

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ADRIANA DEWES PRESSER

**MULHERES ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA DE GÊNERO – A VOZ DOS
OPERADORES SOCIAIS**

São Leopoldo

2007

ADRIANA DEWES PRESSER

**MULHERES ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA DE GÊNERO – A VOZ DOS
OPERADORES SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva
Para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Ciências da Saúde
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientadora: Pós-doutora Stela Nazareth Meneghel

Co-orientadora: Dra Élide Azevedo Hennington

São Leopoldo

2007

Dedico este trabalho a todas as pessoas que buscam, no seu cotidiano, concretizar sonhos de liberdade, justiça e esperança.

Dedico-o, em especial, àquelas mulheres que, apesar da luta incansável, não conseguiram efetuar o “*romper do silêncio*” e acabaram não sobrevivendo à violência de que foram vítimas.

Minha gratidão

A Deus, pelo dom da vida;

À minha mãe e a meu pai, por terem me permitido existir;

Aos meus pais do coração, Nelo e Maria Jocy, pelo constante cuidado, apoio e dedicação;

Às minhas irmãs e aos meus irmãos, pelo incentivo;

À amiga e psicóloga, Lúcia, por ter me auxiliado a acreditar em mim, perdoar-me e acima de tudo, conseguir fazer-me “*romper o silêncio*”;

À querida amiga e colega, Ivani Bueno de Almeida Freitas, pelos ensinamentos, escuta e confiança;

À professora, orientadora e amiga, Stela Nazareth Meneghel, por estar presente em mais esta etapa da minha vida;

À professora Élide, pelo exemplo e ajuda;

Aos meus dois grandes e eternos amores: Régis e Sofia – que são a razão da minha vida. Sofia, obrigada por me permitir te trazer ao mundo e viver este momento mágico da maternidade.

Se dice que todos nacemos
con una estrella,
en las noches cada vez
que miro al cielo pregunto:
¿ cuál de ellas será mi estrella
para cambiarla por otra?

(Mujer quechua afectada por la violencia intrafamiliar)*

* Tomado del Informe de Perú

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
POR QUE ABORDAR ESTA TEMÁTICA?	08
PROJETO DE PESQUISA	12
INTRODUÇÃO	16
1 REFERENCIAL TEÓRICO	21
1.1 Violência sob a perspectiva da Saúde Pública.....	21
1.2 Violência de Gênero no âmbito doméstico: das Conferências a Saúde Coletiva.....	23
1.2.1 As Conferências sobre as Mulheres.....	25
1.2.2 As Convenções e Conferências ocorridas no Brasil.....	29
1.3 A Rota Crítica.....	36
2 PERCURSO METODOLÓGICO	41
2.1 Método.....	41
2.1.1 Locais de Pesquisa.....	45
2.1.2 As Ferramentas Metodológicas.....	46
3 ASPECTOS ÉTICOS	50
4 CRONOGRAMA	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	58
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
RELATÓRIO DE PESQUISA	61
1 O CAMINHO PERCORRIDO PARA COLETAR OS DADOS	62
2 LEI MARIA DA PENHA	72
3 PALAVRAS FINAIS	75

ARTIGO.....	78
1 INTRODUÇÃO	80
2 PERCURSO METODOLÓGICO	82
3 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM SÃO LEOPOLDO.....	84
4 A ROTA CRÍTICA DAS MULHERES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA.....	86
5 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES.....	88
6 O QUE DIZEM OS DISCURSOS – DILEMAS E CONTRADIÇÕES	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	93

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, em cumprimento às exigências e instruções da Unidade Acadêmica, Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos apresenta-se dividida em três partes:

- Projeto de Pesquisa (Formatação ABNT);
- Relatório de Pesquisa (Formatação ABNT);
- Artigo (Formatação Revista Saúde e Sociedade).

POR QUE ABORDAR ESTA TEMÁTICA NOVAMENTE?

Minha caminhada como pesquisadora iniciou nos bancos da academia, quando me prontifiquei a trabalhar como voluntária em uma pesquisa que estava sendo realizada por uma das minhas professoras, intitulada: “*Mulheres Adolescentes: contracepção e aborto*” (CECHIN et al., 2001)¹. Após quase um ano de voluntariado, recebi uma bolsa da FAPERGS.

