Parte II — Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

9. Violência de gênero na vida adulta

Carlos Eduardo Zuma
Corina Helena Figueira Mendes
Ludmila Fontenele Cavalcanti
Romeu Gomes
Marcos Nascimento

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ZUMA, C.E., MENDES, C.H.F., CAVALCANTI, L.F., GOMES, R., and NASCIMENTO, M. Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 205-240. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0011>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

9. Violência de gênero na vida adulta

*Carlos Eduardo Zuma, Corina Helena Figueira Mendes,
Ludmila Fontenele Cavalcanti, Romeu Gomes e
Marcos Nascimento*

Este capítulo tem como objetivo estimular o aluno a refletir sobre a violência na fase adulta da vida, a partir de uma perspectiva de gênero. A metodologia adotada foi a apresentação de casos, textos de apoio, vídeos e indicação de bibliografia adicional.

O capítulo está dividido em duas partes: a primeira trata da violência de gênero contra as mulheres, mostrando que esse é um desafio para os profissionais da saúde, e a segunda mostra um olhar sociocultural sobre os homens e a violência. Finaliza com um exercício englobando todo o conteúdo.

Violência de gênero

Caracteriza-se por qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra outra, em uma relação pautada em desigualdade e assimetria entre os gêneros. Pode ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais.

Violência contra parceiros íntimos

É o conceito utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para violência contra parceiros que ocorre em todas as sociedades e camadas sociais. Inclui atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento. Pode ocorrer em ambos os sexos, em parceiros do mesmo sexo, mas as mulheres são mais vitimizadas, especialmente nas sociedades em que as desigualdades entre homens e mulheres são mais marcantes (KRUG *et al.*, 2002).

Por gênero, entendemos a modelação por meio de atributos culturais associados ao sexo e às suas peculiaridades biológicas. Em outras palavras, definimos como gênero os modelos socialmente construídos acerca do que vêm a ser homem e mulher. Esses modelos costumam ser ancorados em hierarquias e desigualdades, estabelecendo relações de poder entre os sexos. Em geral, aos homens são atribuídos papéis que os colocam numa posição superior à das mulheres. Nesse cenário, são muitas as cobranças e pressões (físicas, psicológicas e sociais) para que as mulheres atendam ao poder dos homens, considerado “natural”, facilitando que sejam frequentemente vitimadas pelos homens nas relações interpessoais.

Para mais detalhes sobre esse tema, leia o artigo “Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero”, de Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo e Cláudio Felipe Ribeiro da Silva (2005), publicado no livro *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf

Estudos vêm mostrando que homens e mulheres sofrem violência de gênero. O homem pode cometer violências contra outros homens e contra si próprio para afirmar sua masculinidade. Pode também ser aprisionado, sem perceber, pelas cobranças sociais que o colocam em constante tensão e em permanente necessidade de ter que demonstrar a sua masculinidade (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Por último, não podemos desconsiderar, como violências de gênero, aquelas cometidas por mulheres contra os homens e as cometidas nas relações entre as mulheres. Assim, as relações violência-gênero, atravessadas por questões de classe social, raça/etnia, geração e de filiação a grupos, podem fazer com que homens e mulheres se envolvam em atos violentos, como vítimas ou como autores, para afirmar identidades masculinas e femininas, socialmente construídas.

9.1 Violência de gênero contra as mulheres: um desafio para os profissionais da saúde

Mulheres de Atenas

Chico Buarque

[...] Elas não têm gosto ou vontade
Nem defeito, nem qualidade
Têm medo apenas
Não têm sonhos,
Só têm presságios [...].

Fonte: Buarque ([2018]).

Você encontra a letra completa dessa composição no site: <https://www.lettras.mus.br/chico-buarque/45150/>

Caso Ainda há tempo

Cena 1

Marilene, 53 anos, professora primária aposentada, nasceu no interior de Minas Gerais. Casada há 35 anos com Romualdo, tem três filhos – “dois homens e uma menina”, como ela diz. A filha, a última a ir embora, vive em outra cidade e está grávida. Romualdo é policial militar e trabalha em sistema de plantões. Às vezes, ele bebe um pouco nas suas folgas, mas sempre em casa, “para não desmoralizar a corporação”. Para muitos que os conhecem, a família deles é “perfeita”, o que é motivo de orgulho para Romualdo, que, apesar dos anos de farda e de ver toda sorte de maldade, diz não ter se acostumado com a falta de valores morais dos dias atuais. No entanto, a vida de Marilene não é um mar de rosas. Desde o namoro, Romualdo é ciumento, e o fato de ela ter trabalhado fora por tantos anos sempre foi motivo para cobranças e ofensas. Apesar disso, ela o considera um bom marido. Afinal, para Romualdo, a família vem em primeiro lugar e ele nunca deixou faltar nada em casa.

Mas de uns tempos para cá, a vida de Marilene parece estar “mais pesada”, dando a impressão para as pessoas de que ela está desligada ou triste. Desde o casamento de Larissa, sua caçula, a casa ficou mais vazia, silenciosa e, às vezes, Marilene passa o dia sem conversar com ninguém. Suas companhias são a televisão e Dotinha, uma cachorrinha que seus filhos trouxeram para casa há mais de 12 anos. Ela também está velha e já não quer mais sair para dar os longos passeios das duas. Agora, Marilene percebe que ela, Dotinha, é quem levava Marilene para dar uma volta e ver o mundo. Dotinha doente, Marilene aposentada, os filhos casados, Romualdo fora de casa no trabalho. Mas, pensando bem, Romualdo fora de casa não era de todo ruim. Pior quando ele volta. Vai chegando a hora e Marilene já sabe, suas mãos começam a suar, seu coração a bater mais rápido. Sempre fora assim, anos a fio, mas agora, no silêncio da casa vazia, parecia que ela estava mais abandonada ao “temperamento forte” de Romualdo, que, às vezes, sem que ela soubesse o porquê, chegava acusando-a de coisas que ela jamais fizera ou imaginara fazer.

Parando para pensar, Marilene via que os filhos – que depois de crescidos a defendiam do pai nas discussões – tinham mesmo que seguir sua vida e não ficarem agarrados à barra de sua saia. Mas era difícil vê-los partir, mesmo que ela ficasse feliz por tê-los encaminhado na vida. E disso Marilene tinha orgulho: era uma ótima mãe e seus filhos, formados, fortes e casados eram a prova.

Ela vivera para sua família e sempre acreditara que, com o tempo e a idade, Romualdo fosse melhorar. Sempre tentara ser compreensiva, dando um desconto pela infância difícil que ele tivera, longe da mãe que o abandonara com uma tia, raramente vendo seu pai, que se casara

novamente e constituíra uma nova família, onde ele não tivera lugar. E, além de tudo, o trabalho. O trabalho de Romualdo o deixava muito nervoso. Marilene nunca sabia se ele voltaria para casa ou não. Quando dava uma notícia urgente na televisão sobre tiroteio, o coração de Marilene disparava. E era duro reconhecer: houve vezes em que ela desejara que Romualdo fosse um dos policiais mortos no confronto com os bandidos. Agora, a televisão já nem dava mais essas notícias, toda hora havia policiais mortos em tiroteios, e ela continuava a ter certeza da volta de Romualdo, vivo, pelo mal-estar que sentia quando Dotinha latia junto ao portão.

Em uma manhã ainda começando a raiar, enquanto passava o café de Romualdo, com Dotinha aos seus pés parecendo querer lhe dizer que pelo menos ela sabia o porquê do seu braço inchado e dolorido, Marilene decidiu fazer uma coisa sobre a qual já pensara antes. Depois que o marido saísse, ela pegaria um ônibus para ir ao posto de saúde que ficava distante uns bairros de sua casa. Ela só ia ao médico quando estava doente, sempre no Hospital da Polícia e acompanhada por Romualdo. Marilene via na televisão as campanhas do governo sobre a importância de fazer o preventivo, mas lhe faltava coragem; afinal, era tão constrangedor... E ainda seria pior ficar na consulta com o médico sabendo que Romualdo estava lá fora e depois iria descontar nela. Porque na frente do médico ele era uma pessoa, mas, com ela, era outra. Na noite anterior, por exemplo, ao chegar do trabalho, ele se mostrara zangado simplesmente porque ela havia esquecido de deixar acesa a luz da garagem. E quando Romualdo estava zangado tudo podia acontecer. Ela ainda tentara acender a luz, mas ele torcera seu braço até que ela ficasse no chão, humilhada, e ele gritando que não adiantava mais. Depois disso criticara a sua comida e a mandara parar de fazer drama. Afinal, estava chorando por quê?

Quando seus filhos ainda estavam em casa, ele não a agredia fisicamente na frente deles. Só as paredes de seu quarto e seu travesseiro conheciam, como ela, quem era Romualdo. Marilene já o conhecia muito bem, e sabia que nessa manhã ele se comportaria como se nada tivesse acontecido. Na verdade, seria até atencioso e quando voltasse para casa à noite iria perguntar por que ela não aproveitava para ligar para Larissa. Ela sentia vergonha, nem isso se sentia à vontade para fazer em sua própria casa. Romualdo botara um cadeado no telefone, para ela não ficar “pendurada no fio falando bobagem”. Mas que bobagem ela falaria? E com quem? Seus parentes moravam longe e com o tempo perdera o contato com quase todos. Das colegas do antigo trabalho também tinha poucas notícias. Para quem ela ligaria, a não ser para a filha? Mesmo para os filhos, que moravam na mesma cidade, ela ligava pouco. Não gostava de incomodar e tinha medo que as noras e os genros implicassem.

Marilene estava decidida e esse sentimento, ao mesmo tempo, lhe dava medo e a deixava animada: iria ao médico para cuidar do braço – que estava roxo e doendo depois que Romualdo o torcera na noite anterior.

Para refletir

Liste as formas de violência que você identifica no cotidiano de Marilene.

