariam ser reconhecidas em sua dificuldade, além de serem adequadamente assistidas. Essa situação aponta para a necessidade

¹⁸ Esses níveis também são denominados enquanto: assistência básica, média e alta complexidade (NOAS/SUS, Brasil..., 2001)

¹⁹ Lei n^o 8080, Cap II, Art. 7^o, inciso II.

de os que planejam e executam políticas de saúde perceberem o significado de tal demanda, que já existe e que eleva o custo do sistema, seja por não obterem uma resposta adequada, seja por sistematicamente voltarem a demandar os mesmos serviços de saúde.

Outra questão que se destaca é que a integralidade explicitada se dá dentro dos limites do SUS ou das ações específicas de saúde. No entanto, no que se refere às ações transversais defendidas para as políticas de gênero, a idéia parece ampliar a noção de integralidade para além do sistema de saúde.

2.6 - As políticas de gênero nas gestões públicas

A estruturação do projeto defendido pelo movimento de mulheres acontece quase que concomitantemente ao processo de redemocratização do estado brasileiro, onde questões como a Reforma Sanitária, na área da saúde, e a discussão sobre as políticas públicas, estavam acontecendo de forma organizada e com o apoio popular. Esse foi um contexto favorável para a incorporação da perspectiva de gênero em discussões sobre estado democrático e políticas públicas, com os argumentos de defesa da igualdade e da instituição de uma verdadeira democracia.

Um outro aspecto considerado relevante diz respeito ao processo de assimilação da noção de gênero por parte das administrações municipais, como resultado das ações do movimento de mulheres nas propostas de políticas públicas e nos governos chamados populares, ou seja, governos que assumiam o compromisso de dar respostas às demandas das classes populares e dos grupos excluídos, a partir dos anos 80 (Fontes e Neves, 1992; Democratização, 1997).

Dentro desse processo de intensas transformações, Fontes e Neves (1992) apresentam uma proposta de planejamento da administração municipal que considera a perspectiva de gênero. Conceituam gênero como a construção social dos papéis de mulher e de homem na sociedade, salientando que essa compreensão precisa ser considerada quando se pensa o planejamento da gestão municipal. Descrevem uma metodologia de planejamento e gestão municipal e a perspectiva de gênero adotada pelo Núcleo de Estudos da Mulher e Políticas Públicas do IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Assim, propõem, para planejamento em gênero, a referência de duas categorias chaves: 1) *Papéis*: reprodutivo, produtivo, de administração comunitária, e de política comunitária; e 2) *Necessidades*:

práticas e estratégicas. Este é um dos estudos que discute a perspectiva de gênero nas administrações municipais e que aponta questões relevantes discutidas por outras autoras.

Na perspectiva de Machado (1999), as argumentações iniciais sobre necessidades práticas e estratégicas se colocam da seguinte maneira: as necessidades práticas estariam ligadas às questões de classe, de sustentação do lugar instituído para as mulheres, de reforço da subordinação vivida por essas, de suprimento de necessidades básicas. Já as necessidades estratégicas buscariam mudanças estruturais na questão de subordinação, no lugar social ocupado pelas mulheres.

Entretanto, diante dos limites percebidos nessas definições, Machado (1999) propõe a utilização da terminologia de Young: necessidades práticas e interesses estratégicos. Necessidades práticas, sendo semelhantes em diferentes culturas, e os interesses estratégicos, como sendo específicos à cultura, classe e etnia. As necessidades práticas referindo-se ao planejamento, considerando as dificuldades concretas de ser mulher, muitas delas conseqüência do lugar social de restrições ao poder e aos recursos; e os interesses estratégicos à conscientização da sociedade, que demandaria um trabalho sobre a perspectiva da realidade histórico-social, mudança de valores e de visão de mundo.

Diante deste quadro, uma questão é pontuada: a viabilidade de propor políticas públicas que beneficiem um grupo de mulheres sem prejudicar outro, pois determinadas políticas podem favorecer mulheres de uma determinada classe social ou etnia e desconsiderar a realidade de outras mulheres com realidade e experiência diferentes. No entanto, Machado (1999) coloca algumas propostas para atender a esse problema: 1) o empoderamento das mulheres, que determinaria mudanças: o poder político, social, econômico e cultural dividido entre homens e mulheres o que demanda mudanças estruturais “*nas práticas de socialização, sistemas de pensamentos, instituições políticas, religiosas e legais*” (Machado, 1999, p.35), o que acarretaria mudanças individuais que viabilizariam a ação coletiva; e 2) a pressão sobre os elaboradores das políticas públicas. Essas propostas destacam a importância de aspectos subjetivos, simbólicos, implícitos, estáveis e do lugar de poder dos que pensam as políticas públicas, o que relaciona essas idéias com o presente estudo, que pretende destacar a influência das representações nas decisões políticas dos/as atores/atrizes sociais em lugares de poder.

As necessidades práticas e os interesses estratégicos, entendidos como categorias que não são estanques, podem ser colocadas como em articulação, mesmo tendo as necessidades

práticas uma condição de manutenção do instituído. Machado (1999) acredita que a satisfação de uma necessidade prática pode levar à satisfação de um interesse estratégico, contanto que se esteja atento para a heterogeneidade dessas necessidades, considerando que estas não podem ser tomadas como dadas *a priori* (Machado, 1999). Este aspecto aparece como perigoso, pois o discurso pode ficar só como proposta, ou seja, as ações podem ficar como reforço do lugar ocupado pela mulher. Mais uma vez, se formaria um hiato entre a norma ou proposta e a ação ou prática. O que serviria para a mudança, aproveitando as possibilidades reais, serviria, dessa forma, para a manutenção do estabelecido.

Fontes e Neves (1992) defendem que o planejamento para gênero se faz importante, pois aumenta a qualidade da intervenção sobre a realidade e não se dissocia do controle social; a alocação de recursos passaria a ser mais eficiente e eficaz, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os custos de implantação e monitoramento de programas e projetos; isso tudo sem aumentar o trabalho, pois os dados a serem utilizados são os mesmos, mudando apenas a forma de abordá-los. No entanto, essa proposta de mudança parece não ser tão simples como pode parecer. Apesar dos acordos firmados, dos compromissos dentro e fora do país, dos argumentos técnicos, teóricos e políticos, a prática não é efetivada, e essa é uma questão relevante, pois parece que não é apenas o fato de ser indicado, acordado ou definido como política prioritária que uma política pública se realiza.

Para fundamentar essa afirmação é importante refletir considerando experiências concretas. Dessa forma, a discussão de Machado (1999) pode subsidiar a reflexão sobre a dificuldade de implementação de políticas públicas que considerem a noção de gênero.

Machado (1999), considera uma distinção entre as categorias mulher e gênero. Salienta que referir sobre a mulher não significa que se esteja considerando a perspectiva de gênero com objetivo de mudança em nível estrutural, podendo transformar-se em apenas um modismo. Para refletir esta questão, a autora apresenta como a implementação de políticas para as mulheres, financiadas pelas agências internacionais de desenvolvimento, se processou. Estas políticas partiram da nomeação: “a mulher no desenvolvimento” e chegaram à denominação: “gênero e desenvolvimento”. A primeira se refere a ações que reforçavam o lugar instituído para as mulheres e a última que pretendia subverter esse lugar. A oscilação entre a manutenção e a mudança dos papéis das mulheres se fazia explícita na realização de

uma ou outra perspectiva então realizada. Isso pode ser observado na forma com os projetos foram ao longo do tempo apresentados.²⁰

A análise de Machado (1999) dos diferentes programas das agências internacionais de desenvolvimento que incorporavam a perspectiva de gênero, explícita ou implicitamente, mostra a necessidade de intervenções a partir dessa categoria. Alguns programas não permitiram o empoderamento das mulheres, pois apenas facilitavam o desempenho de papéis socialmente referendados²¹. Já aqueles que trabalharam a necessidade do empoderamento²² das mulheres, objetivavam o desenvolvimento da autonomia das mulheres na busca de mudanças na situação de submissão vivida. Nesses eram propostas mudanças nos paradigmas e nos modelos que impossibilitavam o acesso ao poder e, conseqüentemente, a equidade de gênero.

Para Machado (1999) a questão de gênero ainda não foi devidamente incorporada aos programas de desenvolvimento, ao planejamento das administrações municipais e às políticas públicas. Esta questão se apresenta ainda incipiente, e as experiências relatadas são tentativas para execução de políticas públicas de gênero. Seria necessário o entendimento da questão de forma ampla, com a sensibilização para a situação complexa da condição de ser mulher, considerando as diversas necessidades além das de gênero, como: etnia, classe, credo, faixa etária. Muito se tem a estudar e pesquisar sobre o tema, entretanto as argumentações existentes já fundamentam a necessidade de se considerar a incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas, o que pressupõe vontade política.

Apesar de todas estas iniciativas, ainda existe uma inércia na realização das propostas e a falta de decisão política. (Mendonça, 1998; Articulação..., 2000). Mais uma vez e por outra via de argumento, o hiato entre as normas, neste caso as propostas e projetos e a prática, a efetivação dessas propostas e projetos, é destacado.

²⁰ Para mais informações consultar Machado(1999). Neste texto a autora faz uma detalhada referência sobre as mudanças de perspectivas que as agencias financiadoras passaram: do Bem estar, da Equidade, Contra a pobreza, de Eficiência e do Empoderamento.

²¹ Por exemplo, promover maior acesso à água é um benefício e melhora a vida da mulher, entretanto, o papel de buscar água para a família continua sendo dela.

²² Utilizando o exemplo anterior, a mulher seria levada a refletir que faz parte de seus direitos de cidadã o acesso à água, no entanto perceberia que a busca por esta não é uma função “natural” da mulher.

3 - O QUE PENSAM OS GESTORES E GESTORAS

Este capítulo inicia com uma apresentação dos métodos e técnicas utilizadas, com o objetivo de descrevê-los de forma que se possa ter acesso ao modo como as informações foram coletadas, que instrumentos foram utilizados e as respectivas justificativas. Posteriormente, serão apresentados os resultados considerando duas perspectivas: 1) dos municípios que os gestores/as trabalham e 2) da militância, formação e cargo desses/as gestores/as.

Os instrumentos para a coleta de informações neste estudo foram: 1) questionário fechado, para caracterizar o informante²³ (Anexo 02); 2) entrevista semi-estruturada a partir dos temas **violência doméstica e saúde da mulher**, para ter acesso à fala dos/as informantes (Anexo 03). Vale destacar que as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas²⁴, sendo que a análise dessas se deteve a sua forma escrita; 3) pesquisa documental: plano municipal de saúde, relatório de gestão da Secretaria de Saúde e o plano plurianual do município, para contextualizar como o município normatiza as questões referentes à saúde da mulher em situação de violência (Anexos 04 e 05); e 4) Diário de campo, para registrar todas as impressões, sentimentos, idéias dos momentos vividos em campo, tanto na pesquisa de documentos quanto nas entrevistas.

Foram entrevistados/as os/as gestores/as²⁵ das secretarias municipais de saúde relacionados/as abaixo²⁶:

- a) secretário/a de saúde;
- b) secretário/a adjunto/a;
- c) diretor/a de planejamento;
- d) diretor/a ou coordenador/a das seguintes áreas:
 - d1) saúde da mulher;
 - d2) Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS (sigla da síndrome em inglês para

²³ Neste estudo a categoria informante se refere apenas aos gestores/as que foram entrevistados/as.

²⁴ Para minimizar interferências devido a vícios da transcritora, todas as transcrições foram revisadas com objetivo de realizar eventuais correções, caso o texto escrito não estivesse fiel à fala correspondente.

²⁵ Neste estudo o termo gestores/as se refere aos secretários/as municipais (titulares e adjuntos), assim como diretores/as e/ou coordenadores/as de políticas, programas e/ou ações em saúde dos municípios investigados.

²⁶ Alguns/as informantes estranhavam serem solicitados a concederem entrevistas para o tema tendo uma coordenação específica para a questão na secretaria de saúde, que poderia informar melhor. Era justificado que os/as ocupantes de determinados cargos foram escolhidos para falarem um pouco sobre a questão da “Saúde da mulher e o SUS”. Com esse argumento era mais fácil justificar do que quando era referido apenas “A saúde da mulher em situação de violência e a gestão plena do Sistema Único de Saúde”.

Síndrome da imunodeficiência adquirida);

d3) ações básicas;

d4) acidentes e violência.

Também foram entrevistadas as coordenadoras gerais das Coordenadorias da Mulher²⁷. Essas poderiam oferecer importantes informações sobre as idéias e ações referentes à saúde da mulher em situação de violência no município, funcionando também como um contraponto para os discursos dos/as gestores/as das secretarias de saúde. Esses atores/atrizes foram escolhidos pela vinculação gerencial com o problema em questão e pelo lugar de poder ocupado, o que, teoricamente, possibilitaria a implementação da política de saúde para a mulher em situação de violência.

Um aspecto que merece destaque é a **rotatividade** das pessoas nestes cargos. Existiram muitas mudanças no período de realização das entrevistas²⁸: a pessoa estava próxima de sair, o contato foi iniciado com uma pessoa e a entrevista foi feita com outra, o cargo não existia e passou a existir, um cargo vago foi ocupado e mais de uma pessoa poderia responder sobre o mesmo cargo ou melhor, existiam duas coordenadoras para a coordenação específica. Num dos municípios não existem coordenações temáticas como saúde da mulher e DST/AIDS. Existe, sim, uma coordenação de ações básicas de saúde e essa coordenação tem mais de uma profissional responsável. Apenas uma destas foi entrevistada: a que se disponibilizou. Assim, foram realizadas 18 entrevistas.

As entrevistas foram estruturadas e aplicadas em três blocos: leitura do termo de consentimento (Anexo 06), questionário fechado e a entrevista semi-estruturada.

No que se refere à pesquisa documental (Anexo 04), foram examinados 20 documentos sendo 11 Relatórios de Gestão (dos anos de 1997 a 2000. Esses consistem em uma descrição das ações que foram realizadas ou não pela secretaria de saúde tendo como referência o Plano de Saúde do ano anterior), cinco Planos Municipais de Saúde (proposta para as ações que serão desenvolvidas no município num período específico), três planos plurianuais (lei municipal que descreve as ações que serão desenvolvidas pela gestão

²⁷ A Coordenadoria da Mulher tem o papel de discutir gênero e propor ações a partir dessa discussão de forma transversal em todas as ações do governo, sendo que as questões da saúde e da violência são destacadas enquanto ações prioritárias, até por serem temas que sempre estiveram presentes nas demandas do movimento de mulheres.

²⁸ Dezesesseis entrevistas foram realizadas entre 12/11/01 e 20/12/01 e duas entre 01/02/02 e 19/02/02, isso por conta da dificuldade de agendar um horário com esses dois últimos informantes. No entanto, essa questão da rotatividade se refere ao primeiro período de marcação e realização das entrevistas.

municipal num período de quatro anos) e um Plano Operativo Anual (que faz a relação entre as diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e os recursos disponíveis. No caso desse documento, a determinação dos recursos se refere ao plano realizado pela gestão anterior – 1998-2001).

Alguns informantes se apresentavam com uma certa ansiedade em concluir a entrevista em pouco tempo. Talvez por estarem em ambiente de trabalho, com muitas tarefas por realizar ou por quererem colaborar com a pesquisa mas, ao mesmo tempo, se sentirem perdendo o pouco tempo que têm, ou ainda por se sentirem de alguma forma sendo avaliados/as. A partir do que foi observado, pode-se dizer que existe um acúmulo de atividades nos cargos da gestão, que parecem ser potencializados pela proposta do trabalho considerando a integralidade, ou seja, realizar as ações de sua área e ainda ter que se articular com os/as demais gestores/as para o desenvolvimento de ações considerando as interfaces entre as diversas áreas. Apenas uma informante não teve pressa e falou quase uma hora e meia – uma mulher com participação no movimento feminista; já uma outra informante fez uma fala muito curta, ficando com a entrevista mais resumida, de apenas 20 minutos, as outras entrevistas duraram uma média de 45 minutos. Ao longo das entrevistas o roteiro (Anexo 03) foi sendo adaptado ao cargo que o/a informante ocupava, no que se refere à abordagem de cada questão.

Vale destacar que as **interrupções**, ao longo de quase todas as entrevistas, se apresentam como um elemento que precisa ser considerado. É um corte no pensamento que estava sendo elaborado aliado à volta da gravação da fala, o que produzia um discurso descontínuo, mesmo quando se tentava voltar ao ponto que houve a interrupção. Os dois principais motivos de interrupção da entrevista/gravação foram: o telefone celular e a necessidade de atender à solicitação de alguém. Esse fato leva a refletir sobre o contexto em que as atividades nessas secretarias se dão: interrupções, barulho e falta de estrutura, observações registradas ao longo do trabalho de campo.

De uma forma geral, as/os informantes não se intimidavam com as “testemunhas” de suas falas: pessoas presentes no ambiente da entrevista ou que circulavam. Alguns/mas informantes quando percebiam o **gravador** desligado pareciam ficar mais motivados/as para a realização de comentários mais pessoais, mais íntimos ou mais comprometedores sobre a gestão anterior ou sobre a própria gestão da qual participava. Ter a fala gravada gera uma atitude, diante da tarefa proposta, diferente da condição da fala que não está sendo gravada.

Parece que nessa segunda condição é permitido referir o que se pensa sem tanta censura. Isso talvez seja consequência da formalidade do ambiente de trabalho, onde as entrevistas foram realizadas, e do método utilizado para o estudo: a fala do/a gestor/a sobre um tema que, de forma indireta, foi apresentado como fazendo parte de sua gestão, pois ele/ela foi escolhido/a para falar sobre o mesmo. Por outro lado, o termo de consentimento, que apresentava o compromisso de garantia do sigilo da pessoa entrevistada, sem garantir o anonimato do município estudado, também pode ser considerado um fator gerador da tensão durante a gravação da entrevista.

Essa questão da não garantia do sigilo do município estudado no termo de consentimento e, conseqüentemente, a possibilidade indireta de ser identificado foi reforçada no questionário onde existia o nome dos três municípios que seriam estudados para o gestor identificar a qual pertencia. Na apresentação do questionário, depois da leitura do termo de consentimento e antes da entrevista, o/a gestor/a ficava sabendo quais os municípios, além do seu, que seriam estudados. A apresentação do município dentro de um universo de três e da mesma região (RMR) pode ter gerado um desconforto por conta da possibilidade de ter seu discurso identificado.

É importante destacar, mais uma vez, a rotatividade significativa dos/as atores/atrizes que assumem o planejamento e a realização das ações, nesses lugares de gerência. Dentro de uma mesma gestão, contudo, pode-se esperar uma política única, que guia as ações das diversas instâncias do governo, mesmo com a mudança daqueles/as que compõem a equipe. Em gestões diferentes podem existir mudanças nos projetos e propostas a serem desenvolvidos pela secretarias de saúde, mesmo permanecendo uma mesma pessoa da gestão anterior. Mudanças significativas das ações até então implementadas podem acontecer. Dessa forma, esse estudo não pretende focar se as ações foram pensadas e realizadas ou não por uma mesma equipe, ou como está a coerência entre o planejamento e a realização das ações. O objetivo desse estudo se refere às idéias e valores dos/as que ocupam lugares de poder para definir, agendar e implementar políticas de saúde e, dentro dessas, políticas de saúde para mulheres que vivem em situação de violência, em municípios que têm autonomia para a gerência dos recursos. A descrição do município em seus aspectos social, econômico e político, além das ações descritas nos planos de saúde e avaliadas nos relatórios de gestão têm como objetivo contextualizar o lugar das falas dos/as gestores/as.

Por fim, as dificuldades encontradas no campo, no momento da coleta das informações, aparecem como um ponto importante de discussão. Essas dificuldades demonstram os limites para a utilização dos métodos e técnicas de pesquisa, além dos obstáculos existentes para o próprio desenvolvimento das atividades na secretaria de saúde e para a implementação de políticas de saúde.

Considerando a noção que “*o jogo das falas*” (D’Oliveira e Schraiber, 1999b, p.339) representa, além da interatividade entre diferentes sujeitos sociais, as idéias e valores que direcionam ações e comportamentos; pretende-se compreender como esses sujeitos ao produzirem suas falas, “*valendo-se de seus saberes, suas experiências de vida e suas situações institucionais, colocam-se quanto ao feminino na relação de gênero e algumas de suas questões mais relevantes na interface com a saúde [...]*” (D’Oliveira e Schraiber, 1999b, p.339). No caso do presente estudo, esta interface se apresenta com a questão da violência doméstica contra a mulher. Pretende-se contribuir, na linha de D’Oliveira e Schraiber (1999b), no processo de apresentar “*... a fecundidade científica, tecnológica e ético-política da articulação dessa perspectiva de gênero com o estudo das práticas e dos serviços como temática tradicional do campo da saúde coletiva.*” (D’Oliveira e Schraiber, 1999b, p.340).