Vinda do interior, necessitava trabalhar para custear meu sustento, pois a família, na época, passava por inúmeras dificuldades financeiras e me auxiliava com o pouco que podia. Acabei indo morar com uma senhora idosa, no município de São Leopoldo. Consegui uma bolsa de estágio oferecida pela Secretaria de Saúde do município e passei a trabalhar 20 horas semanais como acadêmica de enfermagem. Auxiliava a enfermeira responsável pela supervisão dos Postos da Rede no seu trabalho. Trabalhei como estagiária até um semestre antes da minha colação de grau, quando recebi uma proposta para trabalhar em outro município e com uma melhor remuneração com a possibilidade de permanecer no cargo após a colação de grau, o que na época era imprescindível para mim.

Ainda durante a minha formação, após algumas aulas da disciplina de Epidemiologia e Saúde, com a professora Stela N. Meneghel, eu decidi que a convidaria para ser minha orientadora quando da realização do trabalho de conclusão de Curso (TCC). Apesar de ela ministrar apenas aquela disciplina em nosso Curso, não ser enfermeira, ter tido pouco convívio com ela e não conhecer suas linhas de pesquisa, não via isso como um empecilho para trabalhar com ela, pois fui motivada por algo maior que ela me transmitiu em tão pouco tempo que passamos juntas em sala de aula. Aí iniciava a minha história com esta mulher guerreira, inteligente e muito admirável.

Após o convite, ela aceitou o desafio, mas só iríamos nos encontrar após alguns semestres. Não sabia ao certo sobre o que pesquisaria, mas algo me movia a trabalhar com mulheres, talvez pelo fato de estar inserida em uma pesquisa com adolescentes.

Chegado o semestre para o desenvolvimento do meu TCC, procurei minha orientadora e decidimos estudar uma parcela de trabalhadores de instituições que prestavam

¹ CECHIN, P. L. R.; DEWES, A. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53º, 2001, Curitiba. *Anais*. Curitiba – Paraná; CD-ROM.

serviço a vítimas de violência no município de São Leopoldo, buscando desvelar as representações sobre as violências em uma amostra de profissionais e identificar as práticas de enfrentamento. Além disso, visava disponibilizar informações sobre os agravos direta ou indiretamente ligados à violência, para os gestores de serviços e de políticas públicas.

Quatro meses antes da entrega do trabalho, eu fui selecionada para participar do projeto “Universidade Solidária”, na cidade de Nova Fátima – Bahia. Permaneci nesta cidade 21 dias e, devido ao trabalho que realizávamos lá, era quase impossível pensar em escrever alguma coisa a respeito do meu Projeto de pesquisa. Ao retornar da viagem comecei a sentir um certo pânico, pois acreditava que não conseguiria finalizar o trabalho em tempo hábil para a entrega. Fiquei todo o mês de agosto “paralisada”, pois não conseguia iniciar a análise dos dados, apesar das “cobranças” constantes feitas pela minha orientadora e pelo meu noivo. Até que um dia minha orientadora me disse que nós não conseguiríamos terminar o trabalho dentro do prazo estipulado pela Universidade, para a entrega. Cheguei em casa desesperada e só conseguia chorar, imóvel diante da situação, pois isso implicaria pagar mais um semestre e como eu estudava com crédito educativo, não teria condições para custear tal gasto. Não conseguia compreender o que me impedia de fazê-lo. Devido ao fato de ter estado ausente durante as férias de inverno e trabalhando para a Universidade, resolvi pedir o adiamento da entrega do meu TCC e este acabou sendo deferido.

Quatro anos depois eu decidi abdicar da assistência na área da Enfermagem para me dedicar à realização de outro sonho, que julgava ser incapaz de realizá-lo: participar de uma seleção de Mestrado. Após muita insistência da minha psicóloga e do meu marido, acabei fazendo a matrícula para a prova no penúltimo dia das inscrições.