Quais motivos levam uma mulher a permanecer em uma situação de violência conjugal?

9.2 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Ainda há tempo

Mudanças fundamentais no lugar social das mulheres ocorreram a partir da segunda metade do século XX: a necessidade de se inserirem no mundo público do trabalho; a pílula anticoncepcional, descolando o inexorável medo de engravidar da vivência da sexualidade feminina; os movimentos feministas ganhando as ruas do mundo inteiro, clamando pela igualdade de direitos. Milhões de mulheres brasileiras têm hoje a oportunidade de escrever uma história diferente das de suas mães e avós. Outras tantas se veem obrigadas a ser provedoras de suas famílias e lamentam os tempos passados quando os papéis familiares de homens e mulheres estavam claramente definidos, e o desemprego de seus companheiros e pais não as fazia acumular tantas responsabilidades sozinhas.

As mudanças não se dão por substituições, mas num processo, por sobreposições que deixam rastros e vestígios em nossas subjetividades. Mesmo com todos os valores e as novas marcas agregados, a constituição da identidade feminina não foi abolida, a força do lugar social atribuído à figura materna como responsável pelos filhos, pela ordem e manutenção da família ainda está presente. Na história de Marilene, podemos perceber isso. Em suas reflexões, enquanto repassa parte de sua vida do modo como entende as dinâmicas familiares, ela nos dá um exemplo das relações de força constantes – e muitas vezes desiguais –, presentes entre homens e mulheres. No entanto, a subordinação de Marilene a uma ordem conjugal onde a violência praticada de diferentes formas a faz deprimir e sofrer, não precisa ser imutável, por mais difícil que pareçam as mudanças para o curso da vida de mulheres com histórias como a dela. Na vida de Marilene, a violência não começou no episódio daquela noite. Ela está presente em diferentes graus e formas durante toda a sua vida conjugal, expressando relações assimétricas e de tensão que se intercalam com episódios de uma breve trégua, muitas vezes fazendo os envolvidos acreditarem que as relações serão diferentes a partir do episódio violento, caracterizando o que é denominado de ciclo da violência.

Figura 1 – Ciclo da violência

Fonte: Adaptado de Cardoso (1996) e Soares (1999).

Você conhece a Lei Maria da Penha? Ela foi sancionada em 2006 e representa um marco nos direitos das mulheres em relação ao tema da violência de gênero. Para saber mais sobre ela, acesse: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/noticias-violencia/lei-maria-da-penha-completa-dez-anos-saiba-o-que-ela-diz/>

Sabemos pouco sobre a família de origem de Marilene, mas podemos perceber que ela vive um determinado isolamento social que não ocorreu de repente e que está presente em muitas das histórias de mulheres que, como ela, vivem situações abusivas junto aos seus parceiros íntimos. Em sua história, encontramos vários elementos que sinalizam a cronicidade dessa situação, assim como fatos que vêm contribuindo para sua vulnerabilidade: a idade de Marilene, sua aposentadoria, os filhos que saíram de casa, o envelhecimento da cachorra e o contexto do trabalho de Romualdo. E a tudo isso somam-se os medos e receios de perdas, bastante frequentes em situações similares à dela. Exemplos são o medo da reação do companheiro e a possibilidade de ele agredi-la, abandoná-la ou mesmo de matá-la; o medo de perda da família como espaço onde seu papel social de mãe e esposa é reconhecido; o medo de perder a guarda dos filhos, quando esses são crianças ou adolescentes, e de que eles a responsabilizem pela separação e pelo sofrimento; o medo de perder sua casa e ficar sem nada, como se esta representasse o espaço de segurança que a família deveria ser.

Se pensarmos sobre todos esses medos e muitos outros que povoam as mentes e os corações dessas mulheres, poderemos compreender um pouco de suas dúvidas e de seus impasses – o que para nós, durante os atendimentos, pode ser entendido somente como uma situação de exposição a graves riscos à saúde e à segurança delas.

Caso Ainda há tempo

Cena 2

Mais um dia naquele calor interminável e senhas sem fim! Adriano estava formado há pouco mais de cinco anos e não podia ainda dispensar o emprego público no posto de saúde. Apesar de sua residência médica ter sido em angiologia, lá ele era clínico geral. Adultos de todas as idades e com todos os problemas esperavam que ele resolvesse tudo com uma receita e, quem sabe, com alguns pedidos de exame. Ele respirou fundo e se dirigiu à porta do consultório com a ficha do próximo, ou melhor, da próxima paciente: Marilene Azevedo.

Uns dias eram piores do que outros, e esse parecia ser um daqueles! Adriano começava a se sentir mal, desconfortável, sem saber o que fazer para ajudar aquela mulher. A consulta já se alongara mais do que de costume e ele não conseguia ter certeza sobre suas suspeitas. Será que aquela mulher estava sendo agredida por seu marido? Como saber a verdade? Como ter certeza sem perguntar diretamente, e como perguntar uma coisa dessas a uma senhora como aquela? Pela ficha, dona Marilene nem era tão idosa, mas por algum motivo lhe parecia familiar, talvez pelo seu jeito materno e discreto. Adriano afastou essa ideia e tentou se concentrar, pensando em qual seria a melhor forma de ajudar a paciente.

Prescreveu um anti-inflamatório para a torção do braço, que ela alegava ter acontecido quando caíra de uma cadeira na véspera. A história dela não o convencerá, mas ela também não confessava que o marido a agredira. E se ela dissesse, o que ele, um médico, faria? Não tinha ideia sobre como agir em uma situação dessas! Não era a primeira vez que desconfiava que uma paciente pudesse estar sendo agredida pelo marido ou namorado, mas como não tinha certeza e elas eram evasivas, acabava não confirmando suas suspeitas. Até porque elas, na maioria das vezes, não retornavam. As queixas eram as mais diversas e os motivos alegados também.

Mas, naquela manhã, o caso de dona Marilene tinha mexido com ele. É, talvez já fosse hora de tirar umas férias ou largar aquele emprego no posto! Estava ficando com o coração mole. Lembrando-se de um cartaz que vira no corredor e de uma circular que recebera da direção da unidade havia pouco tempo, Adriano então abriu uma pasta de impressos e preencheu o “Formulário padrão de encaminhamentos para casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher”, que as pessoas no posto chamavam de “encaminhamento da VVI (Vítimas de Violência Intrafamiliar)”. Depois, encerrou a consulta, pedindo a dona Marilene que entregasse aquele papel na recepção. A partir daí, eles agendariam uma consulta com a assistente social ou a psicóloga. Um pouco constrangida, ela agradeceu, estendendo-lhe a mão. Ele a acompanhou até a porta, como se ainda houvesse algo a fazer por ela. Ao ver a porta se abrir, o próximo paciente se levantou. Adriano pediu que ele esperasse um pouco, entrou no consultório e afrouxou o colarinho da camisa sob o pesado jaleco branco. Ele precisava respirar um pouco antes de continuar sua rotina de trabalho.

Para saber mais sobre o tema leia: “Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro” de Tatiana dos Santos Borsoi, Elaine Reis Brandão e Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti, em *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 165-174, 2009.

Profissionais da saúde conversam sobre o caso de Marilene

Marilene gostara do doutor Adriano. Ele até lembrava seu filho mais velho. Parecia sério, competente. Ela se sentira confusa ao sair do consultório, mas também aliviada. Afinal, o que fora fazer lá? Do que estava se queixando? E o que ele queria saber com aquelas perguntas? Bom, ela gostara dele. Pena não ter marcado outra consulta. Mas, também, os médicos são tão poucos e tão ocupados! Ela tivera sorte de conseguir ser atendida na primeira vez e até se sentiu meio culpada ao pensar que poderia ter ido ao Hospital da Polícia.

Enquanto esperava pela sua vez na recepção, Marilene pensava sobre o encaminhamento do doutor Adriano. O que eram essas letras “VVI”? Será que ele suspeitara de alguma doença que nem ela sabia que tinha? Como diz o ditado popular, “quem procura, acha”. O que será que ela procurava, indo ao posto? O que havia encontrado? Mas não, ela logo se tranquilizou. Se fosse alguma doença, o doutor Adriano a teria encaminhado para um outro médico, e não para a assistente social ou a psicóloga. Será que ele achava que ela estava sofrendo dos nervos por ter quase chorado durante o atendimento? Marilene ficou na dúvida se deveria ou não marcar aquela consulta, mas, como gostara do médico, resolveu dar uma chance. Depois decidiria se iria ou não. Isso dependeria de a consulta coincidir com os plantões de Romualdo. Marilene saiu do posto um pouco mais animada, experimentando uma sensação estranha de ser um pouco mais dona de si.

Para refletir

O que você, profissional da saúde, sentiria ao suspeitar que pode estar atendendo uma mulher em uma possível situação de violência conjugal? Liste três de seus pensamentos e três de seus sentimentos.

Em sua opinião, por que Marilene não contou ao doutor Adriano sobre a verdadeira causa de seus machucados e sobre a situação de violência em que vive?

Análise a abordagem do profissional e o processo de escuta presente no atendimento. Diante da suspeita do doutor Adriano, qual deveria ter sido a conduta dele? Existe um momento ideal para o profissional da saúde abordar com uma mulher sua suspeita de violência conjugal? Em nosso caso, como fazer se Marilene não retornar à unidade de saúde?

Agora, volte à primeira questão proposta nesta reflexão e analise os pensamentos e sentimentos listados por você.