Com relação à análise das representações, objeto central desse estudo, pode-se recorrer às idéias de Bozon (1995) que considera, embora se referindo a outro tema mas dentro da discussão de gênero, as mudanças dos papéis sociais das mulheres, garantindo-lhes uma maior autonomia e trazendo-lhes transformações na vida privada. O próprio Bozon (1995) explicita que poderia discutir essas mudanças por diversos ângulos, no entanto, vai abordar a questão da sexualidade e do amor. Continua sua argumentação destacando que a sexualidade e o amor são exemplos de “*... indicadores do estado das relações sociais de sexo... que constituem domínios de interação entre mulheres e homens...*” (Bozon, 1995, p.123). Propõe a distinção de três classes de realidade: representações, normas e práticas, como já foi anteriormente apresentado. Dessa forma, diferencia a influência de cada um desses aspectos, atentando para a existência simultânea das três classes, quando se objetiva abordar comportamentos. Essa idéia pode ser utilizada no contexto da violência contra a mulher. A violência também pode ser percebida como indicador das relações sociais entre mulheres e homens. Partindo dessas considerações, neste estudo, Representação está sendo entendida

como a referência ao aspecto subjetivo, simbólico da fala sobre a saúde da mulher em situação de violência.

Ainda numa reflexão sobre as representações, é importante destacar o argumento de Giami (1997). Trabalhando com as representações da AIDS de profissionais de saúde, seu argumento fortalece a proposta deste estudo. Primeiro destaca que as representações podem significar uma forma mais pertinente de abordar fatores “*irracionais*” (Giami, 1997, p.31) que orientam a conduta de indivíduos e, estando as representações ligadas a um número significativo de fatores, que variam desde a história pessoal passando por conhecimentos científicos e técnicos, assim como organização do trabalho. Entretanto, as representações “[...] não são as únicas a orientar as condutas” (Giami, 1997, p.31).

Fazendo um paralelo com a investigação aqui proposta, pode-se dizer que as práticas estão se referindo às ações em saúde para a mulher em situação de violência; as normas, significando as leis, agendas dos movimentos de mulheres, planos municipais de saúde, relatórios de gestão e ainda as idéias e compromissos não escritos que norteiam as ações da gestão; e, por fim, as representações, enquanto aspecto simbólico, implícito e estável de gestores/as de secretarias municipais de saúde. Não querendo, com isso, desconsiderar: a inter-relação entre esses três aspectos – representação, norma e prática -; a dificuldade em percebê-los separadamente; e a possibilidade de um se apresentar enquanto o outro, por exemplo: a existência da representação da norma, a prática da norma e a norma da prática, entre outros.

Para finalizar este item pode-se destacar que a discussão sobre as representações perpassa várias ciências como a psicologia, a psicologia social, a sociologia, a psicanálise e a história (Herzlich, 1991; Cardoso e Gomes, 2000; Jovchelovitch, 2000). Os autores apresentam diferentes entendimentos a partir da referência que tomam. Assim, um entendimento seria que as representações se referem a um fenômeno estruturado pela sociedade e um outro à “... **construção da realidade** que se opera através desses fenômenos (das representações) e dos quais os sujeitos sociais são também os atores.” (Herzlich, 1991, p.24, grifo da autora). Em suma, existem: 1) a reflexão da psicologia social, a partir de Moscovici (Guareschi e Jovchelovitch, 1995), que segundo Herzlich (1991) é uma reflexão que “[...] apoiava-se mais no sujeito ativo, construtor do mundo a partir dos materiais que a sociedade lhe oferece, do que na própria estrutura social.” (Herzlich, 1991, p.24); e 2) a reflexão da sociologia, a partir de Durkheim, que desejava destacar a primazia do social e a

especificidade dos pensamentos social e individual, sendo as representações coletivas mais que a soma das representações individuais daqueles que compõem a sociedade. Dessa forma, as representações seriam necessárias para estudos que pretendem esclarecer fenômenos coletivos, tentando compreender a lógica comum, os códigos compartilhados e de que forma constituem as condutas, sem com isso explicar as condutas a partir exclusivamente das representações (Herzlich, 1991). Cada autor/a, cada reflexão sobre as possibilidades e os limites das representações sociais enquanto teoria e método, dependendo do princípio de que parta, vai priorizar o indivíduo ou a sociedade, cabendo a cada pesquisador/a decidir pelo referencial que sustentará seu argumento.

Este estudo, sendo de caráter descritivo, não pretende aprofundar-se na discussão teórica das representações. A idéia é identificar o que pensam, como pensam os/as gestores/as sobre a saúde da mulher em situação de violência, a partir do que falam, e a relação dessas representações, entendidas a partir da discussão de Bozon (1995), com as decisões por ações em saúde. Dessa forma, as normas (leis, planos, propostas, compromissos políticos) ficariam como contexto das falas e as ações como a fala sobre as ações.

3.1 - O que pensam os gestores e gestoras: a partir do município onde ocupam um lugar de gestão

Para a apresentação deste item são necessárias algumas considerações. As falas dos/as gestores/as serão antecedidas pela contextualização dos municípios, a partir dos documentos, das observações e das próprias falas, que consta de: 1) uma caracterização geral baseada, principalmente, nos dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e dos planos de governo municipal (plurianual e operativo); 2) uma descrição das secretarias de saúde do ponto de vista das ações apresentadas nos relatórios de gestão e nos planos de saúde e de sua infraestrutura; 3) uma descrição das coordenadorias da mulher; e, por fim, 4) uma caracterização dos/as gestores/as entrevistados/as em cada município. Após esta descrição será apresentada uma análise comparativa dos três municípios no que se refere às questões das mulheres em situação de violência.

Município I²⁹

Trata-se de um município com uma área³⁰ de aproximadamente 50 km² e com uma população³¹ em torno de 130.000 habitantes. Desses 52% são mulheres e 49% homens. A economia da cidade gira em torno de comércio e serviços, quase 70% da população tem abastecimento de água e apenas 20% conta com saneamento. No que se refere a equipamentos sociais, apresenta poucos equipamentos disponíveis: uma biblioteca pública e um ginásio poliesportivo.³²

Tem aproximadamente 2000 servidores³³ e 10 secretarias municipais com uma divisão eqüitativa de secretárias e secretários³⁴. O atual governo está realizando um segundo mandato.

O Plano Plurianual não faz referência as questões da violência contra a mulher e coloca as mulheres no grupo que denomina como “vulnerável” como as crianças, adolescentes e idosos.

Mesmo com a continuidade da administração, a gestão da Secretaria de Saúde sofreu mudanças entre um mandato e outro na formação da equipe, com a substituição da secretária de saúde.

A Secretaria de Saúde faz uma divisão do território municipal em cinco unidades. Tem Conselho Municipal de Saúde deliberativo com administração do Fundo Municipal³⁵. A violência aparece como segunda causa de mortalidade de 1993 a 2000.³⁶

Em seus Relatórios de Gestão – de 1997 a 2000 -, faz referência às ações de atenção integral à saúde da mulher e ações para redução da mortalidade por causas externas; no entanto no Relatório de 2000 apresenta um destaque mais explícito às ações referentes à violência contra a mulher, principalmente na forma de capacitação de recursos humanos. Nesse também há a referência à solicitação de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

²⁹ Fez-se uma opção por não identificar os municípios estudados para garantir o anonimato dos/as informantes, compromisso assumido diante do termo de consentimento, já que são apenas três municípios e revelá-los poderia facilitar a identificação dos que contribuíram com a realização deste trabalho.

³⁰ Fonte: FIDEM

³¹ Fonte: Censo do IBGE 2000

³² Fonte: Pesquisa informações básicas municipais, IBGE 1999.

³³ Fonte: Pesquisa informações básicas municipais, IBGE 1999.

³⁴ Fonte: Plano Plurianual 2002-2005

³⁵ Fonte: Pesquisa informações básicas municipais, IBGE 1999.

³⁶ Fonte: Plano Municipal de Saúde de 2001-2005.

No Plano Municipal de Saúde de 2001 a 2005 existe uma referência mais sucinta e menos explícita sobre as ações dirigidas às mulheres em situação de violência, quando comparadas às referências existentes nos Relatórios de Gestão (Anexo 05): implementar atendimento “às pessoas vitimizadas pela violência – mulheres e crianças”; “implantar e manter ambulatório especializado da mulher”.

A condição de trabalho nesta Secretaria parece ser mais tranqüila e com mais espaço de acomodação quando comparado com os outros dois municípios. Embora, como os outros, o espaço dos/as secretários/as titulares e adjuntos/as, assim como a diretoria de planejamento, parece ter melhor infraestrutura para o trabalho. Barulho e interrupções existem, mas com uma menor intensidade e mais concentrados no período da manhã. Os gestores das áreas temáticas ou setoriais ficam com uma infraestrutura mais comprometida, mais limitada. Fisicamente, a Diretoria de Ações em Saúde fica afastada do gabinete da/o secretário/a e da Diretoria de Planejamento.

As interrupções diretas, tanto da entrevista em si como de outras situações observadas, eram mínimas, as gestoras parecem ter estratégias de concentração quando estão realizando alguma tarefa tida como prioritária no momento.

A Coordenadoria da Mulher foi implantada em 2001 e está vinculada à Secretaria A³⁷. Conta com três participantes. Na gestão anterior, mesmo sem existir esta coordenadoria, existiam ações desta secretaria dirigidas às mulheres, a partir da noção de gênero, ou seja, da compreensão das diferenças construídas socialmente para os papéis de mulher e homem, por exemplo: diagnóstico da saúde das mulheres e adolescentes do município e a atenção às mulheres em situação de violência para acolhimento e orientação de conduta. É importante destacar que a gestora da Secretaria A trabalha desde o primeiro mandato e é uma feminista “histórica” e engajada no movimento de mulheres em níveis local e nacional, características destacadas, também, pelas informantes.

Foram entrevistadas cinco gestoras, sendo uma da Coordenadoria da Mulher e quatro da Secretaria de Saúde. As informantes desta secretaria se destacam pela semelhança em algumas características: todas são mulheres casadas, residem em imóveis próprios ou financiados, utilizam transporte individual e têm pós-graduação. Três das cinco informantes têm filiação a um mesmo partido político.

³⁷ Optou-se por não identificar esta secretaria pelo nome, pois isto poderia, indiretamente, revelar o município do qual faz parte.

De uma forma geral, fizeram referência ao trabalho desenvolvido pela Secretaria A e destacam a parceria com essa para o desenvolvimento das ações para as mulheres em situação de violência: *“Agora, recentemente, em parceria com a Secretaria... (A), nós... é.. estruturamos a Casa da Mulher e que inclui, entre as ações que são realizadas lá, o acolhimento, o atendimento à mulher vítima de violência...”* (Vânia³⁸, 43 anos) Percebem uma demanda da população por essas ações e o compromisso da gestão com estas:

[...]a gente inaugurou a Casa da Mulher [...] numa parceria e num envolvimento com a Secretaria... (A), né? que é (nome da secretária), a Secretária. E isso é uma demanda já antiga da população, reivindicação em várias conferências de Saúde, conferências de Assistência Social que foram realizadas no município há 01 ano, 02 anos atrás e a atual de reivindicar uma atenção mais específica à mulher, a questão da violência contra a mulher [...] (Bárbara, 44 anos).

As informantes referem que já existe um centro para atendimento das mulheres e ações de assistência e prevenção à violência contra a mulher: *“[...] eu sei que a gente tem atendimento à mulher em todas as unidades de saúde. A gente implantou agora a Casa da Mulher. Agora, o atendimento detalhado, o detalhe das coisas é mais com a Diretoria de Saúde”.*(Catarina, 52 anos). As entrevistas duraram, em média, 35 minutos.

Município II

Município com uma área³⁹ de aproximadamente 41 Km², com um número de habitantes aproximado de 370.000⁴⁰ sendo 53% mulheres e 47% homens.

Apresenta baixa cobertura de saneamento, aproximadamente 40% dos domicílios, abastecimento de água de aproximadamente 93% e coleta de lixo de quase 87%.⁴¹ A economia se desenvolve, basicamente, a partir do comércio e serviços. No que se refere a equipamento social apresenta: uma biblioteca pública, um ginásio poliesportivo, museus, teatros e cinema.⁴²

³⁸ Optou-se pelo uso de nomes fictícios para preservar o anonimato dos/as informantes.

³⁹ Fonte: Plano Plurianual, 2002-2005

⁴⁰ Fonte: Censo IBGE 2000

⁴¹ Fonte: Censo IBGE 2000

⁴² Fonte: Pesquisa informações básicas municipais, IBGE, 1999.

Segundo o IBGE⁴³, tem quase 4000 servidores e 12 secretarias municipais, sendo que apenas uma tem uma mulher como gestora⁴⁴. O atual governo está realizando o primeiro mandato.

O Plano Plurianual faz referência às mulheres como grupo especial em diversas ações do governo. Apresenta um item específico: “*Mulher*” e destaca, entre outros, “*atenção à saúde da mulher em situação de violência*” (Secretaria de Saúde); sensibilização dos servidores para as questões de gênero; ações para as adolescentes (outras secretarias).

Parecem ações pontuais, pois não há uma descrição da forma como vai se dar a intersectorialidade/integralidade destacada. A dificuldade de recursos financeiros e humanos é apontada como um problema relevante, além do sucateamento dos serviços e do descrédito da população com esses serviços e ações oferecidas pelo município.

A Secretaria de Saúde divide seu território em duas unidades⁴⁵ administrativas. Tem um Conselho Municipal de Saúde deliberativo, que participa da administração do Fundo Municipal de Saúde.⁴⁶

A violência aparece como um problema grave⁴⁷ e em todos os relatórios de gestão (1997-2002) aparecem ações que se referem à mortalidade por causas externas, apesar do item violência não ser explicitado. As ações para as mulheres não fazem referência às situações de violência vivida pelas mesmas. O Plano Municipal de Saúde de 2002 destaca ações para as mulheres em situação de violência como capacitação de recursos humanos e definição de uma normatização para o atendimento a estas mulheres.

Dos três municípios, esse parece ter a maior dificuldade no que se refere à infraestrutura. Parece que apenas os/as secretários/as (titular e adjunto/a) têm condição de trabalhar com mais estrutura e silêncio, embora as interrupções existam. O trabalho dos/as demais gestores/as é realizado em um espaço pequeno, com muito barulho e interrupções. O “clima” que se estabelece nesse espaço é um tanto ansioso e confuso. Chama a atenção o afastamento físico entre algumas diretorias – como a de DST/AIDS. Parece difícil compreender a lógica da estruturação dos diversos setores desta secretaria.

A Coordenadoria da Mulher foi montada enquanto uma instância do governo municipal ligada ao Gabinete do/a prefeito/a. Teve sua implantação efetivada no final do

⁴³ Fonte: Pesquisa informações básicas municipais, IBGE, 1999

⁴⁴ Fonte: Plano Plurianual, 2002-2005.

⁴⁵ Fonte: Plano Municipal de Saúde - 2002

⁴⁶ Fonte: Pesquisa informações básicas municipais, IBGE, 1999.

⁴⁷ Fonte: Plano Plurianual 2002-2005

primeiro ano de mandato. Conta com uma equipe de três coordenadoras, mulheres participantes do movimento feminista.

Foram entrevistados/as cinco gestores/as da Secretaria de Saúde e uma da Coordenadoria da Mulher. A média de tempo das entrevistas ficou em aproximadamente 60 minutos.

É possível dizer que se trata de um grupo mais heterogêneo que o do Município I. É um grupo com um número menor de pessoas: casadas, com residência em imóvel próprio ou financiado, usando transporte individual e com pós-graduação. Vale salientar que apenas uma informante não possui filiação partidária e as filiações existentes são a três partidos diferentes que participaram da frente que elegeu a/o prefeito/a. Metade dos/as informantes que foram entrevistados/as neste município tem 50 anos ou mais.

Esses/as informantes, de um modo geral, se queixavam das condições que encontraram o município, dos limites da estrutura que os deixavam sem muita possibilidade de desenvolver o Plano de Gestão proposto:

[...] Então nós estamos trabalhando dentro de uma situação de calamidade.

[...] A rede completamente desmontada. A equipe também desmobilizada, sem ... É... Tem dificuldades de recursos materiais, humanos [...] (Sofia, 37 anos);

[...] na verdade a atual gestão ainda não conseguiu iniciar o seu projeto propriamente dito em várias áreas; em algumas sim, mas, em outras não. [...]

O que a gente tem chamado de apagando incêndio, né!? Tem chegado e tem começado a apagar incêndio. Coisas urgentes, né!? (Marta, 44 anos)

Município III

Município com uma área aproximadamente quatro vezes maior⁴⁸ que o Município I e com uma população quase quatro vezes maior que a população também do Município II. Nessa 53,5% são de mulheres e 46,5 % são homens⁴⁹.

A economia destaca o setor terciário (comércio e serviço), turismo, construção civil e serviços públicos. A rede de esgoto tem cobertura diferenciada no território municipal e varia

⁴⁸ Fonte Plano Plurianual 2002-2005

⁴⁹ Fonte: Censo IBGE 2000

de 9% a 27% de cobertura⁵⁰. No que se refere a equipamento social possui vários cinemas, museus e teatros, além de três bibliotecas públicas e ginásio poliesportivo⁵¹.

Tem quase quatro vezes mais servidores que o Município II e possui 15 secretarias municipais, dessas apenas três têm mulheres como gestoras⁵².

O Plano Plurianual 2002-2005, destaca: 1) o combate à violência como uma prioridade dentro das principais ações da gestão como um todo. Refere a necessidade de ações intersetoriais para a questão da violência e descreve como essas vão ser realizadas, e nesse contexto salienta a implementação da política de assistência e prevenção à violência contra a mulher; 2) a implantação de políticas de gênero. Nesse item também há referência à prevenção da violência contra a mulher. Descreve, enquanto projeto, a criação de centros de referência para atendimento e desenvolvimento de ações intersetoriais de combate, prevenção e assistência à violência contra a mulher.

A política de gênero descrita se refere ao desenvolvimento de ação transversal e política integrada. As propostas são explicitadas nas ações das diversas secretarias, apresentando um planejamento integrado com ações pensadas a partir de uma diretriz principal: “[...] *inversão de prioridades em favorecimento dos excluídos, discriminados e promover a inclusão social não é!? dos setores... é... discriminados em busca de uma maior igualdade[...]*” (Laura, 34 anos). Questões como raça/etnia, idade, orientação sexual, classe aparecem de forma específica em cada questão temática. Não parece existir uma generalização desta diretriz para as diversas ações propostas pela gestão, ou seja, as ações para alguns grupos ficam restritas à temáticas específicas, por exemplo, a coordenação de DST/AIDS destaca a questão da orientação sexual e a coordenação de saúde da mulher destaca, por sua vez, a violência contra a mulher.

As ações são pensadas para garantir a integralidade, mas ao mesmo tempo demonstram o quanto essa apresenta dificuldade em se concretizar.

A Secretaria de Saúde divide o território municipal em seis unidades administrativas. Possui um Conselho Municipal de Saúde deliberativo que influencia a administração do Fundo Municipal de Saúde.⁵³

⁵⁰ Fonte: Plano Operativo Anual 2002

⁵¹ Fonte: Pesquisa Informações Básicas Municipais, IBGE, 1999.

⁵² Fonte: Plano Plurianual 2002-2005.

⁵³ Fonte: Pesquisa Informações Básicas Municipais, IBGE, 1999.

A questão da violência apresenta-se como preocupante já que correspondeu, em 2000, a 14,8% dos óbitos da cidade.⁵⁴ Existe um destaque para a violência contra a mulher com a proposta de criação de centros de referência para o atendimento de mulheres em situação de violência, no entanto as ações nessa temática não se limitam a esses centros. As ações de combate à violência são propostas para atingir um número significativo de unidades de saúde.

No que se refere à infraestrutura da Secretaria de Saúde, foi observado uma boa estrutura de trabalho para os secretários (titular e adjunto) e para a Diretoria de Planejamento. No entanto, as diretorias temáticas trabalham em um espaço pequeno e com muito barulho e interrupções. Também aqui foi observada uma separação física entre os setores, de forma diferente dos outros municípios, mas aqui também existe uma organização que é difícil de compreender o sentido apenas pela observação.

A Coordenadoria da Mulher foi implantada junto com as primeiras ações da gestão no início do mandato, está ligada ao Gabinete do/a prefeito/a e conta com mais participantes que as duas outras coordenadorias citadas. A coordenadoria parece ser a principal estrutura do governo para a implementação da política de gênero, pois tem a função de formular a política municipal de equidade de gênero, de forma transversal nas diversas secretarias do governo municipal, numa forma de integrar essa política às políticas setoriais, como refere o Plano Plurianual (2002-2005).

Foram entrevistados/as sete⁵⁵ gestores/as: a coordenadora geral da Coordenadoria da Mulher e seis gestores/as da Secretaria de Saúde. Este parece ser um grupo mais homogêneo, no que se refere a algumas características: pessoas com idade na faixa dos 40 anos, com exceção de duas, que ainda estavam na faixa dos 30 anos. Apenas um referiu ter religião. A maioria foi enquadrada entre: não casados, residentes em imóvel próprio ou financiado e que utilizam transporte individual. Todos os/as informantes desse município têm curso de pós-graduação. Dos quatro homens que fazem parte do grupo total de informantes, três são gestores deste município. Apenas um informante não tem filiação partidária e os/as que têm são filiados/as ao mesmo partido. As entrevistas tiveram uma média de duração de aproximadamente 43 minutos.

⁵⁴ Fonte: Sítio da Prefeitura na rede mundial de computadores.

⁵⁵ A quantidade diferente de informantes em cada município se deu por conta da forma diferente que cada município organiza a estrutura de funcionamento da sua secretaria de saúde.

No geral, percebe-se um discurso mais fundamentado em nível político e temático, com uma proposta de ação mais definida e ampla para as mulheres em situação de violência e a referência ao início da implementação das ações planejadas:

[...] esse Organograma que a gente tem na Secretaria e foi criado já pra essa Equipe no início da gestão [...] uma Diretoria Executiva, uma Coordenação específica pra Saúde da Mulher, assim como uma Coordenação específica pra questão da violência, né? [...] essa estrutura ela é matricial, na perspectiva de haver um cruzamento permanente que garanta a integralidade do atendimento ao Ciclo de Vida e a condição de gênero Mulher, né? Então o pessoal tem trabalhado dessa forma integrada, tem tentado trabalhar a mulher dentro de todos esses aspectos, não é? [...], a questão da violência contra a Mulher não é uma coisa que diz respeito só a Secretaria de Saúde, né? então até a gente tá, até vamos abrir um Centro de Atendimento [...] então tem essa Coordenadoria da Mulher que faz essa integração da gente com a Secretaria de Assuntos Jurídicos, [...], com outros órgãos, a cultura [...] e com a Secretaria de Educação que possam potencializar esse trabalho. [...] Agora a nossa Coordenação de Saúde da Mulher junto a Coordenação de Violência tem trabalhado um enfoque direcionado pra mulher, principalmente no que diz respeito a violência silenciosa ou violência doméstica, né?! [...] porque essa violência ela não é muito identificada, né?! porque a mulher quando é atendida num serviço como a Restauração, numa Urgência numa Emergência, às vezes é até colocado: a mulher foi agredida mas não diz por quem, de que forma, né? de que maneira isso está acontecendo ou então às vezes só relata a lesão mas você não sabe exatamente o que é que aconteceu, então a gente tem que aprofundar[...]

(Sabrina, 40 anos)

Comparando os municípios

Analisando a partir dos municípios, pode-se referir que o **Município I** apresenta em seu Plano de Saúde (2001-2005) um número de ações dedicadas às mulheres em situação de violência maior do que foi realizado na gestão anterior. A análise dos documentos demonstra a influência da Secretaria A no desenvolvimento dessas ações em saúde. Esta secretaria, desde o início da gestão anterior, faz uma parceria com a Secretaria de Saúde, e essa parceria

parece ser determinante para o desenvolvimento das ações. Fato este relatado por todas as gestoras da secretaria de saúde que foram entrevistadas.

O **Município II** apresenta apenas uma ação em seu Plano Municipal de Saúde (2002) para as mulheres em situação de violência. A gestão anterior não apresentou nenhuma ação em seus Relatórios de Gestão. Parece uma equipe com dificuldades de trabalho bem maiores que a dos outros dois municípios. Não possuem a formação dos grupos anteriores, apresentam limitações na infra-estrutura da própria Secretaria de Saúde, na rede de atendimento e nos recursos. Essas duas últimas questões foram queixas presentes em quase todas as falas. A dificuldade na estrutura para desenvolverem seu trabalho era falada como algo que estava presente, que limitava e impedia a realização do que fora planejado.

O **Município III** apresenta uma equipe mais preparada do ponto de vista da formação profissional na área de saúde pública. Parecem gestores/as conscientes de seu papel de representantes dos grupos organizados, movimentos sociais e partido político. Falam de uma gestão que considera um modelo mais amplo e mais democrático. Os/as gestores/as falaram basicamente de propostas, pois estavam no primeiro ano da gestão. Os Relatórios de Gestão do governo anterior não fazem referência às ações para as mulheres em situação de violência. A atual gestão destaca em seu Plano de Saúde (2002-2005) uma ação específica para as mulheres em situação de violência, no entanto a proposta aprovada pela Conferência de Saúde para este período, faz referência a oito ações específicas para as mulheres em situação de violência, a partir de uma compreensão da necessidade de desenvolver ações que garantam a equidade de gênero. Esse dado é importante, pois, mesmo nesse contexto da gestão mais favorável às ações para as mulheres em situação de violência, os movimentos sociais aparecem como os que estão pautando as ações a partir dos espaços do controle social garantidos pelo SUS, nessa área da violência contra a mulher, de forma mais específica, e ampliando para as questões de raça/etnia⁵⁶.

A forma como os municípios definem suas políticas, se relacionam com os movimentos sociais e escolhem seus/suas gestores/as aparecem como um aspecto importante neste estudo, pois os lugares de poder na gestão são cargos de confiança, escolhidos a partir da decisão do gestor/a maior (o/a prefeito/a) que, dentre outras coisas, escolhe sua equipe influenciado/a pelos compromissos assumidos durante a campanha eleitoral.

⁵⁶ Aprofundamento dessa discussão no item Movimento Feminista mais adiante.

3.1.1 - A gestão plena do SUS segundo os/as gestores e gestoras

A condição de gestão plena do SUS dos municípios investigados foi pensada, inicialmente, como princípio para a sua escolha, pois se tinha a intenção de neutralizar o argumento da falta de autonomia para o desenvolvimento de ações para as mulheres em situação de violência, já que essas não estão definidas como prioridade do Ministério da Saúde. A condição de gestão plena do sistema de saúde seria, pelo menos teoricamente, importante caso existisse uma definição política para a implementação de ações para as mulheres em situação de violência. Entretanto, não parece ser assim. Dos/as 10 gestores/as (Anexo 07) das três secretarias de saúde que falaram sobre esse tema, apenas uma percebe que a condição oficial de ser Gestor Pleno do Sistema de Saúde Municipal se refere a uma possibilidade de autonomia, entretanto salienta que os recursos utilizados para a atenção às mulheres em situação de violência não são do SUS:

O município, ele vai consolidando mais sua autonomia em definir quais são as suas prioridades locais. Isso confere, né?, de certa forma, assim, respalda as decisões, conferências municipais, pra que o município, mesmo diante dos cenários né? desfavoráveis, políticos e econômicos, mas ele continuar firme em suas decisões né?, assim, de priorizar as demandas de sua população. Se a gente não fosse um município que tivesse em gestão plena, a gente não teria a Casa da Mulher, até porque a gente não teve um centavo de recurso financeiro além do tesouro municipal. (Vânia, 43 anos).

Os/as demais percebem uma limitação significativa nesta autonomia já que a mesma se refere apenas à atenção básica e a alguns serviços da média complexidade:

[...] até 2002 não houve nenhuma evolução nessa condição plena [...] numa condição mínima de ter a gestão nos serviços de saúde no mínimo que seja necessário a toda a sua população, tá certo? [o município] não tem esta Gestão do sistema de saúde particularmente de média e alta complexidade pra toda a sua população [...] (Rogério, 49 anos);

[...] a gente tem um problema grave que é o fato que a nossa gestão plena... é plena pela metade, não é? Porque há toda a área de alta complexidade, ela tá sob o controle do Governo do Estado, não é? Então a gente tem uma ... uma limitação de intervenção em termos de assistência, principalmente, não é? Nós só temos os serviços mais, mais básicos, né? [...] (Saulo, 44 anos);

O atendimento de alta complexidade terciária, no Estado de Pernambuco, tem uma portaria do secretario que diz que é de competência do Estado. Gestão plena do sistema tem de dar conta também de alta complexidade. Mas como no Estado de Pernambuco foi centralizado agora nesse momento a nossa briga, nossa luta, nossa reivindicação é que nós também tenhamos esse teto orçamentário do Estado para alta complexidade. (Sofia, 37 anos).

Para esses/as gestores/as fica difícil atuar de forma a corresponder ao princípio da integralidade, que para esses/as é uma questão fundamental no planejamento para a atenção às mulheres em situação de violência. Esta intervenção é percebida pelos/as gestores/as como demandando ações em todos os níveis de complexidade do sistema e até para além deste. No entanto, existem limites no gerenciamento da rede, ou seja, o município não tem poder de intervenção em todos os níveis do sistema, mesmo estando na condição de Gestor Pleno. Nesse ponto, os/as secretários/as titulares referiam sobre as questões de poder político embutidas nessas limitações:

[...] depois que nós assumimos, o Estado também não quer repassar, que isso representa o poder político e poder financeiro, não é? A gestão plena, plena mesmo, ela significa pra nós ..significaria pra nós um acréscimo de [...] reais/mês e o poder de definir o que é que a gente vai comprar, o que não vai comprar não é? E o Governo do Estado não abre mão disso... o que é uma coisa absolutamente atrasada não é? Porque nós temos um sistema capenga, não é? A gente vai até um nível da média complexidade, daí pra cima o paciente tem que se virar[...] (Saulo, 44 anos).

Dessa forma, percebe-se que as ações em saúde referentes à mulher em situação de violência dependem menos dessa condição e mais do projeto da gestão, do compromisso dessa com a questão e da decisão política pela ação.

Ser gestor pleno do sistema de saúde municipal, para os/as informantes, não garantia a possibilidade de implementação da ação pelos limites da autonomia, mas a decisão política permitia o planejamento da ação, como no Município III e mesmo a realização como no Município I, pois de qualquer forma tinham a autonomia e podiam usar de seus recursos financeiros e da rede que dispunham:

[...] quando você é pleno do sistema você tem autonomia de gestão ou deveria ter né? a princípio que dá condições ao gestor de definir suas prioridades e aí colocar isso como prioridade, quando você é um mero prestador de serviço pleno de atenção básica e você não recebe o pagamento

por produção de serviço você fica sem nenhuma margem, vamos dizer assim, é..., é... pra usar os recursos financeiros da forma que você ache melhor, que melhor lhe convém, de acordo com as suas prioridades, então o fato de ser gestor pleno só facilita nesse sentido, entendeu? mas que também não significava nada se não tiver uma decisão política prévia. (Sabrina, 40 anos).

As gestoras das Coordenadorias da Mulher referem que a condição do município de gestão plena do sistema de saúde traz autonomia nas decisões das secretarias de saúde: “...*por essa condição elas, elas nos são muito favoráveis não é!? e acho que não são só favoráveis, mas, evidentemente que elas exigem da secretaria e do governo não é!? uma responsabilidade muito maior*”(Laura, 34 anos). Isso talvez por não trabalharem diretamente na Secretaria de Saúde, falem sobre essa questão de uma perspectiva diferente daqueles/as que trabalham nas secretarias de saúde. As coordenadoras referem a idéia principal da condição de gestão plena do sistema de saúde, no que se refere a seu conceito e ao que está contido na NOB/96 (Lacerda, 1998) e os/as gestores das secretarias de saúde, além desse conceito, destacam limites.

Este resultado merece um destaque, pois a escolha por municípios em gestão plena do sistema tinha como objetivo neutralizar o possível argumento para a não implementação de ações para as mulheres em situação de violência: ‘limites no alcance da gestão’. Entretanto, o que aparece são municípios nesta condição, há mais de um mandato, e que seus gestores/as percebem limites para o desenvolvimento de ações por gerenciarem a atenção básica e um pouco da média complexidade. Dessa forma, ações que pressupõem a integralidade, como no caso das ações para as mulheres em situação de violência, a partir da fala dos próprios gestores/as, apresentam dificuldades para a sua implementação. Todavia, a decisão política pela ação aparece como o que determina esta implementação, mesmo num contexto de limite para a gerência plena do sistema de saúde.

3.2 - O que pensam os gestores e gestoras: a partir da militância, da formação e do cargo

Os/As gestores/as podem ser caracterizados/as (Anexo 08) como um grupo eminentemente feminino, com idade entre 34 a 52 anos, de cor branca, com formação de graduação em ciências da saúde ou ciências humanas. Todos/as os/as entrevistados/as, com exceção de uma, referem-se enquanto trabalhadores/as do SUS ou servidores públicos,

mesmo quando não têm vínculo com o serviço público, mais especificamente na saúde. Em outras palavras, quase todos consideram o cargo de confiança que ocupam enquanto servidor/a público/a ou do SUS. O que chama a atenção é que a única informante que disse não ser servidora pública ou do SUS é professora de uma universidade pública. Dessa forma, pode-se pensar que existem várias formas de se entender o que é ser servidor do SUS e servidor público ou que no questionário pode não ter ficado claro o que se entendia por cada uma dessas categorias. O objetivo da pergunta era saber quais e quantos desses/as gestores/as tinham vínculo com o SUS, tendo trabalhado ou estando trabalhando na ponta, na assistência à população. Isso para tentar identificar se essa experiência determinava alguma influência na fala enquanto gestor/a. Dos/as 10 informantes que responderam ter um cargo no SUS, sem estar se referindo ao cargo de confiança, cinco se referiram a cargos na assistência, quatro se referiram a cargos de médico/a ou enfermeira/o sanitarista, que pressupõe atuação técnica em nível de gestão e uma não deixa claro se a atuação é na assistência ou na gerência, mesmo como técnica.

É um grupo com formação de graduação e pós-graduação, no geral. Quase todos referem filiação partidária, com história de antiga militância. Desses/as, todos/as são filiados/as a partidos que se nomeiam de esquerda. A participação em movimentos sociais é menor que a participação em partido político. Dos movimentos sociais citados pelos/a informantes, a militância em movimentos feminista⁵⁷ ou de mulheres e no movimento sanitário se destacam.

Os/As informantes foram agrupados em dois grupos (Quadro 1 e Anexo 09) a partir da semelhança no conteúdo de seus discursos no que se refere às idéias sobre a saúde da mulher em situação de violência e às ações em saúde para essas mulheres. No entanto, dentro de cada grupo percebe-se subgrupos ou mesmo aspectos que poderiam classificar um/a informante em um outro grupo. O critério utilizado para essa tipificação foi o conjunto da entrevista e a idéia de agrupar falas a partir do critério de agrupamento referido. Assim, o **Grupo Ações para as Mulheres** ficou composto por dois subgrupos, o das mulheres, que, de alguma forma, participam do movimento feminista e apresentam uma fala de defesa dos

⁵⁷ O termo Movimento feminista está sendo usado neste estudo para referir os Movimentos de mulheres de uma forma geral, enquadrando estes dentro das categorias Movimento Social e Organização da Sociedade Civil. Não é objetivo deste trabalho se deter nas diferenças teóricas e de estratégias existentes nos movimentos feminista e de mulheres. Essas diferenças são percebidas e consideradas, entretanto o sentido que está sendo utilizado é no que se refere à pressão de um movimento social por políticas específicas para as mulheres considerando uma perspectiva de gênero.

direitos das mulheres e dos médicos/as sanitaristas, com forte vinculação partidária, que referem sobre as ações para as mulheres em situação de violência a partir de uma noção de gênero, destacando o compromisso político na realização dessas ações e o **Grupo Ações para Todos**, com aqueles que fazem referência a uma noção de gênero sem, no entanto, utilizá-la quando referem sobre as ações desenvolvidas e as justificativas para a realização das mesmas.

Quadro 1 - Distribuição dos informantes por município e por grupo

Grupos		Município I	Município II	Município III
Ações para as Mulheres	Militantes do movimento feminista	Rose; Carmem	Paula; Eleonora	Laura; Teresa
	Militantes de partido político	Vânia Bárbara		Sabrina; Rogério Dóris; Saulo
Ações para Todos		Catarina	Eugênia; Sofia Marta; Pedro	Hélio

O **Grupo Ações para as Mulheres** foi subdividido de forma a demonstrar as semelhanças nas falas dos/as gestores/as, que permitiram agrupá-los em um único grupo, no entanto identificando diferenças, que não foram suficientes para o enquadramento em outro grupo, mas que podem ser destacadas no decorrer do texto.

Este grupo apresenta um discurso sistematizado que se fundamenta numa perspectiva de gênero construída a partir de diferentes trajetórias de formação profissional e de militância. As mulheres militantes do movimento feminista demonstram um engajamento militante em defesa dos direitos das mulheres:

[...] diretriz mais ampla de gestão ... promoção de uma maior igualdade entre homens e mulheres, com o objetivo de promover políticas para diminuir essa desigualdade e para promover, também, uma maior participação e é... controle social das mulheres sobre as políticas públicas incluídas, obviamente aí, um maior poder de decisão [...] sobre a cidade. (Laura, 34 anos).

As informantes percebem ainda:

[...] você tem que entrar com a questão da educação [...] a vizinhança vê essa mulher apanhar mas... ‘entre marido e mulher não se mete colher’, né? tem a questão [...] da Secretaria de... Políticas Sociais, não é? a questão da Segurança, a questão [...] de melhorar a qualidade de vida dessa mulher, então tem a questão de obras, se essa mulher tá num local onde a casa dela

teve a chuva e não desabou e ela não morreu nessa chuva, tú tá entendendo? Então você precisa da Secretaria de Obras, aí você precisa da Secretaria de Turismo, porque ela é uma tapioqueira, [...] então você precisa dar geração de renda pra essa mulher [...], não dá pra fazer só, entendeu? só Saúde, e pra dar saúde pra essa mulher, entendeu? precisa de todas as outras ações e é o conjunto dessas ações entendeu? (Eleonora, 52 anos).

Ou seja, esse entendimento de gênero possibilita a mudança de paradigma para a atuação em saúde e dessa forma várias ações seriam necessárias, dentre essas as ações de saúde para essas mulheres. No entanto, dentro desse grupo observa-se diferenças na forma de abordar algumas questões, que podem ser determinadas por vários fatores como trabalhar na Secretaria de Saúde ou na Coordenadoria da Mulher, formação ou experiência profissional, mas que na essência partem do mesmo princípio de defesa dos direitos das mulheres, a partir das idéias do movimento feminista.

Os militantes de partido político relacionam o compromisso político do partido ou da gestão com as questões da saúde da mulher em situação de violência, percebem as condições da violência contra a mulher e relacionam estas às ações que poderiam/deveriam ser realizadas pela gestão.

Doze informantes formam o **Grupo Ações para as Mulheres** e apresentam as seguintes características: 1) são 10 mulheres e dois homens; 2) sete têm vínculo com o movimento feminista; 3) 11 têm filiação partidária; 4) estão com idades entre 34 e 52 anos; 5) nove das ciências da saúde (quatro são enfermeiras, cinco médicos/as), duas das ciências humanas e uma da educação; 6) cargos que ocupam na gestão: coordenadora geral da Coordenadoria da Mulher (3), secretário/a titular (2), secretário/a adjunto (3), diretora de planejamento, coordenadora da saúde da mulher, de ações básicas e de combate aos acidentes e à violência (1 de cada); 7) 10 têm pós-graduação. Nove são sanitaristas ou profissionais da saúde pública; 8) a média de tempo das entrevistas foi 46 minutos.

É importante destacar que nesse grupo existem diferenças, já referidas na distinção de dois subgrupos, que podem ser apresentadas para uma caracterização mais fiel do/a gestor/a pois mesmo apresentando semelhanças no discurso a partir de uma perspectiva de gênero a forma com essa foi incorporada apresenta distinções que merecem ser discutidas.