9.3 Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso Ainda há tempo

Quando estamos no trabalho de todo dia, raramente temos tempo e oportunidade de conhecer como pensam as pessoas que atendemos. Perguntamos sobre seus corpos, sobre aspectos de seus estilos e hábitos de vida; às vezes ouvimos como elas se sentem, mas não percorremos os caminhos de suas histórias, suas formas de compreender o mundo e os determinismos e atalhos que as levaram a procurar atendimento na rede de saúde. Assim, quando recebemos mulheres como Marilene nos postos, ambulatórios e outros setores, especializados ou não, acabamos por perguntar aquilo que julgamos ser importante para o melhor atendimento, mas desconhecemos que outros motivos podem tê-las levado a nos procurar. No entanto, por vezes acreditamos que algo não apresenta nexos nos relatos que ouvimos e nos sentimos instigados a descobrir. A isso o doutor Adriano deu o nome de verdade.

Nos atendimentos a pessoas vítimas ou envolvidas em situações de violência conjugal, conheceremos suas versões sobre as experiências que viveram, e estas nos serão narradas dependendo do vínculo pessoal e institucional que estabelecermos no atendimento. Histórias como as de Marilene são bastante frequentes, mas nem sempre estamos preparados para descobri-las por meio dos sinais e pistas apresentados por mulheres, que, como ela, estão assustadas e divididas entre o desejo e a expectativa de serem cuidadas e protegidas por nós, rompendo com

Leia mais sobre o assunto no artigo “Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro”, de Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes e Cosme Marcelo F. Passos da Silva (2000), disponível no site: www.scielo.com.br.

o silêncio da violência conjugal, e, ao mesmo tempo, temem ser descobertas e mais expostas a essa mesma violência.

O doutor Adriano estava na hora e no local certos para atender a uma dessas mulheres, mas ele não se sentia preparado, embora ocupe um lugar estratégico para o atendimento às formas mais sutis de violência intrafamiliar que acomete mulheres adultas. A ele, clínico geral, elas chegam trazendo suas queixas confusas, que diferem das relacionadas às questões reprodutivas femininas, e assim estariam sendo atendidas pelos ginecologistas e obstetras. As manifestações clínicas podem ser agudas ou crônicas e suas repercussões, físicas, emocionais e sociais. Profissionais da saúde, como o doutor Adriano, atendem casos de traumas acidentais domésticos, de inflamações e dores pélvicas, dores de cabeça, asma, síndrome de intestino irritável, depressão, ansiedade e distúrbios de sono e alimentação, sem saber que esses quadros podem encobrir histórias como a de Marilene. O seu papel, assim como o de cada profissional da saúde, deve ser o de contribuir para a construção de uma vida sem violência para essas mulheres e suas famílias.

Caso Ainda há tempo

Cena 3

Marilene procurou não se atrasar para a consulta, pois dessa vez não precisaria de senha: estava agendada com a assistente social. Anete era jovem para já ser formada, pensou Marilene ao ser recebida de forma atenciosa por ela. No começo, desconfiada, Marilene ouvia e respondia com o mínimo de palavras. Mas Anete parecia compreender o que Marilene passava. Ela perguntou se Marilene sabia por que estava ali, e diante de sua negativa com a cabeça, explicou que aquele era um ambulatório para atender mulheres e seus familiares vítimas de violência que acontecia em suas próprias casas, daí aquela sigla no papel do encaminhamento do doutor Adriano: VVI (Vítima de Violência Intrafamiliar).

Aos poucos, Marilene ia se sentindo à vontade e contando sua história. Conforme falava, percebia que era escutada com interesse e sua alma ficava mais leve. O tempo da consulta passou voando. Ao mesmo tempo, tinha a impressão de que falara mais naqueles minutos do que no último ano inteiro. E o engraçado é que também se sentia sabendo mais sobre o que acontecia com ela e com tantas outras mulheres que viviam em silêncio suas histórias de violência e de pouco diálogo com seus companheiros. Marilene se perguntava como ela, uma professora primária que assistia a tantos programas de televisão e lia o jornal todos os domingos, nunca pensara no que tinha em comum com as mulheres

que apareciam nos noticiários, e das quais tinha pena. E pensava: “Como ela aguenta isso do marido? Por que continua casada?” Sem que Anete a obrigasse a falar, ela havia contado muito sobre sua vida e sentia como se houvesse contado para ela mesma o que tentara ocultar com lágrimas e sofrimento durante todos os anos de namoro, noivado e casamento com Romualdo.

Ao final do atendimento, Anete perguntou se podiam marcar para que ela retornasse na semana seguinte. Marilene desconfiou, achando muito rápida a próxima consulta, mas teve coragem de dizer:

– Não me leve a mal, está sendo ótimo conversar com a senhora, mas eu não vou me separar do meu marido, destruir a minha família, só porque falei sobre tudo isso aqui. Verdade que Romualdo às vezes exagera, mas não posso ir a uma delegacia contar o que acontece comigo para colegas dele! Quem ia acreditar em mim?

– Eu entendo, dona Marilene, mas não se preocupe. Não espero que a senhora tome decisões que podem mudar sua vida sem que tenha certeza do que quer. Hoje a senhora começou a conhecer um pouco mais sobre os seus direitos e agora sabe que não está sozinha. A senhora já chegou até aqui e pode falar sobre o que acontece com a senhora e de sua vontade de mudar e se sentir melhor. Isso é já um grande começo. Um caminho se faz caminhando, dona Marilene. Um passo de cada vez. O importante é a senhora continuar a se cuidar. Quem sabe da próxima vez não podemos marcar também uma consulta no ginecologista, já que a senhora falou que nem se lembra da última vez que foi a um?

O jeito acolhedor de Anete deixara Marilene mais tranquila. Se para voltar ao posto tivesse que denunciar seu marido de tantos anos, ela não poderia retornar àquele lugar. E ela havia gostado tanto de conversar com Anete; até ficara animada com a ideia de ir ao ginecologista. Claro, precisaria dar um jeito para ir na outra semana sem que Romualdo soubesse, mas valeria a pena. Marilene sentia-se esperançosa ao voltar para casa. O caminho percorrido pelo ônibus lhe pareceu curto para pensar em tantas coisas, enquanto acariciava os panfletos que recebera de Anete. Ela sabia que teria que guardá-los com cuidado, mas ia dar seu jeito. Sentiu-se mais calma, parecia que sua semana estava começando naquele dia.

Para refletir

Análise o segundo atendimento prestado a Marilene. Que aspectos você imagina terem sido priorizados por Anete no atendimento?

Em uma unidade de saúde, de quem deve ser a responsabilidade pelo atendimento de mulheres com histórias semelhantes à de Marilene?

9.4 Texto para reflexão sobre a Cena 3 do caso Ainda há tempo

Em todo o Brasil, iniciativas governamentais, dos serviços e profissionais da saúde, assim como dos movimentos sociais, das organizações não governamentais e de categorias profissionais, têm discutido e construído propostas de atendimento a mulheres em situação de violência e a suas famílias. Dentre as formas de violência que acometem as mulheres, as perpetradas pelo parceiro íntimo – marido, ex-marido, namorado, ex-namorado – são as mais frequentes. Um bom atendimento a essas mulheres passa prioritariamente pela formação contínua dos profissionais da rede de saúde, em uma perspectiva mais ampla, que inclui outras disciplinas e campos de saberes, como segurança pública e direitos humanos. Ao mesmo tempo, a implementação dos atendimentos exige a articulação dos profissionais em espaços interdisciplinares, já que cada um tem algo com que contribuir para o atendimento e para a formação da equipe. Preservadas as especificidades e competências de cada categoria, o desafio do atendimento às mulheres em situação de violência cria a necessidade de revermos os nossos limites e somarmos forças, de modo que todos – os profissionais, em equipe ou individualmente – se tornem responsáveis. Sendo assim, é bom sabermos que:

- É fundamental que todos os envolvidos no atendimento possam desenvolver uma atitude que possibilite à mulher sentir-se acolhida.
- Só podemos avaliar a história que nos conta a mulher – com os riscos, as vulnerabilidades, os limites, as motivações e as possibilidades dela e de sua rede familiar e social – se estabelecermos um vínculo de confiança pessoal e institucional.
- Devemos fortalecer a **autoestima** e a autonomia da mulher, respeitando seu direito de escolha, sem que ela acredite que irá frustrar nossas expectativas e com isso comprometer a atenção que lhe dispensamos no atendimento.
- É importante que a equipe e o profissional construam com a mulher uma perspectiva gradual de mudança, singular a cada caso, na qual ela possa se apropriar dos benefícios de cuidar de sua saúde e segurança.
- Para que mudanças possam ocorrer, é preciso que a mulher saiba que é sujeito de direitos e receba informações sobre os órgãos competentes para apoiá-la e orientá-la, incluindo sugestão para que procure esses órgãos, dependendo de cada situação (delegacias policiais, de preferência as especializadas no atendimento à mulher; institutos médicos legais; defensorias públicas; juizados e organizações não governamentais).

Autoestima é um sentimento e um juízo de valor que se tem em relação a si mesmo. Expressa-se nas atitudes e nos comportamentos, podendo ser mais positivo ou negativo.

- As equipes e unidades de saúde devem trabalhar em rede, articuladas e constituindo novas redes intersetoriais de atenção a essas mulheres.

Vida

Chico Buarque

[...] Me lancem sinais
Arranca, vida
Estufa, veia
Me leva, leva longe
Longe, leva mais [...].

Fonte: Buarque ([2014]).

Lembre-se de que cada atendimento é único, assim como é única cada história de vida das mulheres que você atende. Portanto, novas dificuldades sempre surgirão, exigindo sua criatividade, disponibilidade, competências e articulações interpessoais, interprofissionais, institucionais e intersetoriais.

Conheça a letra completa da composição no site <https://www.lettras.mus.br/chico-buarque/86081/>

Caso Gravidez de Dalva

Dalva, moradora da Comunidade Flor de Liz, 28 anos, negra, dona de casa, tendo estudado até a 6ª série do ensino fundamental, com dois filhos (cinco e sete anos), está com oito semanas de gestação de seu terceiro filho. O pai é seu companheiro Antônio, com quem vive há oito anos. Dalva é natural de Sobral, no Ceará, onde se encontra o restante de sua família.

Ela começou o pré-natal no posto de saúde próximo a sua residência e, durante a primeira consulta médica, contou ao seu médico, doutor Francisco, que seu companheiro é uma pessoa boa, mas que está desempregado no momento e tem se tornado cada vez mais agressivo. Antônio agride verbalmente Dalva e também a obriga a ter relações sexuais contra vontade.

Doutor Francisco perguntou se Dalva e seu companheiro desejavam essa gravidez, e se ela usava algum método contraceptivo. Dalva informou que seu companheiro se recusa a usar camisinha e que ela já tentou se adaptar à pílula várias vezes, mas que acaba passando mal. O médico solicitou os exames de rotina de pré-natal, realizou o exame clínico, prescreveu alguns suplementos minerais e vitaminas, orientou sobre a dieta e constatou que Dalva encontrava-se em boas condições de saúde. Em seguida, o doutor Francisco encaminhou-a para o serviço social da unidade, para que Dalva recebesse as orientações necessárias, remarcando o retorno para dali a quatro semanas.

9.5 Texto para reflexão sobre o caso Gravidez de Dalva

Embora os números não sejam divulgados, a história de Dalva acontece com a quarta parte das mulheres que frequentemente procuram os serviços de saúde. Para compreender e intervir em situações como a que Dalva apresentou, é necessário que você reflita criticamente sobre alguns conceitos e sobre o seu dia a dia de trabalho, oferecendo sugestões para a solução dos obstáculos a enfrentar.

A violência sofrida por Dalva dificilmente é identificada pela maioria dos profissionais da saúde, apesar de a violência contra as mulheres ser um fenômeno universal que atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, etnias, religiões, opções sexuais, condições sociais e culturais. Por que isso acontece?

A violência contra a mulher é um problema cultural, que envolve o modo como as mulheres veem a si próprias e como são vistas. Dessa maneira, existem crenças que legitimam esse tipo de violência. Por exemplo: o modo como homens e mulheres devem se comportar no casamento e em sociedade, a hierarquia existente entre o casal, o sexo como uma obrigação conjugal, a família como um espaço sempre harmonioso e de proteção. O controle da mulher pelo homem é exercido por meio do controle do seu corpo.

O modo como organizamos os serviços de saúde, ou seja, o modo como o doutor Francisco atende as mulheres, é condicionado por sua formação profissional e vivência como pessoa, influenciado pela cultura. Nesse sentido, a forma de ver a violência contra as mulheres e as estratégias de prevenção adotadas está relacionada com as ideias, os mitos e conceitos apreendidos nesse contexto.

Para refletir

Você é capaz de recordar momentos de sua formação profissional ou de sua vida pessoal em que refletiu sobre a violência contra as mulheres? Tente se lembrar de ditados populares ou de como a mídia aborda o tema.

9.5.1 Violência contra as mulheres como uma violência de gênero

Violência de gênero é um conceito fundamental para ajudar você a ampliar sua compreensão sobre a agressão sofrida por Dalva. É uma

manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, em que a subalternidade não implica a ausência absoluta de poder. **Não é a diferença sexual em si mesma, mas a representação dessa diferença no âmbito do imaginário e do desempenho social construído para homens e mulheres.** No entanto, quando estivermos atendendo a uma mulher em situação de violência conjugal, devemos também considerar outros fatores de vulnerabilidade, como a sua faixa etária, além de sua raça e etnia. Esses fatores, associados a outros, como escolaridade, pouca rede social, exclusão do mercado de trabalho e condições socioeconômicas podem ser elementos que contribuem para a violência e determinam o acesso dessas mulheres à rede de saúde.

É importante observarmos que existem formas mais comuns dessa violência contra a mulher e, na maioria das vezes elas, se entrecruzam, como já visto no início do livro: violência física, sexual, psicológica, bem como a violência institucional e patrimonial.

A violência perpetrada pelo homem contra a mulher, como no caso de Dalva, é um dos tipos de violência de gênero, que também pode ocorrer quando falamos de violência entre pessoas do mesmo sexo, em que é possível haver uma distribuição desigual de poder. A subordinação vivida por Dalva agrava-se em função da pouca escolaridade, da dependência econômica de seu companheiro, cujo papel de provedor encontra-se ameaçado pela situação de desemprego, e da carência de recursos sociais e familiares para romper com o ciclo da violência. A suposta superioridade masculina impõe ainda a relação sexual indesejada e a responsabilidade pelo cuidado familiar e pelo controle da fecundidade.

Desse modo, a violência contra as mulheres encontra “justificativa” em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que reforçam uma valorização diferenciada para os papéis masculino e feminino.

Por outro lado, a condição de vítima da mulher que se encontra em situação de violência reforça os estereótipos correntes de que as mulheres, nessas situações, seriam sujeitos incompletos e carentes de tutela especializada, incapazes de superar as dificuldades vivenciadas. As concepções que temos sobre as capacidades e incapacidades das mulheres nas relações violentas estão no cerne de nossa escuta e abordagem dos casos que atendemos. Parte das mulheres agredidas, ao contrário do que parece indicar o senso comum, não são vítimas passivas incondicionais. Elas utilizam dispositivos para proteger a si mesmas e a seus filhos, e o que seria interpretado como passividade pode ser uma estratégia de sobrevivência ou de mudança na relação conjugal e familiar.

O capítulo “Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações”, de Liana Wernersbach Pinto, Corina Helena Figueira Mendes, Marcos Nascimento e Daniel de Souza Campos pode ajudá-lo a saber mais sobre o assunto. Disponível no livro *Novas e velhas faces da violência no século XXI*, organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Simone Gonçalves de Assis (2017).

Lembramos aqui que geralmente existe uma dinâmica violenta envolvendo os familiares. Por isso, é importante sempre observar a postura da mulher com o companheiro e vice-versa, e a postura tanto da mulher quanto do companheiro com cada um dos filhos.

Não se pode esquecer também dos outros membros da família. Essa intrincada relação e os diferentes papéis assumidos por cada um devem ser avaliados e usados como fonte de atuação profissional durante o atendimento à mulher agredida.

Para refletir

Utilizando os conceitos abordados, faça também um balanço a respeito das situações de violência contra as mulheres que você já atendeu. Que obstáculos você identificou para reconhecer essas situações?

9.5.2 Quais as consequências da violência contra as mulheres?

Como você sabe, a violência contra as mulheres constitui uma violação dos direitos humanos e um grave problema social e de saúde pública. Esse fato causa morte e incapacidade, com maior prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva; acontece nas diferentes etapas do ciclo de vida; anula a autonomia da mulher e mina seu potencial como pessoa e membro da sociedade, além de provocar repercussões intergeracionais. As mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, à gravidez indesejada, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão, ao suicídio, às doenças sexualmente transmissíveis, à morte materna, ao pré-natal tardio, à gravidez na adolescência, ao aborto espontâneo, às desordens psicológicas e aos danos físicos.

As mulheres que vivem com parceiros violentos passam por dificuldades para negociar o sexo seguro (incluindo o uso de preservativo) e o uso de contraceptivos para se protegerem contra a gravidez indesejada, que acarreta famílias mais numerosas. Estima-se que o índice de gestações decorrentes de violência sexual oscile entre 1% e 5%. Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da mulher.

É interessante atentar para o seguinte fato: a gravidez é vista pela sociedade como um momento sagrado e cercado de cuidados e proteções; todavia, durante esse período, é relativamente comum a experiência da violência. E mais: em muitos casos, tem início ou aumenta de intensidade e frequência durante a gravidez. Por isso, a gravidez não pode ser considerada

um fator que protege as mulheres das agressões. A violência contra as mulheres pode ser duas vezes mais comum para as grávidas do que patologias como a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional, ou a placenta prévia. No entanto, a sua ocorrência permanece invisível para os profissionais da saúde. A mulher que é vítima geralmente enfrenta obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde. Mais do que isso, esses serviços frequentemente deixam de identificar situações de violência contra as mulheres, ainda que isso esteja na raiz de problemas que elas apresentem.

A gestante que é submetida à violência, em especial a sexual, antes e/ou durante a gestação pode apresentar sentimentos de desconforto, dúvida, insegurança e medo em grau mais acentuado do que as demais. Durante a gravidez, a vítima de violência pode estar mais motivada para o desejo de ser uma boa mãe, para o desejo de prevenir o abuso contra a criança e para a oportunidade de pensar sobre o futuro. Esse momento pode significar a tentativa de rompimento e/ou agravamento da situação de violência sexual vivenciada por ela. A violência contra as mulheres, nesse período, traz consequências dramáticas, dentre elas a morte, inclusive a fetal. A morte materna evitável viola os direitos humanos das mulheres e se caracteriza por ser o desfecho de uma série de negligências e abusos presentes desde a infância.

Para refletir

Considerando o caso de Dalva, qual a importância de intervir nessa situação?

9.5.3 Qual a abordagem adequada para o caso de Dalva?

A análise sobre o contexto onde se desenvolve a ação profissional, nesse caso a assistência pré-natal, é um elemento indispensável para a construção de uma abordagem resolutiva para o caso de Dalva. A consulta de pré-natal, realizada pelo doutor Francisco, é compreendida como uma atividade técnica e profilática sem, de fato, criar um vínculo e intervir no sofrimento relacionado com as violências psicológica e sexual sofridas por Dalva.

A abordagem acerca da maternidade privilegiou o inquérito em torno de sinais e sintomas de possíveis intercorrências na gravidez, a solicitação de exames, as prescrições de medicamentos e as orientações de condutas sobre o corpo, além do encaminhamento para serviços de referência na própria unidade.