Dentre o subgrupo das militantes do movimento feminista, foram enquadradas duas gestoras de cada município, e algumas características se destacam: 1) todas têm algum vínculo com o movimento feminista; 2) todas referem filiação a um mesmo partido político;

3) a maioria (4) com pós-graduação; 4) estão com idade entre 34 a 52 anos; 5) nenhuma é médica, três são enfermeiras, duas são da área de ciências humanas e uma é da educação; 6) os cargos que ocupam nos municípios: coordenadora geral da Coordenadoria da Mulher (3); na Secretaria de Saúde: coordenadora da saúde da mulher (1) e secretária adjunta (2), sendo essas três últimas sanitárias; 7) são todas mulheres; 8) a média do tempo de entrevista desse grupo foi de 56 minutos .

As informantes desse subgrupo apresentam uma fala de defesa dos direitos das mulheres, tentando focar as questões específicas da mulher. Embora não desconsiderem questões como necessidade de intervir na família e considerar o contexto do agressor. As mais velhas (Paula, 50 anos e Eleonora, 52 anos) falam considerando suas experiências pessoais no movimento feminista e suas reflexões críticas deste:

[...] e nós feministas que temos essa compreensão [...], nós temos que ser fraternas com essas mulheres e não é tratar ou lidar com isso como um, como assim, dois, dois blocos de mulheres; as que têm o conhecimento e se assumem enquanto mulher sob o olhar de gênero e aquele outro bloco de mulheres que são as submissas ou aquelas que reproduzem a prática machista né!? (Paula).

Falam também do lugar de poder do homem como apresentando contradição, pois esses também seriam pressionados e refletiriam o que a sociedade lhes impõe. Teresa (41 anos) e Carmem (43 anos), ambas gestoras da saúde, referem a defesa de um novo projeto de sociedade: “...onde não tenha ... a dominação... é... masculina. Também não queira passar a dominação feminina, mas que seja uma sociedade solidária.” (Carmem). Por fim, as mais jovens (Laura e Rose, ambas com 34 anos) fazem um discurso de defesa da mulher apontando o homem agressor como o principal responsável pela violência:

[...] a gente tem tido essa preocupação aqui [...] de trazer essa discussão à tona, de trazer a questão, de trazer ...dada a denúncia, né... que as mulheres possam se identificar em situação de violência e possam denunciar seus agressores. (Rose)

Dentre os/as militantes de partido político, foram agrupados seis informantes, no entanto a divisão entre os municípios não foi equivalente, pois não tem nenhum integrante do Município II e existem quatro integrantes desse subgrupo que pertencem ao Município III. As características que se destacam: 1) com exceção de uma, todos têm uma filiação antiga a um mesmo partido político; 2) apenas uma tem ligação com o movimento feminista; 3) todos

têm pós-graduação; 4) estão com uma idade entre 40 e 49 anos; 5) apenas uma é enfermeira e cinco são médicos/as; 6) ocupam os cargos de: Secretário/a titular (2), adjunto (1), diretoria de planejamento (1), coordenação de ações básicas (1), diretoria de prevenção aos acidentes e violência (1). Vale ressaltar que nesse grupo todos são sanitaristas, inclusive alguns se dizem militantes do movimento sanitário brasileiro e que dois dos quatro homens que compõem o grupo total de informantes fazem parte deste grupo; 7) são quatro mulheres e dois homens; 8) a média do tempo de duração das entrevistas foi de aproximadamente 34 minutos.

As/Os informantes militantes de partido político, fazem uma referência mais consistente ao modelo mais geral das ações das secretarias de saúde. A prioridade, para as ações específicas para as mulheres em situação de violência, está relacionada às diretrizes que norteiam a gestão, de uma forma geral, e o compromisso com os movimentos sociais:

[...] realizar profundas transformações, não é? e essas transformações evidentemente com uma condição inclusive de grandes necessidades e poucos recursos, né? a gente tem que ter uma ordem de prioridade, tá certo? e essa prioridade evidentemente passa né? pela população mais carente, não é? em cima de uma análise de situação encontrada, enfim, são definidas as políticas, os instrumentos, não é? a construção de um modelo de assistencial e a redefinição dessas prioridades. E são materializadas é... na definição de política concretamente na destinação de recursos pra essas políticas [...] que tem uma história de compromisso de luta e vinculação aos movimentos sociais, inclusive o movimento da construção da própria Reforma Sanitária do país, através de seus militantes, não enquanto Partido exatamente [...] (Rogério 49 anos).

Isso a partir de um ideário de defesa da liberdade individual e dos direitos. Nesse grupo existe uma referência à noção de gênero que poderia enquadrar os/as informantes nos outros grupo, ou seja: Dóris (43 anos) tem um discurso muito próximo do Grupo Ações para as Mulheres, além da participação no movimento feminista, entretanto, dá ênfase à questão de combate à violência: “... a gente vai ter que atender essas é...vítimas, e cabendo à atenção municipal numa ação fundamental na prevenção, na prevenção e na promoção de medidas educativas para evitar os acidentes e a violência...”(Dóris) e não de direitos da mulher e cita com frequência as crianças que sofrem violência doméstica – o que o Grupo Ações para as Mulheres não fez. Já Bárbara (44 anos) poderia fazer parte do Grupo Ações para Todos, pois a noção de gênero referida não modificava o entendimento da organização

dos serviços de saúde, ficando a questão da mulher em situação de violência como mais uma ação dentro do modelo de atenção à saúde construído e não como uma perspectiva que modificaria a estrutura da proposta da assistência:

[...] quando é uma situação que na própria Unidade do Saúde da Família, que são os profissionais que estão melhor habilitados para lidar com esse tipo de situação, que ela vai lá por conta de um hematoma ou uma dor para ver inclusive se precisa ir para um outro nível de referência então essa identificação é anterior, não é verdade? Agora, se a violência chega ao extremo de uma agressão, de uma agressão física que quebra um braço, tem alguma fratura ou alguma coisa, ela vai primeiro para esse atendimento. O pessoal das Emergências, inclusive aqui eles estão menos habilitados, mas essa mulher ela volta para sua residência não é? e ela tem um acompanhamento, então ela já tem esse histórico.. E ...é... aí esse acompanhamento e essa identificação ou ela fica com essa antecedência, dependendo inclusive da gravidade dessa violência, ou é feita posteriormente a esse primeiro atendimento.(Bárbara, 44 anos).

Os dois homens que fazem parte desse grupo ficaram um tanto constrangidos em falar sobre o que poderia motivar a violência contra a mulher por parte de um homem, não referem o agressor como vítima de um processo ou precisando também de apoio e assistência, como algumas mulheres fizeram, embora, um deles coloque que existe um modelo de masculinidade pautado na violência.

O Grupo Ações para Todos, em que o discurso sobre as questões da violência contra a mulher não é sistematizado, ou seja, é referida uma noção de gênero em alguns momentos e em outros não. Quando se referem especificamente à violência contra a mulher, apresentam um discurso mesclado com outras idéias como a questão de classe e a determinação da violência por patologias mentais, ou seja, falam da violência contra a mulher como sendo influenciada pela condição de classe do agressor ou por sua saúde mental, que, por sua vez, teria o reflexo de sua história de vida:

[...] não há um trabalho muito voltado a compreender a mente desse indivíduo, seu cotidiano o seu comportamento. [...] eu acho que partindo daí vão poder ser desenvolvidas ações mais eficazes do que simplesmente esta de estimular a mulher a denunciar e fazer com que o poder público seja responsável pelo comprimento da pena, certo? isso é, pra mim é um

paliativo, na realidade, isso é, isso é metade do caminho, eu acho que a outra metade pra mim importantíssima, é descobrir porque fulano faz isso” (Hélio, 36 anos).

Dessa forma, a noção de gênero era falada, mas de alguma forma eram focadas outras questões como determinantes da violência contra a mulher. Nesse ponto, chama atenção o fato de que mesmo que o discurso, de alguma forma, se refira a uma noção de gênero, não existe uma generalização dessa noção para as ações em saúde para a mulher em situação de violência.

Nesse grupo, quatro informantes são gestores/as no Município II, um do Município I e outro do Município III. As características que se destacam dentre esses/as, são: 1) quatro possuem pós-graduação e os dois que não a têm são gestores no Município II; 2) metade do grupo tem filiação partidária; 3) têm idades entre 36 e 52 anos; 4) uma é médica, dois são das ciências da saúde (não enfermeira/o) e três das ciências sociais; 5) cargos que ocupam nas gestões: coordenação de DST/AIDS (2) e diretoria de planejamento (2), secretário titular (1) e coordenação de saúde da mulher (1). Nesse grupo duas informantes são sanitaristas; 6) a média de tempo de duração das entrevistas foi de aproximadamente 48 minutos.

É um grupo mais heterogêneo no que se refere às idéias expressas nas falas, mas o que agrupou os/as informantes foi que, mesmo quando uma noção de gênero fundamenta a fala, não existe uma relação com as atividades propostas para as mulheres em situação de violência ou o foco era desviado para outro grupo que também sofre violência, como no caso de Hélio (36 anos) para os homossexuais masculinos e no caso de Pedro (44 anos) para as crianças.

Algumas questões chamam a atenção nesse grupo: uma gestora responsável pelo planejamento percebe as questões referentes à saúde da mulher em situação de violência, ou mesmo às ações prioritárias para as mulheres, como não fazendo parte de seu trabalho, ou melhor do seu conhecimento sobre as ações da Secretaria de Saúde e as diretrizes para a definição das ações:

[...] eu não vou te responder a questão de atendimento particularizado, porque a gente, o planejamento aqui trabalha mais com a coisa macro, o DAS é que vai detalhar. Eu sei que a gente tem atendimento à mulher em todas as unidades de saúde. a gente implantou agora a Casa da Mulher. Agora, o atendimento detalhado, o detalhe das coisas é mais com a Diretoria de Saúde.(Catarina, 52 anos).

Dos dois homens que fazem parte deste grupo, Hélio (36 anos) refere que é necessário mais do que julgar o agressor e puni-lo, sendo necessário identificar os motivos da agressão, já Pedro refere idéia semelhante aos informantes do Grupo Compromisso Político, colocando o agressor no lugar de culpado: “[...] o ‘caba’ que agride (PAUSA) mulher ou uma pessoa mais frágil é, antes de tudo, um covarde, deve ter sofrido alguma coisa anteriormente aí, que deixe ele um covarde que precisa subjugar outra pessoa pra poder se sentir bem...”(Pedro, 44 anos). Sofia (37 anos) poderia ser enquadrada no Grupo Ações para as Mulheres, por algumas características semelhantes às mulheres desse grupo, como o cargo de Coordenadora de Saúde da Mulher, a percepção do lugar de submissão das mulheres e das dificuldades que estas enfrentam:

Eu digo que essa, essa mulher que não reage à agressão é uma mulher que ela... foi violada e foi violentada e oprimida há muito tempo; de longa data. Ela já tem uma coisa crônica, essa ferida dentro dela já é ... Já faz parte dela, ela já vive, convive com ela. Ela já não reage porque prá ela ser humilhada, ser maltratada, ser ... já... faz parte. (Sofia)

No entanto, sua fala não apresenta uma articulação com as ações para as mulheres em situação de violência, só refere sobre a violência institucional. Todo o seu discurso tendia para uma descrição das ações de prevenção de câncer cérvico uterino: “...eu só penso em prevenção de câncer eu tenho feito isso todos os dias...”(Sofia, 37 anos).

Após esta caracterização dos gestores/as, serão apresentadas as falas desses/as sobre três temas: a) A mulher em situação de violência; b) As repercussões da violência contra a mulher na saúde; e c) As ações propostas para as mulheres em situação de violência, a partir dos grupos nos quais foram enquadrados.

3.2.1 - O que falam os/as gestores e gestoras sobre:

A –A mulher em situação de violência

Grupo Ações para as Mulheres

A violência contra a mulher é percebida, neste grupo, como uma violência específica: “[...] mas a violência, muitas vezes, está dentro de casa; às vezes tá... é a pessoa mais próxima sua, geralmente os agressores de mulheres e crianças [...]” (Carmem, 43 anos) e

“[...] elas não se identificam, acham que a violência é assim, que isso é assim mesmo, que isso faz parte do casamento” (Rose, 34 anos), ou seja, a condição de gênero da mulher e o papel social que é apresentado para as mulheres como modelo determinam um tipo peculiar de violência: a do espaço privado.

A violência contra a mulher é percebida como uma violência específica *“Violência doméstica e sexista”* (Vânia, 43 anos). Apresentam esse tipo de violência como um problema de saúde pública:

A violência, que é um problema endêmico aqui na nossa cidade, em relação à mulher, nós temos um programa especificamente para tratar da violência contra a mulher... [...] problema de saúde pública, a violência contra a mulher.” (Saulo 44 anos);

a situação eu coloco, assim, como agenda prioritária para questão de saúde pública. (Vânia).

A mulher agredida é percebida como: *“Ao menos todas as pesquisas que a gente vê, que tem aí, que mostrar, é que elas querem é que esse parceiro mude. Que ele mude o comportamento dele, que ele pare de agredi-la mas elas não querem deixá-los”* (Teresa, 41 anos), dessa forma, a mulher seria integrante da situação de violência, se relacionando com o homem a partir de um entendimento do que é violência e de qual é o seu papel nessa relação, e não uma vítima apenas.

A mulher é vista como precisando perceber a relação em que se estabelece a violência e perceber como pode transformar a sua situação, atitude que não pode ser assumida quando alguém se percebe vítima apenas. Esse processo de conscientização é referido como precisando se dar tanto nos/as gestores/as quanto na população, sendo algo que leva tempo e se apresenta como grande desafio.

A mulher em situação de violência é percebida ainda como alguém que precisa de autoafirmação, pois se percebe, inclusive, como culpada:

[...] eu acho que tem uma mudança é, é... individual, né? da mulher se perceber mais sujeito nas suas ações em relação a sociedade, né? que é uma coisa de rompimento com a história da vida da gente mesmo, né? (Sabrina, 40 anos);

[...] o homem não se sentir, se sentir bem ou se sentir incomodado, se tem uma diferença entre ele e a mulher, tanto financeiramente como culturalmente, então você, consegue identificar alguns tipos de violência do

homem em relação à mulher, e a mulher se submete, se sente até em alguns momentos culpada de ter essa situação diferenciada. (Bárbara, 44 anos).

Para esses/as gestores/as, a mulher necessita de uma mudança individual, além de se perceber como vítima dessa violência, para conseguir falar sobre essa, já que tem dificuldade de relatar a experiência da violência. A mulher é percebida como financeiramente dependente do homem e exposta à crítica da sociedade, caso não desempenhe o papel a ela atribuído, além de temer represálias.

Como determinantes dessa violência destacaram:

[...] uma questão de poder mesmo, uma questão ideológica, é de seis mil anos atrás, aí é uma coisa cultivada, é difícil... é... o homem foi criado, a sociedade é machista mesmo [...] então quando ele por alguma razão se desemprega, ele não consegue assumir, encarar isso como uma coisa que pode ser resolvida em outros meios, ele agride a mulher[...] (Dóris 43 anos).

A cultura machista eles/as estabelece papéis diferentes para mulheres e homens, sendo esses detentores do poder e aquelas submissas a esses; e valoriza a violência como atributo da masculinidade e de poder, existindo, assim, a aceitação desse tipo de violência pela sociedade:

[...] toda uma lógica machista da sociedade que tem uma diferenciação do mercado de trabalho pro homem e pra mulher, que sempre coloca a mulher, quando está empregada, quando é empregada, segundo uma condição inferior e a questão cultural mesmo dessa, desse machismo, dessa masculinidade, dessa virilidade, que na verdade é... é... expressa, na verdade uma covardia, né? (Rogério 49 anos).

As dificuldades sócio-econômicas são percebidas como fatores agravantes, de risco e que determinam uma maior ocorrência dos casos nas camadas menos favorecidas, assim como as drogas e o álcool, por exemplo:

[...] Também eu acredito que assim é uma questão cultural, social, eu tenho uma relação, não tenho essas estatísticas, mas eu acho [...] questão da violência, principalmente doméstica, com a questão do alcoolismo... com a questão do alcoolismo que está ligada a desemprego, a insatisfação social, econômica (Bárbara, 44 anos).

A violência contra a mulher é percebida como uma situação que ocorre em todas as camadas sociais, com determinações diferentes e com diferenças na forma de lidar com a mesma, dependendo do estrato social ao qual a mulher pertença. Outra questão que se

destacou foi a influência de aspectos subjetivos, individuais do agressor e a diferença na determinação da violência: num primeiro momento a violência seria determinada pelo poder do homem sobre uma mulher submissa e dependente e, agora, em represália à emancipação feminina, pois o homem se sentiria inferiorizado, fragilizado e tentaria, pela violência, resgatar seu poder. Nesse grupo a condição de vítima do agressor é pouco referida e mesmo quando referida não se falou da necessidade de intervenção dirigida a ele, no máximo foi citado que precisam de ajuda: “... *eles também são vítimas e que precisariam de ajuda também, para poder superarem suas inferioridades, seus complexos, né? enfim, sua deturpação de educação*” (Vânia, 43 anos).

As gestoras militantes do movimento feminista percebem a existência, na sociedade, de uma ‘invisibilidade’, uma ‘naturalidade’ da questão da violência; consequência das relações assimétricas de poder entre homens e mulheres; além da existência do apoio, da cumplicidade da cultura e da sociedade para este tipo de violência; por conta de uma cultura “*machista*”, “*patriarcal*”, “*capitalista*” que determinaria a submissão e o reconhecimento da superioridade masculina pelas mulheres. O homem agressor é visto como alguém que também precisa de assistência, mesmo quando se considera os fatores de risco como desemprego e drogas. Para Laura (34 anos), Rose (34 anos) e Paula (50 anos) existe uma dificuldade na construção desta assistência ao agressor: “*Acho que, com certeza, a gente também precisa fazer uma ação voltada para os homens; eu não tenho dúvida disso. Acho que a questão é como?*” (Laura, 34 anos) ou limites na possibilidade dos homens em refletir sobre sua conduta e sua forma de se relacionar com as mulheres:

[...] no caso das mulheres, né!? por elas serem vítimas elas reagem e se organizam e avançam. Os homens como não são vítimas, ou eles pensam que não são vítimas né!? eles não reagem e eles acham, eles pensam que a forma como eles existem na sociedade é a forma correta e é assim que deve ser [...] (Paula).

Mesmo com esta compreensão, a necessidade da punição é abordada, assim como a impunidade existente. Para Carmem (43 anos), Teresa (41 anos) e Eleonora (52 anos) o homem também sofre a influência de uma sociedade em que o modelo da masculinidade passa pela violência: “*Muitas vezes o homem não é nem tão violento e é cobrado pra ser*” (Carmem). Essas informantes, gestoras na Secretaria de Saúde, percebiam o homem também como “*vítima*” de um sistema, sendo o sistema enquanto construtor de um papel social de ‘homem’, o objeto de intervenção e não o homem em si; já as outras informantes,

coordenadoras das Coordenadorias da Mulher (Laura, Paula e Rose) explicitavam o entendimento de se trabalhar o agressor, enfatizando a necessidade de priorizar a mulher pela sua condição de desigualdade e pelo objetivo da busca da equidade de gênero.

Grupo Ações para Todos

A violência contra a mulher é falada enquanto:

[...] a gente tá vendo aí tanto a violência no trânsito quanto a violência de arma, como não sei o quê, [...] como a violência contra a mulher, bastante específicas, contra os grupo minoritários que aqui em Pernambuco a gente tem, os gays[...] (Catarina, 52 anos);

[...] Mas eu acho que precisa sim, de um trabalho. Agora não digo um trabalho específico sobre a violência da mulher não. Porque eu acho que isso é, é uma coisa que tem que ser feita prá população como um todo Né!? (Marta, 44 anos);

Até o próprio secretário disse assim prá a gente: ‘pôxa! vocês, cadê que ninguém está vendo a problemática do homem!?’ Porque tava tudo assim virado para a mulher, mulher, mulher, mulher. E aí, eu parei um pouco e disse: ‘puxa! realmente a gente tem que chamar atenção de alguma coisa também com relação ao homem’ [...] (Eugênia, 52 anos).

A mulher é percebida como vítima da situação de violência que se sente, muitas vezes, culpada ou que está com algum problema:

As mulheres... é... São muito mais vítimas Né!? (Marta, 44 anos);

[...]a mulher tende a esconder, como se ela também, no fundo, no fundo que talvez ela se sinta também culpada pela própria...que ela fez alguma coisa e aí ela acha que talvez o castigo é esse mesmo [...] (Catarina, 52 anos).

As questões culturais e sociais, assim como a determinação de papéis sociais, para mulheres e homens, são colocadas como determinantes da violência contra a mulher. Entretanto, as questões socioeconômicas, como pertencer a camadas populares, experiência prévia com a violência, desemprego, pobreza ou ter baixo nível de instrução e as questões psicológicas, como patologias, transtornos mentais e uso de álcool e drogas se destacam, apesar de algumas diferenças:

[...] eu acho que têm os patológicos, que existem isso infelizmente, nos tarados, nos assassinos, mas que esses patológicos não são específicos só para as mulheres eles são violentos prá toda a sociedade. (Sofia, 37 anos);

[...] como é que ele foi na vida dele, como é que ele foi criado, que tipo de trauma, que tipo de problema ele teve na infância, o que é que detonou isso, fazer um...buscar um estudo aprofundado em termos psicanalíticos até, porque é que, porque ele tem esse desvio de comportamento, é... ou que fatores sociais interferiram nisso, ir mais a fundo e tentar entender o culpado. (Hélio, 36 anos).

Vale salientar a distância entre as falas do grupo **Ação para as Mulheres e Ação para Todos**, mesmo ambos, de alguma forma, referindo a relevância do problema da mulher em situação de violência. Este coloca a mulher em um lugar de vítima, a partir de um entendimento do lugar de vítima dos que sofrem uma limitação a partir da classe, ou melhor, do estrato social que pertença. Estes são argumentos semelhantes aos utilizados para o entendimento da violência social e da violência de uma forma geral. Já o grupo Ações para as Mulheres destaca a condição de viver em situação de violência como uma consequência da condição de gênero da mulher, a partir de duas perspectivas: compromisso político com as questões dos direitos das mulheres e equidade de gênero.

Um aspecto que se destaca, principalmente no subgrupo das militantes de partido político, é a relação entre violência masculina sobre a mulher motivada pela reação dos homens à emancipação feminina. Essa questão da violência é percebida com uma mudança na sua determinação: inicialmente pelo lugar submisso ocupado pelas mulheres, que agora passaria a ser determinada pela sensação de fragilidade e insegurança que a emancipação das mulheres causaria nos homens. Esse último aspecto é discutido por Schraiber *et alii* (s/d) quando apresenta os determinantes da violência contra a mulher. No entanto, nos dois casos é a questão do poder que aparece enquanto determinante da ação de violência: a violência como atributo da masculinidade, como discutido por Portela (2000). No primeiro momento por ser o 'senhor', o 'dono', e no segundo momento para recuperar este lugar. Nesse ponto é importante salientar o aspecto relacional da construção social do feminino e do masculino, na perspectiva de relações de poder, que aparece nos dois momentos. No entanto, a emancipação feminina parece ser provocadora da ruptura de uma relação de poder, construída historicamente na sociedade, num contexto de desigualdade e impedimento de comunicação.

B – As repercussões da violência contra a mulher na saúde

Grupo Ações para as Mulheres

Os/As informantes deste grupo percebiam repercussões da violência na saúde da mulher em todas as clínicas, com sintomas dos mais variados e somatizações⁵⁸:

[...]o que a gente percebe é como se é... fosse somatizada, como fosse somatizada, desde a saúde mental, [...] à parte ginecológica. isso não foge da clínica médica, não é? porque ela tem as suas taxas... é... sangüíneas aumentadas ou diminuídas, né?... a questão cardiológica, pressão arterial, porque se a mulher vive num, numa opressão né?, sendo violentada por espancamento, psicologicamente, ela vai ter todo o seu quadro [...] (Rose, 34 anos).

Destacam também as emergências, urgências, maternidade, clinica de ginecologia/obstetrícia e até pediatria; e, por fim, repercussões na saúde mental: “[...] aparece na forma dos traumatismos que elas sofrem, aparecem na forma [...] dos problemas psicológicos que daí decorrem; aparecem é... situações de gravidez que se complicam por violência[...]” (Saulo, 44 anos).

Para as militantes do movimento feminista, as repercussões da violência contra a mulher na saúde pouco são percebidas ou investigadas pelos serviços de saúde, pois esses convivem com a violência, mesmo quando parece está “*invisível*”. A mulher procura os serviços objetivamente para intervir em conseqüências da violência quando está no seu limite ou depois de muito ter convivido com a violência e apresentarem uma lesão mais grave.

A repercussão da violência se daria em nível psicológico devido ao sofrimento psíquico e à perda da auto-estima, além das repercussões físicas; a mulher não confia nos serviços de saúde e sente medo e/ou vergonha: “[...]ela fica em casa mesmo, vai prá casa de alguém, da família, de amigos, ela não procura o serviço porque ela tem medo e ela tem vergonha. né!?”(Paula, 50 anos).

Os serviços de saúde de uma forma geral não estão dando respostas adequadas e eficientes para as demandas: “[...] os nossos serviços ainda não estão preparados para ela , principalmente pra violência contra a mulher[...]” (Eleonora, 52 anos), tanto na forma

⁵⁸ Ter um sintoma clínico sem um correspondente causal na ordem do físico e sim do psicológico ou psicossocial.

explícita da repercussão da violência contra a mulher na saúde, quanto na forma implícita dessa, conseqüência do que foi abordado acima. Para eles/as os serviços de saúde não estão preparados para dar solução à questão da violência contra a mulher:

[...] você está lidando com a situação... é... vamos dizer assim, de uma situação bastante delicada que você vai interferir no doméstico, você vai interferir no individual, você vai interferir no conjugal, não é?. Aí entra a violência contra a mulher, pelos pais, pelos filhos, pelo marido, pelo... né? você tem uma interferência muito grande no individual das pessoas, na sua identidade, no seu cultural, não é fácil [...] (Bárbara, 44 anos).

Falta uma rede de atendimento instalada e o atendimento especializado, isso para as informantes dos Municípios II e III; as informantes do Município I fazem referência à rede de serviços e às ações já existentes.

Grupo Ações para Todos

Neste grupo as repercussões da violência contra a mulher na saúde são percebidas: nas emergências, pronto-atendimentos e nos serviços de saúde mental e clínica de psiquiatria. As ações das coordenações de DST/AIDS parecem não considerar a condição da mulher em situação de violência, mesmo seus coordenadores identificando o problema da violência contra a mulher, falam como se suas coordenações fossem separadas, estanques. Para Marta (44 anos) a repercussão também aparece em todo o sistema de saúde quando a mulher busca ser ouvida em seu sofrimento, quando quer um espaço para “*desabafar*”, buscar uma “*oportunidade*” no sistema de saúde. A violência contra a mulher se apresenta como um agravo que precisa ser percebido nas suas causas para se ter uma intervenção eficiente:

[...]a gente não pode tratar o problema só quando ele aparece sem saber a causa. Né!? É como uma doença outra qualquer, que a gente já descobre qual é a doença, já sabe qual é o remédio, mas tem que saber como prevenir, porque se não essa doença vai tornar a reincidir Né!?[...] (Marta, 44 anos).

Dessa forma, os determinantes da violência contra a mulher são percebidos enquanto agentes causadores de uma doença, ou seja, para se ter uma intervenção que promova resultados seria necessário tratar as conseqüências da violência contra a mulher na saúde como se trata uma doença, a partir do paradigma da medicina biomédica (identificação do agente etiológico e ação para eliminá-lo, restituindo, assim, a saúde).

Estes informantes ainda referem que os serviços de saúde têm uma demanda crescente pelo aumento de casos que poderiam ser prevenidos e evitados, ou seja, casos que vão parar no sistema de saúde porque houve uma agressão, uma violência, e se essa fosse evitada, prevenida não existiria o caso – algo como: evitando o criadouro do mosquito da dengue não se tem casos dessa doença. Apenas um informante, refere que o sistema não detecta a situação e conseqüentemente não dá uma resposta adequada, embora apresente o entendimento considerando uma perspectiva que não é de gênero:

[...] eu não sei, não sei até que ponto a Instituição tá.. tá percebendo [...] a gente detecta um problema, não significa que a gente consiga resolver, porque as pessoas não detectam isso como uma doença pra ser tratada. O cara é formado [...] pra tratar doença, pra perguntar a você: ‘o que é você tá...?’ ‘Tô com uma dor aqui’. Passa um remédio e acabou sua dor. Se for uma porrada que você levou de seu marido, ou foi um baque que você caiu da escada, ou que você está trabalhando muito no tanque, pra ele tá pouco se lixando. Ele tratou sua dor e você foi embora pra sua casa.a gente tem o dever de tentar... provocar essa consciência nas pessoas, principalmente no PSF, que o conceito do PSF é de intera... interação, integração e maior enraizamento com a população.” (Pedro, 44 anos).

Os estudos demonstram o quê, de alguma forma, foi citado pelo grupo **Ações para as Mulheres**: o sistema de saúde não identifica os casos e quando identifica não sabe como proceder. Os/as profissionais de saúde não reconhecem a mulher espancada e quando o fazem oficialmente é na proporção de um para cada 10 casos. A assistência se limita ao tratamento da lesão física em si e, muitas vezes, as mulheres ainda são culpabilizadas pela agressão sofrida.(Dossiê..., 1999).

Os/As gestores/as, desse estudo, apresentam uma idéia sobre as repercussões da violência contra a mulher na saúde, semelhante às encontradas por Schraiber e d’Oliveira (1999), pois fazem uma relação da violência contra a mulher com os serviços de saúde mental ou introduzem o/a profissional da psicologia na equipe responsável pela intervenção específica. Esse aspecto foi destacado, de uma forma ou de outra, por todos os grupos. Para Schraiber e d’Oliveira (1999), isso demonstra uma forma de não enfrentamento da questão pelos serviços de saúde por enquadrá-la na ordem do psicológico.

Um outro aspecto relevante, se refere à percepção dos/as gestores/as sobre as dificuldades para intervir nos casos de violência contra a mulher. Esses/as apontam como uma

dificuldade para a implementação da ação precisar intervir em um problema do espaço privado, das relações pessoais. Questão também apontada nos estudos de Silva (1999) e Camargo (2000).

C – As ações propostas para as mulheres em situação de violência

Grupo Ações para as Mulheres

Os/As informantes desse grupo referem propostas para garantir respostas efetivas, ou melhor, mais adequadas e que resultem numa solução do problema, a partir de ações que considerem as questões de gênero no seu planejamento e funcionamento. Os/As militantes de partidos políticos destacam “[...] *o compromisso político[...] a mulher já tem um nível de organicidade estrutural dentro do Partido [...] que pautou e agendou e se transformou de fato numa prioridade, e a gente enquanto Governo [...] tem isso como agenda prioritária*” (Sabrina, 40 anos). Apenas as informantes do Município I referem sobre a implantação de ações dessa natureza, os dois outros municípios estão em fase de planejamento, embora o Município III pareça mais estruturado que o Município II, nessa fase, pois já referiam o início de algumas ações. Dentre as propostas de ações, algumas são referidas por todos/as os/as gestores/as desse grupo: a) “*capacitação*”/ “*sensibilização*” dos servidores, inclusive a equipe de gestão preparação para uma ação resolutiva na questão da violência contra a mulher a partir das questões de gênero: “*a gente acabou de assinar um Convênio com uma ONG [feminista], pra capacitar todos os profissionais da rede de saúde, tá certo?! No atendimento as mulheres vítimas de violência sexista e doméstica, né?*” (Rogério 49 anos); b) atuação “*intersetorial*”, “*multiprofissional*”, “*intermunicipal*”, “*transversal*” ou “*integral*”. Usam esses termos para destacar a necessidade de ações para além da medicina biomédica quando se pensa em dar solução para um problema que reflete nos serviços de saúde, mas não pode ser apenas por esses resolvido. Referem que o problema da violência contra a mulher precisa ser visto com um problema da sociedade e não do casal; c) implantação de um instrumento de registro, sistema de informações; e o principal, para as informantes definição de um protocolo para a intervenção e da notificação compulsória dos casos; d) a “*decisão política*”, o “*compromisso político*”, a “*sensibilidade*” do gestor/a ou da gestão para o problema e para a intervenção neste sendo que essa decisão sofre influência

“*das prioridades que o gestor enxerga*” (Saulo, 44 anos). O perfil epidemiológico é considerado, mas é o compromisso político que determina a efetivação desta ação:

[...] tem uma coisa também que se chama vontade política, que a partir disso, é onde a gente consegue realizar mais procurando... é... digamos assim, procurando outros meios para poder realizar as ações que a gente pretende [...] (Rose, 34 anos);

Embora algumas percebam limites nessa decisão política ou nesta sensibilidade dos/a gestores/as: “[...] só não sei se esse é o entendimento geral dos gestores”.(Laura, 34 anos), compromissos assumidos parecem pressionar para a implementação das ações. Esses compromissos se referem às demandas do movimento feminista via a participação desse movimento nas instâncias de controle social e na gestão: “*o movimento feminista que pressiona*” (Teresa, 41 anos).

Laura e Teresa colocam de forma explícita a necessidade de mudanças no modelo do sistema de saúde, a partir de “*um olhar menos crítico e mais solidário...de apoio*” (Teresa, 41 anos) baseado numa noção de gênero e na construção de uma nova abordagem das políticas públicas, entre essas a da saúde, a partir de um “*olhar*” de gênero (Laura, 34 anos). Já Paula (50 anos) fala da necessidade de uma atitude “*fraterna*”, além de solidária. Por fim, para elas, se faz necessário instrumentos de registros desses casos, para que se possa ter a magnitude exata do problema nos respectivos municípios.

Grupo Ações para Todos

As propostas para dar respostas aos casos de violência contra a mulher são citadas como “*intenção*”, ou ainda incipientes ou que a violência contra a mulher não é um tema específico de sua área de trabalho ou da sua coordenação, ou ainda por ter outra prioridade mais emergente. Algumas falam de seu limitado conhecimento das ações da gestão no tema referido: saúde da mulher em situação de violência. Outros/as falam sobre a violência contra a mulher e utilizam o exemplo da criança ou do homossexual: “*casos de violência contra a criança que é mais de acordo com o meu trabalho Né!? E isso me choca especialmente Né!?*”(Marta, 44 anos). As ações que objetivam o combate à violência, a necessidade de ações intersetoriais e a formação/sensibilização dos profissionais não se apóiam em concepções de gênero especificamente ou principalmente:

Eu acho que a gente precisa ter forças pra mudar essas desigualdades, que aí sim, a gente vai acabar com a violência doméstica, com a violência social, que aí é essa que provoca tudo o que é tipo de violência. É claro que a gente vai ter as patologias e as pessoas que não se enquadram; mas a partir do momento que ele não é tolhido, que ele não é violentado, ele é muito menos capaz, muito menor a chance dele ser um violentador, dele ser um agressor. (Pedro, 44 anos).

As ações propostas tendem a considerar a violência de uma forma geral e a violência contra a mulher aparece como um exemplo dentre outros grupos que sofrem violência. A **decisão política** enquanto elemento importante para a efetivação das ações foi colocado de uma forma geral ou no sentido do estabelecimento da nova proposta da atual gestão:

[...] É toda uma criação, toda uma formação do profissional, que ele não quer se envolver com o problema dos outros e eu acho que a gente tem que se envolver mesmo, nós que estamos com a população que necessita de... de tudo. A gente tem que se envolver [...] (Pedro, 44 anos).

Os/As gestores/as desse último grupo apresentam uma assimetria entre o discurso, a partir de uma perspectiva de gênero, e as ações propostas para as mulheres em situação de violência. O discurso revela uma perspectiva de gênero mais próxima da norma, como também foi encontrado no estudo de Nogueira (2000), anteriormente apresentado, ou seja, o discurso se refere às ações integrais e as ações continuam centradas na saúde reprodutiva. No caso do presente estudo, os/as gestores/as parecem fazer um discurso da diretriz instituída pela gestão municipal, no que se refere a uma perspectiva de gênero. No entanto, quando discursam sobre as ações mostram os valores e as representações, que sustentam as propostas para as mulheres em situação de violência, distintas da perspectiva de gênero.

Das propostas destacadas pelos/as gestores/as, principalmente dos grupos **Ações para as Mulheres**, muitas delas são semelhantes as que Schraiber e d'Oliveira (1999) enumeram como ações necessárias para a implementação dos serviços para as mulheres em situação de violência. Essas ações partem, para as autoras, de uma compreensão a partir de uma noção de gênero que determina uma ampliação das ações em saúde para além do modelo de ações em saúde convencional:

- acolher as experiências de violência vividas pelos próprios/as profissionais (de saúde, assim como os/as policiais), com supervisão e suporte;

- engajar os profissionais da escuta, com formação humanista, como psicólogas/os, enfermeiras/os e assistentes sociais;
- abordar o tema, pensar em canais mais adequados para a expressão do problema; busca ativa e protocolo de registros, como apontado por Oliveira (1999);
- acolher, qualificar e tratar com respeito e sigilo o que for revelado;
- perceber a violência como algo que sai dos limites da saúde e não apenas como uma intervenção de saúde “curativa” do problema;
- perceber a violência como uma situação de injustiça e como algo indesejável, sem esquecer que tal experiência traz consigo a “[...] possibilidade de transformação pela consciência do processo a que se submete” (Schraiber e d’Oliveira, 1999, p.23);
- expor as alternativas disponíveis de apoio/acolhimento e intervenção (DDM, apoios jurídico e psicológico, casa abrigo, ONGs, entre outros);
- colocar a mulher que vive em situação de violência, como responsável pela escolhas e decisões que tomar, o serviço oferecendo as opções e ela escolhendo o destino que quer dar a sua vida.

Ou seja, reorganização dos serviços para que se possa garantir a integralidade, que depende das redes assistenciais e do trabalho em equipe na saúde e da interdependência de ações profissionais; de referência e contra-referência, encaminhamento intersetorial; além da definição das possibilidades e limites da assistência de saúde dentro da questão da violência doméstica (d’Oliveira e Schraiber, 1999 e 2000).

Por fim, a partir das falas desses/as gestores/as, algumas questões se destacam: 1) apenas falar sobre essas ações ou mesmo integrá-las às ações existentes, necessariamente, não promovem a assistência demandada pelas mulheres. Seria necessário que essa perspectiva de gênero promovesse uma reforma ampla (epistemológica e pragmática) nas atribuições, responsabilidades e práticas do sistema de saúde a partir da inserção dessa perspectiva, como propõem Schraiber e d’Oliveira (1999; 2000); 2) a inserção social desses/as gestores/as e suas trajetórias de formação profissional e de militância parecem determinar as diferenças apresentadas em seus discursos; e 3) o aspecto relacional do conceito de gênero e de violência contra a mulher, aparece como um dos fatores que possibilitou a convergência da maioria dos/as gestores/as para um mesmo grupo, apesar de diferenças na forma da construção das representações.

4 - REFLETINDO SOBRE AS FALAS DOS/AS GESTORES E GESTORAS

Os resultados anteriormente descritos permitem algumas considerações a partir dos objetivos propostos: conhecer as representações sobre saúde da mulher em situação de violência de gestores/as das secretarias municipais de saúde e investigar o papel dessas representações enquanto determinantes de decisões políticas, concernentes a ações de saúde dirigidas à mulher em situação de violência. É importante considerar o aspecto descritivo desse estudo, assim como seu limite enquanto um estudo de casos exemplares, ou seja, são alguns exemplos do que pode estar acontecendo no universo maior, mas que aqui não se pretende generalizar nenhum dado que foi observado.

Outro ponto importante que é preciso considerar para se refletir sobre as falas analisadas é a influência do termo de consentimento, assinado por todos/as informantes, e o lugar de onde suas falas foram solicitadas.

O termo de consentimento aparece recentemente como conduta obrigatória do/a pesquisador/a nos estudos envolvendo seres humanos. O/A informante precisa ser informado/a sobre os objetivos da pesquisa, seu método e possíveis interferências/conseqüências para quem dela participar. Precisa ainda assinar em duas vias juntamente com a/o pesquisador/a e mais duas testemunhas.

No caso desse estudo, seria importante estimular o/a informante para uma fala mais livre e menos dirigida na tentativa de ter acesso às idéias existentes sobre o tema e, dessa forma, tentar identificar as representações existentes, nesse grupo pesquisado, sobre a saúde da mulher em situação de violência. Num segundo momento tentar-se-ia identificar qual a relação dessas representações com a definição por ações em saúde para essas mulheres. A necessidade de apresentar, no início da entrevista, o tema que seria abordado pode ter influenciado as falas. Tinha-se o cuidado de, ao anunciar o tema sobre o qual a entrevista versaria, não explicitar o objetivo do estudo usando expressões como: “saúde da mulher e o SUS” ou “saúde da mulher e violência”. A primeira expressão era utilizada verbalmente para a marcação da entrevista e a segunda é a que consta no termo de consentimento. Assim, pode-se pensar que uma investigação sobre a influência de determinadas representações sobre a definição de políticas de saúde específicas pode apresentar resultados distintos quando o/a

informante não sabe sobre a expectativa do/a entrevistadora/pesquisadora e quando ele/a tem uma “pista” sobre o que a entrevistadora quer investigar.