Para mais esclarecimentos sobre violência psicológica e sexual contra as mulheres, leia os artigos:

- "Atitude contra a violência: protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero", de Mônica Gomes de Almeida (2002). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProtocoloAtitude.pdf>
- "Representações sociais de profissionais da saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro", de Ludmila Fontenele Cavalcanti, Romeu Gomes e Maria Cecília de Souza Minayo (2006). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004

Tutores de resiliência são indivíduos ou instituições que dão apoio a pessoas em situação de violência, favorecendo o desenrolar da vitimização e a ressignificação do trauma (CYRULNIK, 2004). Os tutores dão suporte por meio de afeto, convivência, processos educativos que tornem as pessoas mais resistentes e maduras para enfrentarem as dificuldades que ocorrem na vida de qualquer ser humano. O trabalho realizado pelos tutores visa fazer com que o indivíduo elabore os conflitos e retome os trilhos do desenvolvimento. Reveja o conceito de resiliência no Capítulo 4, parte I.

Você pode saber mais sobre esse assunto por meio da leitura de livros para sensibilização sobre o tema. Alguns deles, como os de Joviana Quintes Avanci, Kathie Njaine, Renata Pires Pesce, Simone Gonçalves Assis e Suely Deslandes, são voltados para diferentes públicos-alvo: profissionais da saúde e da educação, pais e adolescentes. Leia alguns deles:

- *Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais da saúde sobre resiliência e promoção da saúde* (ASSIS et al., 2006b).
- *Por que é importante ajudar os filhos a “dar a volta” por cima?: conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida* (ASSIS et al., 2006a).
- *Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades* (ASSIS et al., 2005). Disponível em: www.claves.fiocruz.br

As práticas de atenção às violências nem sempre são reconhecidas como objeto das intervenções dos diferentes profissionais, principalmente da categoria médica. Soma-se a esse obstáculo a dificuldade de envolvimento do profissional em questões relativas ao contexto familiar, à sexualidade feminina; portanto, nas questões de gênero. Isso faz com que o profissional reduza o impacto da sua ação e reforce a invisibilidade da violência sofrida. Não se trata de culpabilizá-lo, mas de convidá-lo a pensar sobre a complexidade que o fenômeno da violência trouxe para sua prática profissional.

O setor saúde tem um papel fundamental a ser exercido como **tutor de resiliência** em uma rede de proteção às vítimas de violência. Sob essa ótica, as abordagens de atenção à violência contra as mulheres devem ser implementadas de forma transversal nas políticas de saúde, com ênfase nas ações voltadas para a saúde reprodutiva, em especial o pré-natal. Esses são espaços estratégicos para trabalharmos os aspectos conceituais e práticos da promoção da resiliência de mulheres, de seus cônjuges e filhos.

Outro aspecto fundamental é o compromisso com a garantia da informação sobre saúde reprodutiva e sobre direitos da mulher, tanto nas atividades individuais quanto nas atividades em grupo da assistência pré-natal, de tal forma que sua atuação possibilite integração e participação ativa da mulher como sujeito de direito dos serviços. As ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde da assistência pré-natal podem constituir-se em espaço privilegiado de prevenção à violência sexual.

Lembre-se de que uma abordagem que favoreça tanto o reconhecimento quanto o acompanhamento às vítimas de violência sexual deve incluir:

- Compreensão sobre a singularidade da situação apresentada.
- Profissionais capacitados.
- Construção de vínculos de confiança que favoreçam a autonomia feminina.
- Disponibilidade de tempo dedicado ao diálogo com a paciente.
- Preocupação com a privacidade e com o sigilo.
- Registro em prontuário, permitindo a visibilidade e o acompanhamento do caso.
- Orientações voltadas à superação de situações indesejáveis para a paciente.
- Conhecimento sobre as proteções legais.
- Linguagem simplificada e favorecedora da interação e do acolhimento.

- Articulação dos serviços de emergência voltados para o atendimento às vítimas de violência sexual com grupos educativos, em uma perspectiva de integralidade.
- Encaminhamento para a rede intersetorial de serviços (centros de referência, abrigos, serviços de apoio jurídico, delegacias da mulher, organizações não governamentais, conselhos, entre outros).
- Valorização da postura interdisciplinar.
- Avaliação dos riscos vividos pela mulher e pelos filhos.
- Uso de material educativo.

Para refletir

A abordagem em situações de violência contra as mulheres lhe é familiar?

Procure relatar uma situação vivida no cotidiano profissional, analisando criticamente a abordagem praticada (quais os tipos de violência presentes na situação, os aspectos de saúde envolvidos, a abordagem e os encaminhamentos efetuados).

9.6 Políticas de saúde voltadas para a atenção à violência contra as mulheres: um pouco de história

Para o enfrentamento de situações complexas, como a que Dalva vivencia, é requerida a implementação de diferentes políticas setoriais em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal), como saúde, segurança pública, assistência social, educação, trabalho, habitação, cultura – tanto no que se refere à rede de serviços oferecidos à população quanto à legislação disponível.

A seguir apresentamos uma linha do tempo com as principais políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres:

- 1999: Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”
- 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
- 2003: Lei n. 10.778/03; estabelece a notificação compulsória em caso de violência contra as mulheres nos serviços de saúde

- 2005: Criação do Ligue 180
- 2006: Lei Maria da Penha (Lei Federal n. 11.340, de 7 de agosto de 2006)
- 2008: Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual e/ou Doméstica contra Mulheres
- 2011: Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
- 2013: Lei n. 12.845/13; prevê a obrigatoriedade do atendimento integral às vítimas de violência sexual em todos os serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS)
- 2015: Lei do Feminicídio (Lei Federal n. 13.104, de 9 de março de 2015)
- 2015: Lançamento da Norma Técnica sobre Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios

Na parte I, Capítulo 2, falamos sobre a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Retorne a esse material para aprofundar o tema aqui tratado. Para isso, use as referências fornecidas ao longo do Capítulo 2.

Em 1998, o Ministério da Saúde criou a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual, com o objetivo de propor e acompanhar o desenvolvimento de políticas específicas sobre o problema, vinculadas à Área Técnica de Saúde da Mulher e subordinadas ao Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência. A partir daí, também em 1998, foi publicada uma Norma Técnica denominada “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, que vem sendo atualizada e utilizada como instrumento importante para o aprimoramento das ações de saúde. Esse documento prevê que as unidades com serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos estejam capacitadas para o atendimento aos casos de violência sexual, portanto, no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O Programa Nacional de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2003b) buscou desenvolver essa rede, articulando os serviços e também reunindo os esforços de diferentes níveis de governo, além da sociedade civil e dos movimentos sociais de mulheres. Na área da saúde, especificamente, o programa afirmou a necessidade de desenvolver ações voltadas às unidades básicas da rede pública, gerando estratégias que ressaltam a noção de violência contra as mulheres como um problema de saúde pública – principalmente no contexto da saúde da mulher –, garantindo um acolhimento receptivo, procedimentos adequados e, sobretudo, atendimento integral. Reforçou, ainda, que os profissionais, homens e mulheres, devem estar capacitados para identificar a vítima de agressão, garantir uma escuta não julgadora e prestar todas as informações para que a denúncia e a posterior reparação possam ser buscadas pela vítima, se assim ela decidir.

O estabelecimento da notificação compulsória em caso de violência contra as mulheres nos serviços de saúde, públicos e privados (BRASIL, 2003a), regulamentado pelo Decreto n. 5.099/2004, institui os Serviços de Referência Sentinela. A Portaria n. 2.406/2004, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) institui serviço de notificação e aprova o instrumento e o fluxo de atendimento (ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher e outras violências interpessoais). Esses são instrumentos de proteção que você deve conhecer para o enfrentamento da violência contra as mulheres.

É importante destacar que, construído a partir das diretrizes definidas na 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2013) incluiu o enfrentamento à violência contra as mulheres como área estratégica. Esse plano pretende:

- Ampliar e fortalecer a rede de serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência.
- Promover a implementação da Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha.
- Fortalecer a segurança cidadã e acesso à justiça às mulheres em situação de violência.
- Promover a autonomia das mulheres em situação de violência e a ampliação de seus direitos.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma tradução de linhas de ação sob a perspectiva da integralidade, da visão filosófica e política preconizada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Dessa política emergiram duas áreas de maior visibilidade: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (articulados ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento).

Todas essas políticas indicam um relativo avanço no que se refere à incorporação do tema da violência contra as mulheres no âmbito do SUS.

Para aprofundar o assunto, leia o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) (BRASIL, 2004d), no endereço http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf

A Norma Técnica busca organizar a atenção nos serviços públicos, normatizar os cuidados de saúde a mulheres, crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, a anticoncepção de emergência e a prevenção de ISTs não virais, de hepatites virais e infecção pelo HIV. Também regula o acompanhamento laboratorial, o fornecimento de medicação, o apoio psicossocial e os

- As normas técnicas podem ser encontradas no documento “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e no site: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Conheça o Portal de Boas Práticas do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz, com materiais e conversas com especialistas sobre saúde das mulheres, incluindo o tema da violência. Visite: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/violencia-contras-mulheres-o-que-podem-fazer-os-profissionais-de-saude/>
- Para complementar seus conhecimentos sobre violência contra mulheres e adolescentes, sugerimos que assista aos seguintes vídeos:
 - *Nem com uma flor*, documentário de Still Waters (1999), no endereço: www.estacaovirtual.com
 - *Artigo 2º*, produzido pelo Ecos – Comunicação em Sexualidade. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rLATWYbhbRc>

procedimentos de interrupção da gravidez (BRASIL, 2012). A implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

Para refletir

Com qual dos profissionais da saúde referidos no caso Dalva você mais se identificou? Pense no seu próprio modo de agir. Agora, descreva como você acredita que deva ser o atendimento a mulheres em situação de violência intrafamiliar na sua unidade e na rede de saúde de sua localidade.

9.7 Os homens e a violência: um olhar sociocultural

Antes de iniciarmos a nossa conversa, propomos que você assista ao filme *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*. Ele mostra os acontecimentos ocorridos na vida de uma família simples brasileira entre o fim de um dia de trabalho e o início do dia seguinte. Tem como foco o tema da violência que ocorre nas relações de uma família e servirá de base para toda a discussão e a avaliação desse tópico.