O outro ponto que seria importante considerar nesta análise é o lugar da fala dos/as informantes, ou seja, esses/as foram solicitados/as a falar sobre um tema a partir de um lugar de gestão e por ocuparem esse lugar é que foram escolhidos e solicitados a falar. Esse lugar de gestor/a pode ser considerado como um lugar que pressupõe poder, responsabilidade, exposição à crítica e confrontos políticos. Os/As informantes são pessoas que ocupam um lugar de representação de um grupo político (social ou partidário), por competência técnica ou por compromissos políticos. Dessa forma, pode-se pensar que a fala dos/as gestores/as, a partir do lugar político e de poder, pode ser influenciada pelas características desse lugar. Assim, talvez seja prudente pensar que as falas analisadas são as falas de quem fala enquanto gestor ou gestora e que tinha a sua fala sendo gravada. Dessa forma, não podemos afirmar que as idéias faladas pelos gestores seriam as mesmas se fossem solicitadas de outros lugares sociais em que a pessoa falasse de si sem os comprometimentos de representar uma gestão. Por outro lado, são representações nesse lugar de poder que, dentre outros fatores, viabilizam decisões pela a implementação ou não de determinadas políticas de saúde.

A discussão que se segue considerará três aspectos: a relação entre as repercussões da violência contra a mulher e o aumento dos custos do sistema de saúde; a relação das falas dos gestores/as com seus cargos, municípios e os grupos em que ficaram enquadrados neste estudo; e a participação do movimento feminista na determinação das ações para as mulheres em situação de violência.

O impacto sobre o sistema de saúde: demanda e custos

De uma forma geral, os gestores/as referem sobre o aumento dos custos do sistema relacionando com o aumento da demanda: “[...] *o cara tá doente e utiliza uma mulher vai o que? Vai provocar doenças prá ela que vai onerar o tratamento e se vai gastar dinheiro com uma pessoa que poderia é ... ser evitado se ela não tivesse sido agredida[...]*” (Eugênia, 52 anos), ou seja, aumento das pessoas que não procurariam o sistema se não existisse a violência; isso considerando dois aspectos: a procura pelo sistema de saúde nos casos mais graves – nas agressões físicas; e a chegada de várias formas, em toda a rede de saúde, sem ser adequadamente tratada. Ou, num outro aspecto, o aumento do custo para o sistema está

relacionado com a necessidade de realizar uma nova ação, que exigiria um investimento de recursos em ações específicas, conseqüentes de uma decisão da gestão:

Aumenta o custo financeiro no sentido que você passa a demandar uma nova ação no município, e para isto você tem que dispor de, de recursos não é? é... acho isso uma conseqüência de uma de uma definição política dessa gestão de promover maior equidade. (Laura, 34 anos).

Para alguns/as essas ações não demandariam grandes custos por se referirem apenas à formação de pessoal sem necessitar de grandes e caras tecnologias:

[...] não é uma ação que encareça. Até porque a equipe já está ali [...] A mesma equipe que atende uma mulher vítima de violência só que com uma sensibilização. O investimento, o custo, ele seria um custo de sensibilização de... Prá envolvimento da equipe, mas, não seria um custo no dia-a-dia, na rotina do serviço [...] (Sofia, 37 anos)

No entanto, para outros, essa ação de formação de pessoal ou proposta de atuação preventiva é algo caro e não barato como se propaga:

[...] a gente precisa quebrar é... é... alguns tabus tipo assim: prevenção é barato, assistência primária é barato. Não é barato! Um trabalho sério, educativo que você, vamos dizer assim, implantar determinados programas, determinadas ações, né? elas são caras, são muito caras, tá certo? [...] (Rogério, 49 anos)

Os/As informantes querem mostrar, nesse caso, que independente do custo, que essa decisão implicasse, a realização do compromisso social e político referente à questão da violência contra a mulher era o mais importante. Entretanto, parece haver uma convergência no que se refere à necessidade de decisão política pela priorização da ação para esta se realizar. Para alguns seria o compromisso em minimizar “*os custos sociais*” que a violência contra a mulher desencadeia.

Duas questões podem ser destacadas neste contexto, a partir de uma perspectiva de gênero no entendimento do sistema de saúde: 1) a invisibilidade dos casos de violência contra a mulher que existem no sistema de saúde nas suas diversas formas. Os/As gestores/as que percebem de alguma forma esse impacto, algumas do grupo **Ações para as Mulheres**, utilizam o argumento do direito, da equidade, e não da diminuição de custo, numa perspectiva preventiva, ou do aumento da demanda; 2) a não consideração do papel de cuidadora da mulher, papel construído socialmente e que é colocado para as mulheres: a mulher sem

resolução de suas queixas continua vivendo os conflitos e passa a ter dificuldade no cuidar, o que, por outro caminho, causa aumento de custo do sistema pela minimização da sua atuação em tarefas do cuidar das crianças e idosos, aumentando, assim, a procura pelos serviços. Mesmo que a perspectiva de gênero não estivesse a serviço da mudança desses papéis atribuídos às mulheres, a relação entre as funções do cuidar, assumidas pelas mulheres, e a dificuldade em realizá-las, por estarem vivendo em situação de violência, não são referidas pelos/as gestores/as. E esse é o tipo de argumento que muitas vezes serve para justificar ações específicas para as mulheres na relação com o custo⁵⁹.

A partir dessas reflexões pode-se dizer que os recursos da saúde, cada dia mais limitados, são investidos sem o entendimento do universo das usuárias das ações oferecidas e considerando a perspectiva do/a gestor/a, que na maioria das vezes não é usuário/a do SUS.

A preocupação com a boa aplicação dos recursos públicos aparece mais como uma preocupação do grupo **Ações para as Mulheres**, principalmente no subgrupo dos militantes de partido político, que concentra gestores comprometidos com a Reforma Sanitária, no entanto justificam o investimento a partir do compromisso político e não devido ao aumento do custo do sistema. O subgrupo das militantes movimento feminista argumenta a partir da defesa dos direitos das mulheres ficando a discussão do custo como algo em segundo plano.

A elevação do custo, na linha de pensamento de Schraiber *et alii* (s/d) e d'Oliveira e Schraiber (2000), existe porque a procura pelo sistema é sistemática, pois o sistema de saúde não apresenta solução para o problema que a mulher traz. Dessa forma, a mulher procura várias vezes e em vários momentos o sistema de saúde, que não percebe a origem da queixa ou quando percebe não tem como intervir. Determinando, assim, o agravamento proporcional da lesão pelo tempo de convivência com a violência e pela própria falta de uma intervenção adequada quando da procura inicial pelo sistema de saúde.

A fala sobre a repercussão da violência contra a mulher, no volume de recursos gastos pelo sistema de saúde, mostra que o compromisso político com a causa, defendida pelo movimento feminista e assumida pela gestão, é o principal argumento. A discussão sobre a magnitude do problema dentro do sistema, e o custo elevado dessa demanda, a partir do conhecimento sobre os agravos que chegam ao sistema, é percebida mas não é destacada enquanto argumento para a decisão pela ação. Isso chama a atenção, pois é a utilização de um argumento que corrobora com a idéia de que a questão da violência contra a mulher é uma

⁵⁹ Para aprofundar essa questão Machado, 1999.

questão do movimento feminista e a gestão, comprometida com esse, delibera pela implementação da ação, sem demonstrar que essa questão tem uma implicação para o sistema de saúde como um todo, como outros agravos definidos como problema de saúde pública.

Esse aspecto do discurso dos/as gestores/as provoca uma reflexão sobre a importância da discussão sobre os custos ‘para’ ou ‘da’ implementação de políticas de saúde. Para o caso das ações de saúde da mulher em situação de violência os/as gestores/as entrevistados apontam a existências de uma definição não governamental (pauta do movimento feminista) para uma ação que repercute enquanto questão de saúde pública que apresenta uma relevância técnica, como outras ações de saúde pública, e que se relaciona com a utilização de recursos públicos. No entanto, essa última questão não é a que se destaca entre esses/as gestores/as.

Existe um silêncio sobre o argumento do custo-benefício das repercussões da violência contra a mulher no sistema de saúde que leva a uma reflexão: as ações para as mulheres em situação de violência fundamentadas e justificadas principalmente a partir de um argumento político e deixando o técnico-gerencial como secundário, podem determinar dificuldade para sua continuidade. Dessa forma, a continuidade e a implementação dessas ações dependeria mais do tipo de relação ou influência do movimento feminista com a gestão municipal do que de sua repercussão no sistema de saúde.

Os/As gestores e gestoras: cargos, municípios e grupos

Uma questão que se destaca é a relação entre o grupo no qual o/a informante foi enquadrado e o cargo ocupado por esse na gestão. O grupo **Ações para Todos** ficou basicamente com os coordenadores de DST/AIDS e as diretoras de planejamento, e o grupo **Ações para as Mulheres**, as coordenadoras das Coordenadorias da Mulher e os/as os secretários/as titulares. A maior distância entre uma noção de gênero e as ações para as mulheres em situação de violência está entre os coordenadores de DST/AIDS, neste estudo específico: *“[...] a mulher é que tem mais prejudicada dentro do, do programa do SUS na área da AIDS, já que a contaminação para heterossexuais aumentou, e aumentando aumenta a de mulher, se aumentando a de mulher vai pegar a criança. Então a visão da gente é essa.”* (Eugênia 52 anos)

Isso faz com que se reflita sobre o que determinaria este afastamento. Desses/as, uma se coloca como realizando um trabalho afastado das outras coordenações, além de ter sua sala

bem longe das salas das demais coordenações e direções da Secretaria de Saúde. Num outro município, o gestor apesar de estar integrado com as outras coordenações, tanto no planejamento quanto na aproximação física, fala como se tivesse um tanto afastado, principalmente nas questões das mulheres em situação de violência, que para ele se dá pelo afastamento do próprio movimento de mulheres das questões das DST/AIDS.

Fazendo uma relação entre os municípios e os grupos que os/as informantes foram agrupados/as (Anexo 09) percebe-se uma correspondência entre o grupo **Ações para Todos** e o Município II, ficando quatro dos cinco informantes da secretaria de saúde deste município no grupo que apresenta um hiato entre a fala, a partir de uma noção de gênero, e as ações propostas para a saúde da mulher em situação de violência. Desse grupo participam apenas um informante de cada um dos outros dois municípios. O Município II apresenta uma dificuldade mais destacada na infra-estrutura, como dificuldade de recursos humanos e financeiros, apresenta a equipe com mais limitações na formação e um discurso que separa idéia e ação. Vale destacar que essa noção de gênero se limita à percepção de uma assimetria entre os gêneros e sendo o gênero masculino mais valorizado. No entanto, o discurso apresenta uma compreensão a partir da classe social ou da atenção às “minorias” ou “excluídos”. E essa fala também pode ser percebida enquanto a expressão da norma, a partir da definição de Bozon (1995). A diferença na construção social dos papéis para mulheres e homens e a relação disso com a violência contra a mulher é uma espécie de ‘discurso correto’, ‘adequado’, ‘esperado’ ou a norma. Talvez por estarem num cargo de um governo, que defende o estabelecimento de políticas de gênero e que tem o compromisso com o partido político e com o movimento feminista.

Os/as informantes do Município I se dividem entre o discurso mais feminista e o discurso mais partidário e o Município III tem seus/suas gestores com uma maior concentração no grupo **Ações para as Mulheres**, mais especificamente entre os militantes de partido político, onde o discurso de gênero tem uma relação com o partido, com a militância partidária. Não tem nenhum informante do Município II compondo o subgrupo dos militantes de partido político. Isso pode ser percebido como este subgrupo tendo assimilado, entre seus valores, a perspectiva de gênero com apoio ou influência do partido político ao qual tem ligações: “[...] o que eu falei até agora não está desvinculado de minha opinião pessoal, não. Ou seja, a minha opção política vem antes de mais nada de minha opção individual, tá certo? [...]” (Rogério, 49 anos). Tem ligação porque tem identidade com sua forma pessoal de

ver o mundo, seus valores e crenças. No subgrupo das gestoras com militância feminista, ficaram duas integrantes de cada um dos municípios e entre essas as coordenadoras das Coordenadorias de Mulher, que apresentam o discurso mais próximo do movimento feminista. No discurso dessas mulheres é a perspectiva de gênero que direciona o olhar e a análise sobre a mulher em situação de violência e as ações necessárias para essas. A maioria das informantes está na gestão para a introdução dessa perspectiva nas ações políticas desenvolvidas pela gestão.

O grupo **Ações para Todos** essa relação com as demandas do lugar da gestão – pelos partidos políticos e movimentos sociais - são assumidos de forma superficial, ou seja, assumem em seus discursos a norma proposta que não faz parte, pelo menos na fala expressa, dos valores e crenças que embasam a percepção do problema e as formas de solucioná-lo.

A experiência do/a gestor/a aparece como um aspecto importante das suas representações e também no processo de intermediação entre a norma (considerada nesse estudo como a pauta do movimento feminista, o programa de governo comprometido com esse movimento e as expectativas para os cargos e a gestão) e a prática (as ações para as mulheres em situação de violência), além das inter-relações entre representação e norma e representação e prática. A ação do/a gestor/a não se apresenta como algo mecânico, uma transposição direta ou linear do que o lugar de gestão ou o programa de governo determina. Sua forma de perceber, problematizar a questão, além dos compromissos assumidos no decorrer de suas militâncias políticas, sejam sociais ou partidárias, ou não assumidos aparecem como fator importante que precisam ser considerados nesse universo da implementação das políticas de saúde.

O movimento feminista

Todos/as os/as informantes, com exceção de três, percebiam o movimento feminista ou movimento de mulheres como um parceiro ou com participação direta nas ações das secretarias de saúde (Anexo 07). Integrantes do Município I e do Município III se concentram nesta idéia:

[...] não é que o movimento feminista indicou a Coordenação, mas a gente auscultou inclusive o movimento feminista na própria definição da coordenação, tá certo? ou seja, a coordenação foi bem aceita pelo movimento, tá certo? a gente tem articulações no sentido, inclusive de

trabalhar com essas, com esse movimento através de suas ONG's, tá certo? na construção dessa, dessa política, né? [...](Rogério, 49 anos)

[...] A grande força é o movimento de mulheres, o movimento de mulheres ele tem sido é fundamental em todas essas lutas prá melhorar a qualidade de vida da mulher. Então daí, com essa pressão do movimento, se passou a falar mais, a discutir. Hoje a gente tem propostas, tem o Ministério da Saúde com um protocolo de atendimento às mulheres vítimas de violência [...] (Teresa, 41 anos)

Com a percepção de que não existe uma participação desse movimento na gestão ficaram metade dos/as gestores/as do Município II(3):

[...] é interessante porque apesar do município, de nosso município ser tão próximo da capital de, deveria tá com muitos movimentos organizados da sociedade civil é... muitos deles apesar de tá dentro do município trabalham lá fora. (Eugênia, 52 anos).

A participação desse movimento também era percebida através das instâncias de controle social – Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde. Para quatro quintos de todos os/as informantes que fizeram referência ao controle social, as demandas para ações dirigidas às mulheres em situação de violência existem a partir da organização e articulação do movimento feminista ou movimento de mulheres dentro dessas instâncias: “[...] *eu faço parte do conselho municipal de saúde e, representando (ONG feminista). né!? é... no setor de usuários. e então nós estando presentes no conselho, com certeza, a, a questão da mulher tá presente porque nós estamos lá prá defender exatamente isso.*”(Paula, 50 anos). Era como se a demanda por essas ações só existisse porque as mulheres organizadas estavam lá para fazê-la, e no caso da ausência dessas mulheres as demandas não eram referidas. Essa idéia concentrou todos os informantes do Município III com exceção de uma que não falou sobre esse tema. Já os Municípios I e II se dividiram na forma de perceber a questão, mas os/as informantes concentram-se mais na idéia da demanda específica pelas ações, para as mulheres em situação de violência, só existir pela presença do movimento de mulheres no controle social.

Outro aspecto importante é a organização das mulheres feministas dentro dos partido políticos, mais uma vez, nesta fala de Sabrina (40 anos): “[...] *a mulher já tem um nível de organicidade estrutural dentro do Partido[...] que pautou e agendou e se transformou de fato numa prioridade, e a gente enquanto Governo [...] tem isso como agenda prioritária*”,

promovendo pressões, debates e compromissos quando na organização da plataforma eleitoral até a estruturação do governo, ocupação de cargos e planejamento das ações.ⁱ

Essa questão se destaca, pois parece reforçar a necessidade da participação efetiva desse movimento no processo de implementação de políticas para as mulheres em situação de violência tanto através dos partidos políticos quanto via o controle social – na forma dos Conselho Municipal de Saúde - , como foi orientado na Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher - Beijing 95 (Plataforma..., 1995). Apesar da crise dos Movimentos Sociais discutida por autores como Alonso (1995), Burity (1999) e Durán (1993), o movimento feminista é percebido como fator determinante na implementação de ações em saúde para as mulher em situação de violência.ⁱⁱ Essa questão aparece na influência da Secretaria A e da sua secretária, “*uma feminista histórica*” (Carmem, 43 anos), no desenvolvimento das ações para as mulheres em situação de violência no caso do Município I, como foi salientado tanto nas falas quanto nos documentos, como os relatórios de gestão. O Município II parece apresentar, a partir da fala dos informantes, uma organização de mulheres menos consistente pois foi pouco referido nas falas dos/as informantes.

No Município III existe uma proposta ampla de ações para as mulheres e estão descritas ações específicas para as mulheres em situação de violência, além de uma proposta de articulação e de como fazer essa articulação entre as várias secretarias e as várias ações. E é neste município que o movimento feminista está melhor articulado e organizado, desde a campanha eleitoral; tem uma participação efetiva nas instâncias de controle social; e apresenta uma maior consistência quando comparado com os movimentos dos outros municípios. As mulheres organizadas nesse movimento participaram efetivamente da Conferência Municipal de Saúde e determinaram ações para a saúde da mulher em situação de violência de forma mais detalhada e específica. Esse aspecto chama a atenção, pois mesmo num município que se estruturou para atuar a partir da noção de gênero, com uma instância de governo específica e mais estruturada que as dos outros dois municípios, são as mulheres do movimento feminista que pressionam pela realização das ações. Essa pressão aparece como importante, pois temáticas que não são prioritárias na pauta feminista não são percebidas como relevantes nas demais ações para as mulheres, como referiu Hélio (36 anos) que não percebe uma priorização das demandas feministas pra as questões das DST/AIDS; como percebe para as questões da violência contra a mulher, o que determinaria o afastamento de sua coordenação das ações para as mulheres em situação de violência:

[...] temos profissionais que militam ou militaram, mas são feministas, e isso sempre o olhar do movimento feminista está presente em nossas ações e as preocupações de agir dentro dos preceitos do movimento feminista ou de alguma das correntes porque são várias delas, é... esteve sempre presente. Daí até a preocupação tipo: com a questão de gênero, a preocupação com alguns discursos que possam não parecer discursos machistas ou preconceituosos ou até não feministas, entende? Então a partir do momento que a gente tem essa preocupação e busca pessoas que tenham esse tipo de informação por estarem próximas ou totalmente integradas no movimento, já é uma contraface, agora que a demanda venha delas, não.” (Hélio)

Esses resultados apontam que as ações são uma resposta da gestão à demanda do movimento feminista, e mesmo existindo, em algumas falas, a justificativa de uma demanda da saúde pública e dos dados epidemiológicos, o primeiro argumento é o que se destaca.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo final pretende articular as informações obtidas a partir das falas dos/as gestores/as com a literatura inicialmente apresentada e expor o que este estudo concluiu depois da reflexão sobre as representações dos/as gestores/as sobre a saúde da mulher em situação de violência e o papel dessas representações enquanto determinantes de decisões políticas por ações para essas mulheres.