Para refletir

Com base no filme *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, reflita sobre os aspectos apresentados a seguir e, se tiver oportunidade, reúna um grupo para discuti-los:

- Fatores presentes na vida da família retratada que possam contribuir para a vulnerabilidade de seus integrantes à violência.
- Diga quais fatores são individuais, quais são relacionais, quais são comunitários e quais são sociais.
- Quais práticas sociais de prevenção à violência podem reduzir os fatores de vulnerabilidade identificados?
- A criança (que só o protagonista vê) contribuiu para melhorar a relação do casal? Em caso positivo, de que forma ela contribuiu?
- Quais tipos de violência podem ser identificados naquelas cenas de família?
- Para cada tipo de violência identificado, relacione qual a natureza da violência: física, sexual, psicológica ou por negligência.

Quando analisamos os dados epidemiológicos brasileiros sobre a violência, podemos verificar que, em geral, morrem mais homens do que mulheres em função desse tipo de problema. Por outro lado, os homens também são apontados como os principais responsáveis pela violência interpessoal, envolvendo homicídios, e agressões físicas e sexuais. Oliveira (2004) aponta que a masculinidade surgiu no século XVIII, para estabelecer critérios mais explícitos sobre a diferenciação entre os sexos.

Para refletir

O que você entende por masculinidade? Qual o papel da família e da escola na desconstrução dos estereótipos masculinos?

A **masculinidade**, situada no âmbito do gênero, representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera de um homem em uma determinada cultura (KEIJZER, 2003).

Perante esse cenário, podemos nos perguntar por que são os homens os principais atores envolvidos em situações de violência, tanto como agressores quanto como vítimas. Se considerarmos a questão com um olhar sociocultural, talvez cheguemos à conclusão de que isso pode ocorrer porque eles são influenciados por características de ser homem presentes em modelos culturais de masculinidades.

Em várias sociedades, na socialização dos homens, a aquisição de atributos masculinos comumente se caracteriza por processos violentos (CECCHETTO, 2004). Isso nos leva a considerar que a violência assume um papel **fundante** da própria masculinidade.

O fato de encontrarmos estudos que concluem uma forte associação entre masculinidade e violência não pode fazer com que fixemos estereótipos de que ser homem é ser violento. Devemos considerar que junto ao modelo predominante de masculinidade, presente em cada sociedade, há outros modelos alternativos para se considerar o que é ser homem. Nessas alternativas de masculinidade, a violência pode não ser preponderante. Por outro lado, mesmo tratando-se de características de ser homem – predominantes em uma determinada cultura –, há os aspectos subjetivos. Em outras palavras, individualmente os homens podem atribuir diferentes sentidos aos padrões de masculinidade.

Outro aspecto importante a ser considerado na discussão é que a masculinidade é uma das referências de identidade para os homens. Junto a ela, existem outras, como classe social, raça/etnia e grupo etário. Nesse

Vários estudos destacam a predominância dos homens nas situações de violências. Sobre isso, leia o capítulo “Homens e violências: relações naturalizadas e desafiadoras para a saúde”, de Romeu Gomes, Fatima Cecchetto e Marcos Nascimento (2017), disponível no livro *Novas e velhas faces da violência no século XXI*, organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Simone Gonçalves de Assis (2017).

Se você tiver interesse em saber com surgiu a expressão masculinidade, consulte a obra *A construção social da masculinidade*, de Pedro Paulo de Oliveira (2004) da Editora UFMG e IUPER.

sentido, o *status* de ser homem também é influenciado pela classe social em que ele se situa, pela etnia/raça a que se filia e pelo momento de vida por ele vivenciado.

Muitas vezes, na convivência entre homens, mesmo havendo diferentes sentidos do que é ser masculino, eles costumam seguir os padrões predominantes de masculinidade para receberem o atestado de homem e não serem questionados.

Apesar de todas as mudanças, como assinala Gomes (2003b), ainda persiste entre os homens um discurso do senso comum que toma como referência de masculinidade padrões tradicionais, como poder, agressividade, iniciativa e sexualidade incontrolada, para a construção de suas identidades.

Nas experiências masculinas que envolvem interação, o consensual sobre o que é masculino se reproduz continuamente, modelando as condutas e os comportamentos. Mas isso não significa que haja um só padrão de masculinidade a ser seguido.

Na realidade, existem masculinidades que convivem com a que podemos chamar de masculinidade hegemônica. “O modelo de masculinidade hegemônica é um modelo ideal, dificilmente seguido por todos os homens, mas que tem ascendência sobre outros modelos” (CECCHETTO, 2004, p. 67).

A dominação e a heterossexualidade costumam ser os eixos que estruturam a masculinidade hegemônica. Nesse modelo, dentre as suas principais características, destacam-se as seguintes: a força; o poder sobre os mais fracos (seja sobre as mulheres ou sobre outros homens); a atividade (entendida como o contrário de passividade, inclusive sexual); a potência; a resistência; e a invulnerabilidade.

Welzer-Lang (2001) observa que na educação dos meninos, ocorrida nos espaços masculinos – entendidos como lugares de homossociabilidade –, costuma-se inculcar nos pequenos homens a ideia de que, para ser um (verdadeiro) homem, eles devem combater os aspectos que poderiam fazê-los ser associados às mulheres.

Esses espaços – como pátios de colégios, clubes esportivos, bares, prisões, entre outros – não estão presentes apenas na infância dos homens, mas em todas as fases de sua vida.

Gomes (2003b) observa que, em algumas sociedades, surgiram tensões entre homens no sentido de conciliar padrões tradicionais de manutenção do poder do macho no âmbito das relações íntimas e a possibilidade

de se viver uma sexualidade associada à afetividade em uma relação igualitária. Essas tensões foram interpretadas como a “crise masculina”. Segundo o autor, independentemente do fato de existir ou não uma crise da masculinidade, não se pode desconsiderar que, junto aos resquícios dos padrões tradicionais, vislumbra-se a possibilidade de se pensar a sexualidade masculina a partir de outros referenciais.

No senso comum, a masculinidade costuma ser mecanicamente associada à violência. Isso ocorre de uma forma tão recorrente que fica parecendo que o uso da força física faz parte da essência de ser homem. Considerarmos a violência característica da masculinidade é bem diferente de acharmos que o homem é naturalmente violento. A “naturalização” da violência masculina tem sido bastante criticada, uma vez que pode nos remeter a uma redução do problema no campo biológico. Atualmente, o que predomina nos estudos sobre gênero é a ideia de que as diferenças de comportamento entre os sexos não se explicam apenas por diferenças biológicas. Como nos aponta Cecchetto (2004), o uso da violência física em determinados contextos culturais pode ser simbolicamente valorizado e, em outros, pode ser repudiado, denotando fraqueza e inferioridade.

Características da masculinidade hegemônica, como a força e o domínio, nos ajudam a compreender a violência tão presente nas relações homens-homens e homens-mulheres. Ao compreendermos tal fato, observaremos que a violência masculina não se reduz aos atos físicos; tampouco se revela de uma forma explícita. Nesse sentido, destacamos que há níveis de violência psicológica nas relações entre os gêneros e também ocorrem atos nessas relações que – embora não sejam reconhecidos como violência – violam o ser humano.

Por último, trazemos à reflexão as ideias de Bourdieu (1999), que chama a atenção para o fato de que, no cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Os homens, sem perceberem, também são vítimas da própria dominação masculina. Assim, no fato de constantemente terem que atestar a sua virilidade, mesclada com a violência, os homens vivem a tensão e a contensão. E, nesse processo de testagem, aquilo que é tido como “coragem” pode ser enraizado numa covardia, ou seja, pode se basear no medo “viril” de ser excluído do mundo dos “homens”.

A virilidade, como se vê, é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro si mesmo (BOURDIEU, 1999, p. 67).

Para refletir

Uma cena do cotidiano

Na esquina de uma rua pouco movimentada, três rapazes de porte atlético riem de uma piada que um deles acaba de contar. No outro lado da mesma rua, dois jovens conversam amavelmente. Em determinado momento da conversação, um desses dois jovens acaricia o rosto do outro. Ao perceberem essa cena dos dois jovens, os três rapazes param de rir, se entreolham com um certo pasmo. Em seguida, como que de uma forma mecânica, atravessam a rua e começam a espancar os dois jovens.

Quais explicações podem ser apontadas para a reação violenta dos três atléticos rapazes?

De que maneira essa cena do cotidiano pode ser abordada pela área da saúde em geral, visando à promoção da saúde masculina?

Cite outras situações ligadas à masculinidade que você tenha vivenciado como profissional da saúde ou procure conhecer algumas com seus colegas de trabalho.

9.8 Grupos reflexivos de gênero: espaços de reconstrução do masculino

9.8.1 Por que trabalhar com os homens?

As ações de prevenção terciária da violência intrafamiliar e de gênero foram centradas, tradicionalmente, em ações de proteção e apoio às vítimas e unicamente de punição para os autores da violência. Esse modo de atuação reflete um reducionismo a fatores individuais, sejam biológicos ou intrapsíquicos, na compreensão das causas da violência e não abarca sua complexidade. Por essa via, resta ao autor da violência somente a punição ou um tratamento. Todo o campo relacional e cultural fica relegado ao esquecimento ou à sua evolução “natural”, como se não nos coubesse nenhuma ação. Como assinala o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”:

A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência (KRUG *et al.*, 2002, p. 12).

Ao levar em conta essa complexidade, colocar os homens em foco torna-se uma necessidade nas políticas públicas de prevenção à violência.

E, nesse caminho, disponibilizar um serviço que atenda aqueles que cometeram violência nos seus relacionamentos íntimos aumenta as chances de prevenir novos atos de violência – na mesma relação ou em novos relacionamentos em que venham a se envolver.