Uma questão que se destaca se refere às representações sobre a mulher em situação de violência e a violência contra a mulher. A percepção sobre como as mulheres lidam com a situação de violência, a relação entre o lugar de vítima ou cúmplice, o aspecto relacional dos papéis de mulher agredida e homem agressor e, por fim, as posturas ambivalentes assumidas, questões que foram destacadas pelos/as gestores/as entrevistados precisariam considerar alguns fatores:

- 1 – Dificuldade das mulheres em lidar com o poder, já que em sua socialização apreende um papel de subordinação e dependência, Identificação da mulher com o papel de submissa e a dificuldade de se assumir enquanto sujeito: autônoma e responsável por si mesma;
- 2 – Condições de desvantagem na competição pelo poder, pela dificuldade anterior e pela acumulação de carga de trabalho e responsabilidade (dupla, tripla jornada de trabalho);
- 3 – Condição de ‘cidadã de segunda categoria’, apresentando-se de forma diferenciada da existente em momentos anteriores na história; ou seja, uma aparência de igualdade num contexto de opressão disfarçado;
- 4 – Distância entre o entendimento do que é violência contra a mulher e direitos da mulher para mulheres de estratos sociais diferentes;
- 5 – Identificação de aspectos positivos e de poder dentro da situação de violência, que é percebido e valorizado pela mulher que vive a violência e não é percebido pelos/as que propõem e trabalham a prevenção e a assistência às mulheres em situação de violência, como constatou Brandão (1998).

Destacar os aspectos positivos dentro de uma relação de violência pode ser determinado pelo próprio limite da condição de gênero ou pelo medo ou dificuldade de assumir seu poder, se empoderar, por ter o modelo masculino como modelo de poder. Modelo esse que parece não ter oferecido às mulheres o que fora prometido, pois as mulheres se depararam com um acúmulo de funções e carga de trabalho que vem trazendo muitas

dificuldades, percebidas e analisadas até por feministas brasileiras históricas.⁶⁰ O que não nega a legitimidade da luta das mulheres contra o lugar de submissão socialmente determinado para elas, no entanto, apresentando uma questão para ser avaliada, analisada e discutida: os objetivos e estratégias do movimento feminista para a conquista da equidade de gênero ou para a conquista de poder pelas mulheres. Um aspecto que pode ser destacado nessa reflexão seria que poder é esse buscado pelas mulheres? Necessariamente seria a partir do mesmo paradigma de poder considerado pelos homens? Só uma digressão!

Neste momento, é importante retomar: 1) o trabalho de Fontes e Neves (1992), que descreve as categorias: a **perspectiva de gênero** e “**cegueira**” **de gênero**; e 2) as diretrizes apontadas nas convenções internacionais pelos direitos das mulheres, nessas a percepção da assimetria constitutiva de gênero é apontada como condição para a promoção de mudanças nas ações efetivamente realizadas para as mulheres. Talvez não seja apenas a percepção da assimetria entre os gêneros construída socialmente que determine, necessariamente, a implementação de políticas de saúde específicas, e sim como esse conceito, idéia, enfim, representação é utilizada ou determina a compreensão de uma dada situação; no caso desse estudo, a saúde da mulher em situação de violência e a definição por ações específicas para essas mulheres promovidas pelos/as gestores/as da saúde. Quando a noção de gênero aparece apenas como norma, no sentido apresentado por Bozon (1995), não se percebe uma articulação entre a idéia e a proposta de ação, pois a existência de uma nova norma não repercute de imediato em uma nova representação, fazendo com que normas novas convivam com representações antigas, determinando assim, um hiato entre a fala, a partir de uma perspectiva de gênero, e o planejamento para as ações, a partir de outros valores, outras representações. Entretanto, quando a idéia existe enquanto uma representação, também segundo Bozon (1995), como algo mais internalizado, mais estrutural, mais estável para quem fala, a articulação com a proposta de ação ficava mais evidente, mesmo que os motivos para a assimilação da norma enquanto representação se desse por caminhos diversos – como foi observado no grupo **Ações para as Mulheres**. Retomando a reflexão de Machado (1999) para a viabilização de uma ação coletiva são necessárias mudanças individuais referentes a sistemas de pensamentos. Essa reflexão pode ser complementada com as idéias de Giami (1997) sobre as representações. Para ele essas estão ligadas também a fatores como história pessoal, conhecimento científico e técnico e organização do trabalho.

⁶⁰ Para mais detalhes consultar Paramio (1988) e a entrevista de Rosiska Darcy de Oliveira, publicada em

Em suma, a partir da fala dos gestores/as estudados, são as mulheres feministas que pressionam pelas ações para as mulheres e, em particular, para as mulheres em situação de violência. As demandas por essas ações aparecem ainda como questão do movimento feminista e não como referente a uma questão da saúde pública e, conseqüentemente, da sociedade.

As ações em saúde para as mulheres em situação de violência parecem de fato demandar uma intervenção que precisa de um novo paradigma do que é ser mulher e esse paradigma redefinindo o que é saúde, atenção e assistência em saúde a partir de uma perspectiva de gênero mais internalizada, que problematiza a questão, como discutido por Schraiber e d'Oliveira (1999; 2000) e Schraiber, *et alii* (s/d), e pensar a ação a partir de uma idéia mais ampla, como uma questão também de saúde pública e não pontual de um movimento social. Falar a partir de uma perspectiva de gênero não determina necessariamente uma percepção nova das atribuições, limitações e práticas dos serviços de saúde, principalmente, quando essa perspectiva se resume a uma norma estabelecida, não fazendo parte das representações, enquanto camada antiga e estável, um nível mais simbólico, mais implícito da visão de mundo das pessoas, visão de mundo considerada, neste estudo, no aspecto da visão sobre um tema específico. Não bastam novos paradigmas, é preciso que esses façam parte das representações dos que assumem lugares de poder e decisão política. Um aspecto relevante, considerando as idéias de Machado (1999), é a possibilidade de uma proposta de mudança reforçar o que está instituído, principalmente, quando a fala sobre a proposta fica apenas como proposta e não como ação. Todavia, para uma mudança de ações a mudança de normas aparece como importante. Até porque se apresenta como o aspecto mais fácil e rápido de conseguir uma mudança, quando comparada com as representações e as práticas. Dessa forma, a mudança das normas pode ser tomada como relevante dentro do processo de mudança mais amplo, mas que apenas essa mudança não determina mudanças de ordem estrutural. Por outro lado, pode-se pensar que mesmo nos casos dos gestores estarem se referindo a norma, isso é um aspecto positivo, pois a perspectiva de gênero está de alguma forma presente e pode contribuir na formação de novas representações.

Diante do que foi observado, a noção de gênero assimilada pelos gestores/as, independente do caminho ou da motivação, favorece decisões por ações de saúde da mulher em situação de violência, dentro de um contexto maior de compromisso político da gestão

com o movimento feminista e, principalmente, pela pressão exercida por esse no que se refere à implementação de políticas públicas para as mulheres e, dentre essas políticas, para as mulheres em situação de violência.

NOTAS

ⁱ A questão da influência das mulheres feministas nos partidos políticos que baseiam suas ações em ideais socialistas é uma discussão polêmica, com alguns estudos e longas discussões no interior dos partidos e dos movimentos feministas. No entanto, esse espaço para a discussão de gênero no interior dos partidos que abordam a luta de classe foi conquistado em alguns partidos. As mulheres organizam demandas a partir da noção de gênero nos partidos políticos como : discussão das questões de gênero como necessária e fundamental dentro do bojo das discussões de classe (Borba, Farias e Godinho, 1998). Esse aspecto era um ponto de conflito dentro do grupo que defendia o Socialismo. Alguns argumentavam que a luta das mulheres estava a serviço do capitalismo, sendo uma luta das mulheres burguesas. Mesmo assim, as mulheres começaram sua organização no interior de partidos. Tentavam demonstrar que a luta por uma sociedade mais justa, igualitária, sem as explorações do capitalismo passa necessariamente pela equidade de gênero. Esta discussão ganha importância a medida que se coloca, como contexto da luta organizada das mulheres que, de uma forma ou de outra, se refere à manutenção do capitalismo ou à resistência, à luta pelo socialismo.

Valadares (1999), por exemplo, destaca os próprios escritos de Marx e Engels em que, mesmo sem usar o conceito de gênero, esses autores percebiam a divisão do trabalho entre homens e mulheres para a procriação como a primeira divisão de trabalho, além de considerar a primeira opressão de classe a do feminino pelo masculino. Refere Valadares que o próprio Engels considerava a opressão feminina pelo masculino com o mesmo peso teórico do conceito de classe. Engels defendia uma idéia que extrapolava o reducionismo economicista, pois acreditava em uma concepção materialista da história e que isso não significava considerar o fator econômico como o único. Para Engels esta compreensão converteria a tese marxista a uma sistematização “vazia, abstrata e absurda”(Valadares, 1999 p. 11). Valadares (1999) continua sua argumentação caracterizando dois tipos de movimento feminista: o feminismo reformista burguês em que as conquistas se limitam às correções de desigualdades legais e o feminismo emancipatório , que pretende uma transformação social mais ampla e radical. Este último se fundamenta nas seguintes bases teóricas: 1) a divisão sexual do trabalho determina a participação desigual na produção e na reprodução; 2) a opressão de classe interligada à opressão de sexo; 3) a visão de gênero constituída considerando os atributos culturais na diferenciação do feminino e do masculino; e, por fim, 4) o socialismo sendo assumido como o projeto capaz de possibilitar o fim das discriminações de gênero, de raça, de classe, sendo esta a mais abrangente. Diante de tais argumentos, pode-se dizer que trata-se de um movimento que objetiva uma transformação ampla da sociedade que não se limita a conquistas pontuais que garantam o sistema. Valadares (1999) apresenta uma visão da luta de gênero tendo bases históricas e desenvolvida teoricamente pela ótica do marxismo.

Talvez estas considerações sejam necessárias para o entendimento das diferentes compreensões sobre a questão de gênero e dos motivos que determinam a natureza e a forma de conquista das mulheres durante esse processo de luta.

ⁱⁱ A crise dos Movimentos Sociais poderia sugerir um enfraquecimento das demandas dos movimentos organizados para com os governos, no entanto os informantes do universo pesquisado não percebem assim.

Alonso (1995), Burity (1999) e Durán (1993) referem questões importantes a respeito dessa “crise” e da reorganização desses movimentos em seus objetivos e estratégias para conseguir atingir suas metas. Essa questão também parece ser importante para se entender porque as demandas de diferentes grupos

parecem fragmentadas, não integradas, ficando as demandas pelas ações em saúde também assim: fragmentadas e não integradas.

A mudança ocorrida na estrutura social das sociedades ocidentais, conseqüência dos ideais de Estado Mínimo, regulação de mercado, flexibilização das relações de trabalho, pode ser caracterizada pelo fenômeno da fragmentação. Começou a existir um abandono das políticas sociais, redução de salário e desemprego em massa. O rápido desenvolvimento de tecnologia, cada vez mais avançada no processo de produção, é também um fator que precisa ser considerado nesse contexto de mudanças do ideal de Estado Mínimo, assim como a presença do capital especulativo no mercado financeiro.

Percebe-se, dessa forma, a degradação do sentido coletivo, geral, público das ações coletivas, o que leva a mudanças dos valores dominantes na sociedade. Os movimentos sociais convertem-se em ações em busca de satisfações das necessidades e do poder aquisitivo do grupo que se mobilizou. Não existem mais os pactos macro-corporativistas, apenas os restritos às micro-corporações, particularização das reivindicações e setorialização dos conflitos. Aparecem dificuldades de agregação das demandas, dos espaços, das identidades. (Alonso, 1995)

Este ponto chama a atenção pois este tipo de organização corporativa e fragmentada dificulta mobilizações que tenham poder político de pressão para possibilitar transformações estruturantes numa sociedade. Cada grupo ficando preocupado com questões de seu restrito interesse limita as possibilidades de conquistas até para as suas próprias questões específicas. Seria uma forma paliativa ou mesmo extremamente restrita, com poucas oportunidades de continuidade.

Para Burity (1999) no Brasil convivem ao mesmo tempo os movimentos sociais – que lutam por mudanças em nível estrutural - e os novos movimentos sociais – que realizam intervenções pontuais e que não buscam mudanças na estrutura do sistema. Dessa forma, é categórico em afirmar que existem movimentos sociais fora dos países do Norte. Atraso econômico e tecnológico não são álibis para emergência, crise ou desaparecimento de movimentos sociais. A análise não parte mais da expectativa de mudança total de estrutura, de instalação de um novo momento, nova estrutura geral como pensava o marxismo ortodoxo. Também não se trata de movimentos para manter o sistema, seriam intervenções dirigidas a pontos determinados objetivando uma nova sociedade, formação de nova subjetividade, práticas articulatórias, formação de redes sociais. A articulação em rede seria uma nova dimensão política, caracterização dos movimentos sociais enquanto sociais e políticos e destacando a subjetividade dos indivíduos quando percebe que a mudança de valores nos indivíduos determinará mudança da vontade individual e simultaneamente dará origem a uma mudança coletiva.

O argumento de Burity, acima referido é complementar ao de Alonso, pois considera que é factível uma organização que busque mudanças coletivas e que o discurso único cai diante dessas considerações. A partir dessas idéias, podesse entender que os movimentos sociais são viáveis, que podem colaborar com uma organização social que privilegie valores mais humanos de cidadania, equidade e solidariedade.

Esses argumentos apresentam-se como importantes diante do que foi referido pelos informantes. O movimento feminista aparece enquanto determinante na demanda das questões da saúde da mulher em situação de violência para os municípios, além de apresentar seu discurso nos governos de forma mais efetiva a partir de suas militantes organizadas nos movimentos sociais e nos partidos. Como foi observado nos grupos I e II.

Reforçando os argumentos de Alonso (1995) e Burity (1999), Duran (1993) cita o aumento da pobreza, principalmente das mulheres – o fenômeno de feminização da pobreza (Anderson, 1994), a concentração de riquezas e a flexibilização das relações de trabalho, que determinaram desemprego em massa e enfraqueceram os sindicatos, levaram à crise dos movimentos sociais. Estes sofreram influência, se reorganizaram, apresentando características que, em muitos casos, sustentavam o sistema. Entretanto aponta um diferencial: considera a noção de gênero, no decorrer do argumento propositivo, para um referencial de resistência ao modelo neoliberal. Duran (1993) refere a necessidade de feminização dos sujeitos e superação da dicotomia público/privado. Esses espaços devem ser percebidos com suas características peculiares, mas estas não se limitam à participação de homens e mulheres separadamente. A estes espaços são atribuídos valores e homens e mulheres precisam participar da construção de ambos os espaços.

Este argumento vai se apresentando como uma idéia mais otimista, que apresenta propostas de construção para os movimentos sociais que consideram sua crise, o momento histórico e a noção de gênero. Para Durán(1993), o desenvolvimento dos movimentos sociais se apresenta como uma via para autonomia do social frente ao político. Não defende algo utópico, mas propõe caminhos possíveis, sem desconsiderar as dificuldades. Refere a necessidade das seguintes ações: conscientização que desenvolva uma atitude de crítica perante o consenso modernizador do neoliberalismo; organização em rede, pensamento global, atuação local, mas ligados a uma coordenação geral; mobilização em níveis micro e macro ; e, por fim, a transformação concreta das estruturas. Refere ainda a necessidade de uma nova ética que estruture a nova subjetividade do projeto alternativo, contra-hegemônico, como por exemplo: lógica da necessidade e não do consumo; valorização do social e não apenas do individual; consideração de cada pessoa a partir de suas particularidades; produção de bens e serviços socialmente úteis, entre outros. Em resumo, seria a recuperação de valores mais profundamente humanos, valorização das questões ditas femininas: sentimentos, comportamentos e tarefas (como o cuidar), a expressão de emoções e as atividades ligadas ao espaço privado.

Para concluir este item, se faz importante salientar que crises são momentos importantes de avaliação e redirecionamento. Hoje os partidos e movimentos sociais que fazem resistência ao projeto capitalista, consideram a relação entre a opressão de gênero e de classe, sendo a questão de gênero integrante de uma plataforma diversificada. Os movimentos de mulheres tentam uma articulação em rede, trabalhar questões locais, pontuais sem perder o objetivo mais amplo, um objetivo para o coletivo, como por exemplo, a Marcha Mundial das Mulheres – contra a pobreza e a violência sexista, que objetiva uma articulação internacional das mulheres desde 1995 e que em 1999 já contava com a participação de mulheres de 140 países. São ações que se constituem como oportunidades para construir uma nova sociedade pautada em valores humanos e que não percebe diferença como desigualdade.

Diante dessas colocações, pode-se pensar que todo o processo, vivido pelas mulheres, de conquistas por um lugar social de poder, assim como das dificuldades vividas, foram determinados e influenciados pela organização política e social destas. À medida que a organização dos movimentos sociais, de uma forma geral, e do movimento de mulheres, mais especificamente, sofre mudanças, estas se refletem no processo de emancipação da mulher do espaço exclusivamente privado para o acesso ao espaço público e ao poder político.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSON, Luis Enrique. *Postfordismo, fragmentación social y crisis de los nuevos movimientos sociales*. Madrid: Pablo Iglesias, 1995.

ANDERSON, Jeanine. *Feminizacion de la pobreza*. Lima: Red Entre Mujeres, 1994.

ARTICULAÇÃO de mulheres brasileiras - AMB. *Políticas públicas para mulheres no Brasil: balanço nacional cinco anos após Beijing*, Brasília: AMB, abr/2000.

BORBA, Ângela; FARIA, Nalu; GODINHO, Tatau (Orgs.). *Mulher e política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998.

BOZON, Michel. Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, ano 03, pp. 122- 135, 1º semestre, 1995.

BRANDÃO, Elaine Reis. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: BRUSCHINI, Cristina e HOLLANDA, Heloísa Buarque (Orgs.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, pp. 51-84, 1998.

BRASIL. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, mai/ 1983.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. In: LACERDA, Eugênia, et alii. *O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais*. 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS*, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BURITY, Joanildo. A. Caminhos sem fim – caminho do fim? Movimentos sociais e democracia. In: PONTES, Bruno. Augusto. S.M.F. (Org.). *Movimentos sociais: produção e reprodução do sentido*. Recife: Ed. UFPE, pp.13-57, 1999.

CAMARGO, Márcia. Novas políticas públicas de combate à violência. In: BORBA, Ângela; FARIA, Nalu; GODINHO, Tatau (Orgs.). *Mulher e política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, pp. 121-135, 1998.

CAMARGO, Márcia. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n.22, pp. 6-8, nov/2000.

CARDOSO, Maria Helena C. A.; GOMES, Romeu. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 16, n.2, abr/jun/2000. (13 páginas) capturado em 01/10/01. Disponível na Internet: http://www.capes.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20000002000200&Ing=pt&nrm=is

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, pp. 319 – 335, 1999.

DEMOCRATIZAÇÃO dos poderes municipais e a questão de gênero. Rio de Janeiro: IBAM/Fundação Ford, 1997. (Série Experiências Inovadoras; v.7).

DOSSIÊ: violência contra a mulher. Recife: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Regional Pernambuco. 1999.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia; SCHRAIBER, Lilia B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais, *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 19, pp. 3-4, nov/1999a.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia; SCHRAIBER, Lilia B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, pp.337-355, 1999b.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia; SCHRAIBER, Lilia B. Violência doméstica como problema para a saúde pública: capacitação dos profissionais e estabelecimento de redes intersetoriais de reconhecimento, acolhimento e resposta ao problema. In: *VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Salvador, set/2000, Anais, CD-rom.

DORA, Denise D. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos: conceitos em movimento. In: ARILHA, Margareth; CITELI, Maria Teresa (Org.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Ed. 34, pp. 69-80, 1998.

DURÁN. Ramón. Fernández. *La explosión del desorden: la metrópoli como espacio de la crisis global*. Madrid: Editorial Fundamentos, 1993.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1988.

FRANCO, Iêda Ribeiro. Mulheres em situação de violência doméstica: produção e enfrentamento do fenômeno. In: *VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Salvador, set/2000, Anais, CD-rom.

FONTES, Ângela; NEVES, Maria da Graça. Gestão municipal e perspectiva de Gênero, *R. Adm. Mun*, Rio de Janeiro, v. 4, n.206, pp. 52-63, jan./mar/ 1992.

GIAMI, Alain. Problemática e construção do objeto. In: GIAMI, Alain; VEIL, Claude. *Enfermeiras frente à AIDS: representações e condutas, permanência e mudanças*. Rio Grande do Sul: Ed. da ULBRA, pp. 31-47, 1997.

GIFFIN, Karen. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(Supl. 1): pp146-155, 1994.