Dar atenção aos homens que cometeram violência não significa retirar deles a responsabilidade por seus atos. Podemos pensar a violência fazendo uma distinção entre ato e processo. Um ato de violência tem um autor e uma vítima, mas o processo pelo qual aquele ato tornou-se possível tem a participação de todos que fazem parte daquele contexto. Se quisermos ter ações eficazes e efetivas de prevenção desse fenômeno, devemos olhar tanto para o ato quanto para o processo. O autor do ato deve ser responsabilizado e responder por isso, e a vítima do ato deve ser cuidada e protegida, mas é preciso oferecer aos dois, e a outros diretamente envolvidos, a possibilidade de um espaço de reflexão sobre o processo – a dinâmica relacional que tornou o ato possível – para que se evite a reincidência e a cristalização de papéis (ZUMA, 2004).

Uma das queixas mais frequentes dos homens sobre seus relacionamentos com as mulheres diz respeito à violência psicológica delas: “se o homem tem o braço, a mulher tem a língua”. São inúmeras as descrições de humilhações, desqualificações e comparações com outros homens que atingem a autoestima e promovem sentimentos de mágoa e frustração.

A maioria dessas desqualificações cobra dos homens um desempenho de acordo com os rígidos esquemas de gênero em que toda a sociedade (homens e mulheres) está imersa. Por exemplo, dizer que ele não está sendo homem o bastante, quando não traz dinheiro para casa.

Descrever a relação entre violência e masculinidade sob uma perspectiva sociocultural e, portanto, desnaturalizá-la, nos torna potentes para transformar o modelo hegemônico de masculinidade, dando voz e vez a outras masculinidades possíveis. Considerar fatores culturais promove a incorporação de práticas que levem à reflexão sobre valores e ao que eles geram em termos de condutas. Seja sob o recorte étnico, de gênero, de orientação sexual, de geração, de nível de educação formal ou de poder de compra, todos participamos – ora de um lado, ora de outro – dessa cultura da hierarquização, da dominação, da submissão, da desconfiança e do controle; da luta e da competição; dessa cultura patriarcal, na qual o mundo é dividido entre senhores e servos ou entre os que têm ou não direitos. Nesse sentido, refletir sobre os valores do patriarcado tem-se mostrado potente instrumento de transformação.

No filme já citado *Não é fácil, não!* – *Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, vemos a importância da violência psicológica que o homem vivencia nas relações interpessoais. Outros materiais sobre o tema podem ser obtidos no site: www.noos.org.br, do Instituto Noos.

9.8.2 Os grupos de reflexão

Os grupos reflexivos de gênero com homens autores de violência são espaços onde ocorrem conversas sobre temas escolhidos pelo próprio grupo ou propostos pelos facilitadores. Não existe uma forma única de conduzir esse trabalho, mas, geralmente, são encontros com cerca de duas horas de duração, com frequência semanal, quinzenal ou mensal, podendo contemplar 10, 15 ou até 20 encontros. De maneira geral, são grupos fechados, isto é, depois do terceiro ou quarto encontro não é possível entrar novo participante, e os membros do grupo estabelecem regras de como querem agir em relação às faltas e aos atrasos de seus participantes. São utilizados, comumente, alguns deflagradores de conversa para iniciar a discussão sobre o tema do dia. Esses deflagradores podem ser uma dinâmica corporal, uma dinâmica com técnicas narrativas, uma brincadeira ou outras possibilidades, dependendo da criatividade dos facilitadores e dos demais participantes (ACOSTA; ANDRADE; BRONZ, 2004).

Se você tem interesse em saber mais sobre os grupos reflexivos, leia o livro *Homens e violência contra mulheres: pesquisas e intervenções no contexto brasileiro*, organizado por Adriano Beiras e Marcos Nascimento, editado pela Editora Noos e publicado em 2017.

Desde o advento da lei Maria da Penha, houve um aumento no número de programas voltados a homens autores de violência, podendo ser realizados por Juizados da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher e outras instâncias governamentais e não governamentais. A experiência de alguns grupos reflexivos mostra que os homens se sentem beneficiados por participarem de um espaço de conversa, onde, diferentemente de outros espaços exclusivamente masculinos, não precisam exaltar suas características de conquistadores – fortes, destemidos e vitoriosos. Podem falar de suas vulnerabilidades, inabilidades e de seus medos. Mas não é nenhum espaço idílico, sem conflitos; ao contrário, há muitos embates sobre valores e condutas. Nesse sentido, é também um espaço de aprendizado, onde se reconhece que as diferenças individuais geram conflitos, que eles são inerentes à convivência, mas que podemos encontrar formas não violentas de lidar com eles. A violência é uma forma de resolver conflitos, mas é uma forma que traz consequências muito ruins para a saúde das pessoas e dos relacionamentos. Estudos também apontam que a maioria dos homens hoje autores de violência, que frequentam os grupos, foram vítimas ou testemunhas de violência intrafamiliar quando crianças ou adolescentes, como demonstram outros estudos (ACOSTA; BARKER, 2003).

Para refletir

Você já participou, como profissional da saúde, de grupos reflexivos de gênero? Avalie sua experiência.

Caso não tenha participado, procure profissionais que tenham a experiência e converse com eles.

Como eles veem esse trabalho? Quais são as dificuldades e as formas de atuação?

Na forma de grupos fechados, sistematizados, voltados para um recorte da população masculina ou na forma de oficinas pontuais, abertas, com flexibilidade de público, os grupos reflexivos de gênero cumprem o objetivo de oferecer um espaço de reflexão coletiva sobre a identidade masculina e sua construção, suas dores e delícias, sobre as condutas geradas por essas construções e suas consequências, e de abrir espaço para um projeto de futuro, ao propor a pergunta: que homens queremos ser?

Para refletir

O que você pensa sobre a utilização dos grupos reflexivos de gênero como recurso para encaminhamento dos homens que cometeram violência contra suas companheiras?

Em sua opinião, o que deveria ser tratado nos grupos de reflexão de homens envolvidos com a violência?

E como deveriam ser desenvolvidos tais grupos?

9.8.3 Homofobia é violência!

A LGBTfobia, comumente conhecida como homofobia, é uma forma de violência que tem raízes em questões de gênero e sexualidade. De modo geral, é compreendida como a atitude de colocar lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, ou aqueles/as identificados como tal, em uma condição de inferioridade ou de anormalidade, com base em uma lógica heteronormativa, ou seja, de valorização e compreensão da heterossexualidade como norma para as experiências da sexualidade. Tal atitude pode se manifestar de diferentes formas: medo, aversão, ódio, violência e discriminação. A expressão pode ser especificada conforme os diferentes grupos a que se refere. Assim, a homofobia é usada para referir-se a homens *gays*, a que atinge lésbicas é referida como lesbofobia; a que atinge homens e mulheres bissexuais, como bifobia; e a que atinge pessoas trans, como transfobia.

A heterossexualidade diz respeito a desejos, práticas sexuais e relações afetivas entre pessoas de sexo/gênero diferentes.

A homossexualidade diz respeito a desejos, práticas sexuais e relações afetivas entre pessoas do mesmo sexo/gênero.

A bissexualidade diz respeito a desejos, práticas sexuais e relações afetivas entre pessoas de ambos sexo/gênero.

Um caso de homofobia

Um casal de homossexuais foi agredido de madrugada em frente a um restaurante em uma rua movimentada de uma grande cidade brasileira. Pedro (37 anos) e seu namorado Rodrigo foram espancados. Um deles teve a perna quebrada e o lábio aberto por causa dos socos. O casal estava com uma amiga no restaurante. Ela foi assediada por dois homens. Segundo Pedro, os agressores, com idades entre 25 e 30 anos, voltaram a assediar a moça e começaram a provocar ele e o namorado em um posto de combustíveis próximo ao bar, chamando-os de “viados”. Pedro, então, pediu que eles parassem com as provocações e atravessou a rua, em direção à sua casa. Os dois agressores, então, foram atrás do casal e continuaram as provocações.

Identidade de gênero refere-se à maneira como alguém se sente e se apresenta para si e para os demais como homem ou mulher, ou ainda uma mescla de ambos, independentemente do sexo biológico e da orientação sexual.

Orientação sexual diz respeito à inclinação do desejo afetivo e erótico. Esse desejo, ao direcionar-se, pode ter como único ou principal objeto pessoas do sexo oposto (heterossexualidades), pessoas do mesmo sexo (homossexualidades) ou de ambos os sexos (bissexualidades). Esses termos estão no plural, pois existem várias dinâmicas e formas de expressão do desejo.

A história de Pedro e Rodrigo ilustra um episódio de violência contra homossexuais, aspecto frequente na sociedade brasileira, que merece ser reconhecido como tal e prevenido em todas as esferas da sociedade. Borges e Meyer (2008) informam que, no Brasil, a violência por discriminação sexual mata em torno de 150 pessoas por ano, e Junqueira (2007) afirma que o país é o campeão mundial de assassinatos contra aqueles considerados das sexualidades não hegemônicas (média brasileira de um assassinato a cada três dias). Carrara e Vianna (2004) analisaram assassinatos de homossexuais e o papel da justiça, constatando que os homicídios contra homossexuais ocorridos no Rio de Janeiro aconteceram com requintes de crueldade e humilhações; os determinantes de classe social, nível educacional, local de moradia e nível econômico explicam o desenvolvimento dos processos na justiça.

A sopa de letrinhas

A sigla LGBTI+ corresponde a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, interssexos e outras expressões de gênero e da sexualidade. Essas identidades contemplam uma diversidade de gêneros e de sexualidades o que, muitas vezes, causa confusão. Conheça os diferentes grupos a seguir:

- **Homossexual** é a pessoa que se sente atraída sexual, emocional ou afetivamente por pessoas do mesmo sexo/gênero. Assim, o termo homossexual pode se referir a homossexuais femininas – lésbicas, ou homossexuais masculinos – gays.
- **Gay**, pessoa do gênero masculino (cis ou trans), que tem desejos, práticas sexuais e/ou relacionamento afetivo-sexual com outras pessoas do gênero masculino.

- **Lésbica**, mulher que é atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero (cis ou trans).
- **Transgênero**, terminologia utilizada para descrever pessoas que transitam entre os gêneros. São pessoas cuja identidade de gênero transcende as definições convencionais de sexualidade.
- **Pessoas trans** possuem uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento. As pessoas transexuais podem ser homens ou mulheres, que procuram se adequar à identidade de gênero. Algumas pessoas trans recorrem a tratamentos médicos, que vão da terapia hormonal à cirurgia de redesignação sexual. São usadas as expressões homem trans e mulher trans.
- **Travesti** refere-se a uma construção de gênero feminino oposta ao sexo biológico, seguida de uma construção física de caráter permanente, que se identifica na vida social, familiar, cultural e interpessoal, através dessa identidade. Existe o grupo dentro desse segmento que se autoafirma 'mulheres travestis'. Atualmente, o termo travesti adquiriu um teor político de resignificação de termo historicamente tido como pejorativo.
- **Cisgênero** é o termo utilizado para descrever pessoas que não são transgênero (mulheres trans, travestis e homens trans). "Cis-" é um prefixo em latim que significa "no mesmo lado que" e, portanto, é oposto de "trans-". Refere-se ao indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, com o gênero atribuído ao nascer.

Fonte: Manual de Comunicação LGBTI+. Aliança Nacional LGBTI+ e Gay Latino (2018).

A partir da década de 1980, no Brasil, a luta pelos direitos humanos de *gays*, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais se destaca com a multiplicação de associações e grupos ativistas. Na esfera das políticas públicas, o debate, nacional e internacionalmente, sobre homofobia despontou recentemente. O tema da discriminação com base na orientação sexual foi suscitado pelas Nações Unidas na Conferência Mundial de Beijing, realizada em 1995. Todavia, o debate sobre a não discriminação com base na orientação sexual foi retomado de forma organizada mais tardiamente, durante a preparação da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, realizada em Durban, África do Sul, em 2001.

O Brasil levou o tema para a Conferência Regional das Américas, realizada em Santiago do Chile, em 2000, preparatória para a Conferência de Durban. A Declaração de Santiago compromete todos os países do continente americano com o tema da orientação sexual entre as

Para saber mais acesse:

- Brasil Sem Homofobia. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), em: <https://www.abgl.org/>

bases de formas agravadas de discriminação racial e exorta os Estados a preveni-la e combatê-la.

Durante a Conferência Mundial de Durban, o Brasil propôs a inclusão do tema orientação sexual entre as formas de discriminação que agravam o racismo e foi apoiado por várias delegações. Todavia, a discussão não foi incorporada ao texto final da Declaração de Plano e Ação da Conferência de Durban. Ações vêm sendo implementadas no Brasil desde esse momento, tais como Brasil Sem Homofobia; Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, lançado pelo governo federal em 2004; e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2009. No entanto projetos de lei que visam à lei sobre identidade de gênero (Lei João Nery) e a criminalização da homofobia seguem em tramitação na esfera do legislativo.

Para refletir

O que você pensa sobre a LGBTfobia?

No seu serviço, você já atendeu situações que envolvem a LGBTfobia?

Considerando as violências cometidas nas relações de gênero e levando em conta a realidade local, responda às seguintes questões:

1. Como os serviços de saúde podem participar na prevenção da violência de gênero em sua comunidade?
 2. Quais estratégias podem ser desenvolvidas especificamente para o envolvimento de mulheres em ações que visam à prevenção da violência?
 3. Quais estratégias podem ser desenvolvidas especificamente para o envolvimento de homens em ações que visam à prevenção da violência?
 4. Quais estratégias podem ser desenvolvidas conjuntamente com homens e mulheres para o envolvimento da comunidade em ações que visam à prevenção da violência?
 5. Quais estratégias podem ser desenvolvidas para atuar perante a homofobia, a partir do atendimento oferecido em seu serviço?
-

9.9 Referências

- ACOSTA, F.; ANDRADE, F. A.; BRONZ, A. *Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero: metodologia*. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004.
- ACOSTA, F.; BARKER, G. *Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2003.
- ALMEIDA, M. G. *Atitude contra a violência: protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva pra mulheres em situação de violência de gênero*. [S. l.: s. n.], 2002.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos: a formação da autoestima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- ASSIS, S. G. et al. *Por que é importante ajudar os filhos a “dar a volta” por cima?: conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP: Claves: CNPq, 2006a.
- ASSIS, S. G. et al. *Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades*. Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP: Claves: CNPq, 2005.
- ASSIS, S. G. et al. *Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP: Claves: CNPq, 2006b.
- BORGES, Z. N.; MEYER, D. E. Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. *Ensaio: avaliação e políticas públicas na educação*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 59-76, jan./mar. 2008.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: B. Brasil, 1999.
- BRASIL. *Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 14 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.406, de 5 de novembro de 2004*. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html. Acesso em: 14 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3. ed. atual e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Participação do Brasil na 29ª sessão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher*: CEDAW. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004c.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004d.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres 2013-2015*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2013.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher: plano nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003b.

BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. *Uma vida sem violência é um direito nosso*. Brasília, DF: Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BUARQUE, Chico. *Mulheres de Atenas*. Belo Horizonte, [2018]. [Site] Letras. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/chico-buarque/45150/>. Acesso em: 1 jun. 2020.

BUARQUE, Chico. *Vida*. Belo Horizonte, [2014]. [Site] Letras. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/chico-buarque/86081/>. Acesso em: 1 jun. 2020.

BUVINIC, M.; MORRISON, A. R.; SHIFTER, M. Violência nas Américas: um plano de ação. In: MORRISON, A. R.; BIEHL, M. L. (org.). *A família ameaçada: violência doméstica nas Américas*. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 19-48.

CARDOSO, N. M. B. Mulheres em situação de violência conjugal: incidência, conceitos, fatores associados e consequências da violência. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 4/5, p. 69-80, 1996.

CARRARA, S. L.; VIANNA, A. R. B. As vítimas do desejo: os tribunais cariocas e a homossexualidade nos anos 1980. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. L. (org.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CAVALCANTI, L. F. *Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representação e práticas dos profissionais de saúde*. 2004. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 31-39, 2006.

CAVALCANTI, M. L. T. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades*. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CECCHETO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO (Brasil). *Brasil sem homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CORRÊA, S. Violência de gênero como questão de direitos humanos e desafio de política pública. In: COSTA, D. M. (org.). *Gênero e mercocidades brasileiras: violência contra a mulher*. Rio de Janeiro: IBAM/ISER, 2003. p. 143-158.

CRESCO, V.; REZENDE, L. S. *Assédio moral: entre o amor e a perversidade*. Rio de Janeiro: Bruxedo, 2004.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: M. Fontes, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 129-137, 2000.

- DREZZET, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. 2000. Tese (Doutorado) – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.
- FAÚNDES, A. Assistência integral à mulher vítima de violência sexual. *Jornal da FEBRASGO*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 4-5, 2000.
- FERNÁNDEZ ALONSO, M. C. Violencia doméstica: reto y compromiso para el médico de familia. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 32, p. 193-194, 2002.
- GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 146-155, 1994. Suplemento 1.
- GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003a. p. 199-222.
- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003b.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C.F.R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-140.
- HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 40-58.
- HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. *Como acabar com a violência contra as mulheres*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health/Population Information Program, 1999.
- JUNQUEIRA, R. O reconhecimento da diversidade sexual e a problematização da homofobia no contexto escolar. In: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: DISCUTINDO PRÁTICAS EDUCATIVAS, 3., 2007, Rio Grande. *Anais [...]*. Rio Grande: Ed. da FURG, 2007.
- KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. F. et al. (ed.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003. p. 137-152.
- KRUG, E. G. et al. (ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- MATURANA, H. Biología y violencia. In: CODDOU, F. et al. *Violencia: en sus distintos ámbitos de expresión*. Santiago de Chile: Dólmén, 1995.
- MENDES, C. H. F. *Vozes do silêncio: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- OLIVEIRA, P. P. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
- PITANGUY, J. A *questão de gênero no Brasil*. Brasília, DF: Banco Mundial, 2003a.
- PITANGUY, J. Violência de gênero e saúde: interseções. In: BERQUÓ, E. (org.). *Sexo e vida*. Campinas: Unicamp, 2003b. p. 319-335.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Controle social: uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres*. Brasília, DF: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. In: CAPACITAÇÃO DE MULTIPLICADORAS EM CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE. *Anais da [...]*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Saúde da mulher e direitos reprodutivos*: dossiê. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Violência de gênero contra meninas*: dossiê. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005a.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Violência doméstica ou intra-familiar*: exploração sexual e comercial: dossiê. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005b.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Violência institucional por ação ou omissão*: dossiê. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005c.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: SAFFIOTI, H. I. B.; VARGAS, M. *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1995. p. 151-185.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, n. 3, p. 11-26, 1999.

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

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SOARES, B. M. *Mulheres invisíveis*: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. *Violência sexual no Brasil*: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

TRAJANO, A. J. B. *et al.* Gravidez e sexualidade: medo e desejo: estudo qualitativo com puérperas em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, n. 108, p. 395-403, 1998.

VIOLÊNCIA contra a mulher: um guia de defesa, orientação e apoio. Rio de Janeiro: CEPIA: CEDIM, 2004.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 2, p. 460-482, 2001.

ZUMA, C. E. *A violência no âmbito das famílias*: identificando práticas sociais de prevenção. 2004. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão de Iniciativas Sociais) – LTDS, COPPE, UFRJ, SESI/DN, Rio de Janeiro, 2004.