GUARESCHI, Pedrinho A. ; JOVCHELOVITCH, Sandra(Orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

HEISE, Lori; PITANGUY, Jacqueline; GERMAIN. Adrienne. Violencia contra la mujer: carga de salud oculta. Relatório preparado para o Banco Mundial, 1994. (Mimeo.) (Manuscrito publicado com o título ‘ Violence Against Women: The Hidden Health Burden’. The international Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, Washington, D.C., 1994)

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n.2, pp. 23-36, 1991.

JOVCHELOVITCH, Sandra. *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2000.

LACERDA, Eugênia, *et alii*. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

LUZ, Daniel C. *Insight 2*. São Paulo: DVS Editora, 2002.

MACHADO, Leda M. V. *A incorporação de gênero nas políticas públicas: perspectivas e desafios*. São Paulo: Annablume, 1999.

MENDONÇA, Lígia. Mulher e saúde: uma avaliação contemporânea. In: BORBA, Ângela; FARIA, Nalu; GODINHO, Tatau (Orgs.). *Mulher e política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, pp. 101-111, 1998.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Atenção integral ou saúde reprodutiva? Para uma hermenêutica das políticas de saúde da mulher. In: *VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Salvador, set/2000, Anais, CD-rom. (Versão resumida).

OLIVEIRA, Fátima. Violência contra a mulher é uma questão de saúde pública. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 19, pp. 10-12, nov/1999.

PARAMIO, Ludolfo. *Tras el diluvio. La izquierda ante el final de siglo*. Madrid: Siglo XXI, 1988.

PLATAFORMA Beijing 95: um instrumento de ação para as mulheres. Santiago do Chile: Isis Internacional, 1996.

PORTELLA, Ana Paula. Abordagem social sobre a violência e saúde das mulheres. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 22, pp. 17-19, nov/2000.

SCHRAIBER, Lilia B; D'OLIVEIRA, Ana Flávia L. Paula. Violência contra a mulher: interfaces com a saúde. *Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação*, v.3. n.5, pp. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, Lilia B; D'OLIVEIRA, Ana Flávia L. P; STRAKE, S. S.; LIBERMAN, M. D. Violência contra a mulher políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? s/d.. Mimeo.Texto para curso.

SILVA, Maria Dulce. Violência doméstica e sexual: o invisível e o indizível nas relações de gênero. In: FERREIRA, Mary. 1999. (Org.). *Mulher, gênero e políticas públicas*. São Luiz: Grupo de mulheres da Ilha/UFMA, pp. 111-118, 1999.

SOUZA, Edinilsa R.; MINAYO, Maria Cecília S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, pp. 87-116, 1995.

TANAKA, Ana Cristina. O desperdício de vidas numa realidade que não se altera. *Jornal da Redesaúde*. São Paulo, n.17, pp. 3-4, mai/1999.

VALADARES, L. Gênero e emancipacionismo: o clamor da radicalidade. *Presença de Mulher*, São Paulo, n.34, pp. 09-12, 1999.

ANEXOS

ANEXO 01

A aprovação do estudo para o início da coleta de dados (Protocolo de Pesquisa n ° 166/2001- CEP/CCS/UFPE) foi informada através do ofício n ° 317/2001 – CEP/CCS com data de 07 de novembro de 2001. Tem a assinatura da Prof^a Maria Clara Albuquerque (Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa CCS/UFPE).

ANEXO 02

QUESTIONÁRIO

A - Caracterização do/a entrevistado/a

1) Município: Município I Município II Município III
(Na versão apresentada aos/às gestores/as, o nome do município era explicitado. Nesse modelo optou-se por usar a identificação que foi estabelecida para garantir o anonimato)

2) Cargo/status na gestão:

Secretário/a de saúde (SS)
Secretário/a adjunto (SA)
Diretor/a ou coordenador/a de saúde da mulher (SM)
Diretor/a ou coordenador/a de DST/AIDS (DA)
Diretor/a Planejamento (PL)
Outro (OT) Qual? _____

3) Sexo: Feminino (F) Masculino(M)

4) Data de Nascimento

5) Idade anos

6) Cor (raça/etnia): Branca Negra Parda Amarela

Outra Qual? _____

7) Situação conjugal: Solteiro/a Casado/a Estável

Separado/a Viúvo/a Outra Qual? _____

Há quanto tempo? _____

8) Religião: Sem religião Católica Evangélica

Mulçumana Espírita

Outra Qual? _____

Praticante? Sim Não

9) Ocupação/profissão _____

10) Servidor público e/ou trabalhador do SUS: Sim Não

Função/Cargo _____

Há quanto tempo? _____

11) Ocupação/profissão do/a cônjuge _____

12) Renda familiar: De 01 a 03 salários mínimos
De 03 a 05 salários mínimos
De 05 a 10 salários mínimos
De 10 a 15 salários mínimos
Acima de 15 salários mínimos

13) Imóvel residencial: alugado
financiado
próprio
outro Qual? _____

14) Meio de transporte: coletivo
individual

15) Ocupação da mãe: _____

16) Ocupação do pai: _____

17) Formação acadêmica

Graduação _____

Pós-graduação _____

18) Filiação a algum partido político: Sim Não

Qual o partido? _____ Há quanto tempo? _____

Qual o tipo de participação neste partido? _____

19) Participação em algum Movimento Social? Sim Não

Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Como se dá esta participação?

Comentários/Sugestões/Avaliação

ANEXO 03

GUIA DE ENTREVISTA

1) Prioridades da gestão (adesão, formulação de política, problemas mais importantes, questões de saúde mais preocupantes, programas/ações prioritários)

2) Atenção às mulheres no município (como está organizada, quais as prioridades, programas para as mulheres, continuidade, prioridades)

3) A violência (como se apresenta, como se organiza a atenção, qual o impacto no sistema, procedência das informações, assessoria, diferenças entre mulheres e homens)

4) Violência doméstica

a) Repercussão da violência doméstica na saúde da mulher

b) Dificuldades e facilidades para a atuação

c) Repercussões chegam em quais clínicas/serviços

d) Aumento dos custos do sistema (Violência crônica)

e) Ações (continuidade, intersetorialidade, organização da gestão para os casos concretos, registro; instrumento, treinamento, sensibilização dos/as profissionais)

f) Interlocuções movimentos de mulheres ou movimentos feministas com secretaria de saúde (pauta do movimento de mulheres)

g) Instâncias de controle social (Conselho Municipal de Saúde, Conselho de Assistência Social, entre outros)

h) Gestão plena do sistema - mudança nas definições das prioridades

REFORÇANDO QUE É UMA OPÇÃO FALAR SOBRE:

5) Dimensões da violência doméstica – visão pessoal

A violência doméstica, a mulher em situação de violência e o homem agressor.

 ANEXO 04 - Quadro demonstrativo dos documentos pesquisados: tipo e quantidade

MUNICIPIOS	Documentos					Total
	Relatório de Gestão 97-00	Plano Municipal de Saúde 2001	Plano Municipal de Saúde 2005	Plano Plurianual 2002 -2005	Plano Operativo Anual	
Município 1	03 ⁽¹⁾	X ⁽²⁾	01	01 (2001-2005)	X	05
Município 2	04	01	01	01 (2002)	X	07
Município 3	04	01	01	01 (2002-2005)	01	08
Total	11	02	03	03	01	20

(1) O relatório de 1998 não foi encontrado

(2) A letra X esta representando documentos que não existem nos determinados municípios

ANEXO 05 - Quadro descritivo das ações citadas nos documentos pesquisados para as mulheres em situação de violência.

MUNICÍPIOS	Ações de saúde da mulher em situação de violência (capacitações, seminários, oficinas, articulação com ONGS, protocolos, implementação de atendimento/centros/serviços de referência, ambulatório especializado)										
	Gestão anterior Relatórios de gestão				Gestão atual Planos de gestão					Plano Operativo anual - 2001	Total
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	- 2005	Propostas aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde			
Município I	0 ⁽¹⁾	X ⁽²⁾	0	6	X	X	03 (01-05)	1	X	10	
Município II	0	0	0	0	0	1	X	X ⁽³⁾	X	1	
Município III	0	0	0	0	0	X	01 (02-05)	8 ⁽⁴⁾	1	10	

(1) Existiram ações para as mulheres que foram realizadas pela Secretaria A, mas não com o tema mulher em situação de violência

(2) Relatório não foi encontrado, os demais X são documentos que não existem no determinado município.

(3) Segundo a diretoria de planejamento do município, as propostas da Conferência de Saúde não apresentaram mudanças substanciais para o Plano de Saúde.

(4) Propostas aprovadas na V Conferência Municipal de Saúde. Nestas as questões de gênero, enquanto equidade de direitos entre mulher e homens, se destacam em várias propostas de ação, assim como a questão raça/etnia. Especificamente, um item "Saúde da mulher, gênero e etnia"

ANEXO 06

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: A saúde da mulher e a gestão plena do Sistema Único de Saúde

Pesquisadora: Madge Porto Cruz

Local de estudo: secretarias municipais de saúde

Mestrado em Saúde Coletiva/PIPASC/NUSP; Cidade Universitária - Recife/PE Fone (81) 3271-8552

Este estudo tem por objetivo conhecer as idéias de gestores/as e diretores/as das secretarias de saúde de municípios de gestão plena do Sistema Único de Saúde acerca da saúde da mulher e da violência. Para isso os/as secretários/as titulares e adjuntos, além dos/as diretores/as de programa de saúde da mulher, de DSTs/AIDS e de planejamento serão entrevistados/as. Estas entrevistas poderão ser realizadas com outros/as integrantes do governo municipal que, de alguma forma, possam referir sobre o tema a cima citado. As entrevistas serão gravadas em fitas k7 para posterior transcrição das falas.

A pesquisa não constitui riscos para os/as entrevistado/as, nem para as/os pesquisadoras/es envolvidas/os, sendo assegurado o anonimato das entrevistas, bem como, o direito do/a entrevistado/a de não participar da mesma, ou retirar-se a qualquer momento, sem prejuízo para este/a.

Os dados coletados e analisados neste estudo contribuirão para melhorar o conhecimento sobre a saúde da mulher e o SUS.

Eu, _____ R
G: _____ entendi as informações contidas neste estudo e declaro livremente o meu consentimento em participar do mesmo, concordando que os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados.

_____, _____ de _____ de 2001.

Entrevistado/a

Pesquisadora

Testemunha

Testemunha

ANEXO 07 - Quadro demonstrativo da distribuição dos/as informantes no que se refere aos temas: gestão plena, controle social e movimento feminista, a partir dos municípios.

	GESTÃO PLENA			CONTROLE SOCIAL			MOVIMENTO FEMINISTA E A RELAÇÃO COM A GESTÃO		
	Autonomia	Autonomia Limitada	Não refere/ Outro entendimento	Não demanda ações	Demanda a partir do movimento feminista ou de mulheres	Não refere	Não participa da gestão	Participa da gestão	Parceria
Município 1	Rose Vânia ⁽¹⁾	Carmem Bárbara	Catarina	Catarina	Vânia Bárbara Rose	Carmem		Bárbara	Carmem Catarina Rose Vânia
Município 2	Paula	Marta Sofia Eleonora Pedro	Eugênia	Eugênia Pedro	Paula Marta Sofia	Eleonora	Eugênia Sofia Pedro	Paula	Marta Eleonora
Município 3	Laura	Rogério Sabrina Saulo Teresa	Dóris Hélio		Laura Teresa Hélio Rogério Sabrina Saulo	Dóris		Teresa Hélio	Laura Dóris Rogério Sabrina Saulo

(1) Refere a autonomia, no entanto destaca a utilização de recursos municipais na realização de ações em saúde que foram priorizadas, como a casa da mulher. Talvez entenda que sem essa autonomia não pudessem fazer uso de seus recursos próprios.

ANEXO 08 - Quadro com a caracterização dos/as informantes.

Número	Sexo/	Data	Tempo	Data	Cor	Situação	Há	Religião	Praticante
--------	-------	------	-------	------	-----	----------	----	----------	------------

da entrevista	idade	da entrevista	da entrevista	de nascimento		Conjugal	quanto tempo		
E.1	F - 52	11.12.01	43'	15/12/49	parda	casada	25 anos	Católica	sim
E.2	F- 34	11.12.01	56'	16/08/67	branca	solteira	05 anos	S/r	xxx
E.3	F - 44	15/11/01	53'	07.07.57	branca	casada	xxx	Católica	sim
E.4	F - 41	19/11/01	54'	27/08/60	branca	casada	18 anos	Católica	não
E.5	F - 43	21/11/01	36'	21/06/58	parda	casada	20 anos	S/r	xxx
E.6	F - 37	22/11/01	51'	17/02/64	parda	solteira	xxx	S/r	xxx
E.7	F - 34	26/11/01	48'	08.11.67	negra	solteira	xxx	S/r	xxx
E.8	F - 43	27/11/01	32'	24/08/58	branca	casada	20 anos	Católica	sim
E.9	F - 44	27/11/01	41'	24/03/57	parda	casada	17 anos	S/r	xxx
E.10	F - 52	12.03.01	20'	24/02/44	branca	casada	26 anos	Católica	não
E.11	F - 43	12.03.01	38'	31/3/58	branca	casada	20 anos	S/r	xxx
E.12	M - 36	12.06.01	55'	27/06/65	branca	solteiro	06 anos	S/r	xxx
E.13	F - 52	12.10.01	48'	21/09/49	branca	solteira	xxx	S/r	xxx
E.14	M - 49	13/12/01	36'	17/07/01	branca	casado	22anos	S/r	xxx
E.15	F - 40	13/12/01	35'	15/07/61	branca	divorc.	14 anos	S/r	xxx
E.16	F - 50	20/12/01	1h30'	26/03/51	branca	separad.	09 anos	S/r	xxx
E.17	M - 44	02.01.02	35'	07.07.57	negra	separad.	06 meses	Católica	não
E.18	M - 44	19/02/02	55'	20/10/57	branca	casado	20 anos	S/r	xxx

Ocupação/	Trabalhador/a do SUS	Cargo/função	Há quanto	OcupaçãoConjug
-----------	-------------------------	--------------	-----------	----------------

profissão	ou servidor/a público		tempo	
Nutricionista/sanitarista	sim	nutricionista	18 anos	autônomo
Antpop. E prof. Ufrpe - prof.ass.ufpe	não	coord.m	7meses	xxx
Médica pediátrica	sim	médica	15anos	médico
Enfer.sanit. E prof.aux.	sim	enfermeira sanitaria e prof.aux.	12a e 2a	admin.acomp.ter
Xxx	sim	sanitarista	19 anos	auditor
Téc.áreasáude	sim	agente de saúde	14 anos	xxx
Professora	sim	coord.m	8meses	xxx
Xxx	sim	med.sant.e coord.açõesb	20a e 1a	professor
Xxx	sim	enferm. ses	16 anos	advogado
Socióloga	sim	dir.planj.	1 ano	economist
Xxx	sim	dir.prev.violênc.	10meses	médico sanitar.
Sociólogo/coord.dst/aids	sim	coord.dst/aids	01 mês	xxx
Enfer.s.públ.prof.ufpe	sim	sec.adjunta	01 ano	xxx
Médico	sim	pesq.cpqam/fiocruz	06 anos	médica
Médica sanitaria	sim	médica sanitar.	14 anos	xxx
Parteira	sim	coord.m	recém n	xxx
Médico	sim	médico sesepmo	12 anos	xxx
Biomédico	sim	biomédico	21 anos	psicóloga

Renda Familiar em Salários Mínimos	Imóvel	Transporte	Ocupaçãomãe	Ocupaçãopai	Formação Acadêmica
05 A 10	Próprio	Coletivo	Doméstica	Funcionário p.	Nutrição
05 A 10	Financ.	Coletivo	Comerciante(falecida)	Aposent.	Ciêc.sociais
15 A +	Alug.	Indiv.	Lar	Aposent.	Medicina
10A15	Alug.	Indiv.	Doméstica	Médico	Enferm.
05 A 10	Financ.	Indiv.	Doméstica	Militar	Odonto.
03 A 05	Financ.	Coletivo	Apos. Educadora	Apos. Func.públ.	História
05 A 10	Alug.	Coletivo	Lar pension.	Apos.marinha(falecido)	Pedago.
15 A +	Próprio	Indiv.	Aposentada	Agricultor	Medicina
10 A 15	Próprio	Indiv.	Doméstica	Aposent.	Enf.spública
10 A 15	Próprio	Indiv.	Dona da casa	Aposent.comércio	Ciêc.sociais
15 A +	Próprio	Indiv.	Doméstica	Comércio(falecido)	Medicina
05 A 10	Financ.	Indiv.	Advogada	Advogado	Ciêc.sociais
15 A +	Alug.	Coletivo	Dona da casa	Empresário	Enferm.
15 A +	Financ.	Indiv.	Comerciante(falecida)	Comerciante(falecido)	Medicina
15 A +	Alug.	Indiv.	Doméstica	Comerciante	Medicina
05 A 10	Alug.	Coletivo	Lar	Apos. Estivador	Enferm.
15 A +	Próprio	Indiv.	Comerciante	Comerciante	Medicinaejournalis.
15 A +	Próprio	Indiv.	Professora	Médico	Biomedicina

Pós-graduação	Partido	Qual	Há	Participação	Qual	Há
---------------	---------	------	----	--------------	------	----

	político		quanto	Mov. Social		quanto
			tempo			tempo
Saúde coletiva e epidemiologia	não	XXX	xxx	sim	Associação de bairro	5 anos
Antrop.cultural	sim	PT	13anos	sim	Mov. Mulheres	12anos
Resid.médica	sim	PSB	10 anos +	não	xxx	xxx
Saúde pública	sim	PT	20 anos	não	xxx	xxx
Saúde pública	sim	PT	21 anos	sim	Mov. Sanitarista	19 anos
xxx	sim	PT	16 anos	não	xxx	xxx
xxx	sim	PT	5 anos	não	xxx	xxx
Sim	não	XXX	xxx	sim	Reforma sanitária	16 anos
Mestranda saúde pública	sim	PT	12 anos	não	xxx	xxx
Planej. Em saúde	não	XXX	xxx	não	xxx	xxx
SAÚDEPB E EST. forence da CR	sim	PT	21 anos	sim	Cr. E adols,mulh.direitos humanos	xxx
Din.Grupo, Tanatologia.e existencialismo	não	XXX	xxx	sim	DST/aids e homossexuais	10 anos
Mestradoenfer.saúde pública	sim	PCdoB	23anos	sim	Fome,seg.alim.,mulheres	4e9meses
Saúde pública	sim	PT	22 anos	sim	Mov.sanitário	20 anos
Resid.Médicae Med.preventivasocial	sim	PT	06anos	não	xxx	xxx
xxx	sim	PT	02 anos	sim	Mov.feminista	14anos
Psiquiatria	sim	PT	12 anos	não	xxx	xxx
xxx	sim	PCdoB	15 anos	não	xxx	xxx

ANEXO 09 – Quadro com a distribuição das características do discurso por tipo de discurso e por município.

MUNICÍPIOS	Discurso que revela noção de gênero		
	Grupo Ações para as Mulheres		Grupo Ações para Todos
	Militantes do movimento feminista - Discurso sistematizado, fundamentado nas discussões do movimento feminista. Generaliza a noção de gênero para as ações em saúde.	Militantes de partido político -- Discurso sistematizado e relacionado ao compromisso político do partido ou da gestão. Generaliza a noção de gênero para as ações em saúde	Discurso não sistematizado e mesclado com outras noções (classe, patologia) Não generaliza a noção de gênero para as ações em saúde
Município 1	Rose Carmem	Vânia Bárbara	Catarina
Município 2	Paula Eleonora		Eugênia; Sofia Marta; Pedro
Município 3	Laura Teresa	Sabrina; Rogério Dóris; Saulo	Hélio
Obs.	1)Todas com vínculo com o Movimento feminista; 2) Maioria com pós-graduação (4); 3) Com idade entre 34 a 52 anos. Cargos: Coord. da mulher(3), coordenação de saúde da mulher(1) ou representante do mov. feminista (duas secretárias adjuntas, ambas sanitaristas).	1)Com exceção de uma, todos com filiação antiga a um mesmo partido partidária; 2) Apenas uma do movimento feminista; 3) Com idade entre 40 a 49 anos. Cargos Secretários titulares(2) e secretário adjunto(1), diretora de planejamento (1), diretoria de ações básicas (1), coordenação de combate à violência (1). (Todos sanitaristas)	1) Metade com pós-graduação; 2) Metade com filiação; 3) Com idade entre 36 a 52 anos.Cargos: Coordenação de DST/AIDS (2) e diretoria de planejamento (2), secretário titular (1) e coordenação de saúde da mulher(1) (Duas sanitaristas).