Apesar de ter realizado uma especialização na área de Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto, sempre me senti dividida em relação à Saúde Pública e a UTI, pois durante todo o meu curso de Enfermagem Licenciatura Plena eu atuei naquela área e me sentia realizada com o meu trabalho, apesar das inúmeras mazelas enfrentadas pelo Setor Saúde. Além disso, enquanto na Terapia Intensiva eu só podia assistir o paciente enquanto ele permanecia sob os cuidados da equipe, na Saúde Coletiva eu tenho como assisti-lo no seu próprio domicílio.

Após saber minha classificação na seleção do Mestrado, senti-me mais feliz ainda, pois começava a trabalhar as questões relacionadas a minha baixa auto-estima, decorrentes da minha criação e de um processo depressivo sofrido na adolescência ao precisar me afastar da minha família para poder estudar.

Decidi que a professora Stela continuaria a me orientar, pela amizade, admiração e confiança depositada nela. Como ela e a professora Élide estavam realizando uma pesquisa a respeito da temática que eu abordo, só que elas numa esfera “macro”; e eu numa “micro”, resolvi aceitar o desafio, até porque eu gostaria de continuar estudando a temática da violência contra a mulher.

Com o passar dos meses, os estudos, as leituras a respeito do tema a ser trabalhado e as sessões de terapia, comecei a entender o porquê de estudar esta temática. Levei algum tempo para “romper do silêncio”, mas eu consegui. Ao finalizar o projeto de Qualificação eu chorei muito, pois este não representava apenas o término de uma primeira etapa na minha caminhada, mas a minha liberdade.

Descobri que fui não só uma criança, como uma adolescente assediada por homens mais velhos; sofri muita violência psicológica que acabou desencadeando todo um processo depressivo na minha adolescência e fase adulta. Infelizmente meus pais não tinham como perceber tal situação e foram tão vítimas quanto eu.

Hoje, ao escrever este texto, consigo compreender o que impede muitas mulheres a “romper do silêncio”, o porquê de permanecerem no anonimato e não denunciarem seus agressores, quais são os caminhos e os descaminhos das mulheres vítimas de violência, qual é a Rota Crítica destas mulheres. Tenho consciência de quanto é difícil percorrer o *caminho das pedras*, mas me sinto vitoriosa por ter conseguido percorrê-lo até o fim.

A todos aqueles que estiveram comigo durante esta longa caminhada eu só tenho a agradecer, pois em alguns momentos pensei em desistir. Sabia que chegaria um tempo em que eu não poderia mais fugir, precisaria analisar os dados da pesquisa e reviver a minha história, a minha “Rota Crítica” e descobrir quais foram os meus “Repertórios Interpretativos”. Este foi o marco de uma nova história em minha vida profissional e pessoal.

Neste momento da defesa da minha Dissertação, tenho a certeza de ter concretizado não só um sonho, mas de ter vencido o meu silêncio e ainda ter a alegria de gestar minha filha, a Sofia.

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

ADRIANA DEWES PRESSER

**O CAMINHO DAS MULHERES PARA ENFRENTAR A VIOLÊNCIA EM SÃO
LEOPOLDO – A VOZ DOS OPERADORES SOCIAIS**

São Leopoldo

2006

ADRIANA DEWES PRESSER

**O CAMINHO DAS MULHERES PARA ENFRENTAR A VIOLÊNCIA EM SÃO
LEOPOLDO – A VOZ DOS OPERADORES SOCIAIS**

Projeto elaborado para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Ciências da Saúde

Orientadora: Dra. Stela Nazareth Meneghel

Co-orientadora: Dra. Élide Azevedo Hennington

São Leopoldo

2006

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
1.1 Violência sob a perspectiva da Saúde Pública.....	21
1.2 Violência de Gênero no âmbito doméstico: das Conferências a Saúde Coletiva.....	23
1.2.1 As Conferências sobre as Mulheres.....	25
1.2.2 As Convenções e Conferências ocorridas no Brasil.....	29
1.3 A Rota Crítica.....	36
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
2.1 Método.....	41
2.1.1 Locais de Pesquisa.....	45
2.1.2 As Ferramentas Metodológicas.....	46
3 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4 CRONOGRAMA.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES.....	58
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59

INTRODUÇÃO

A violência de gênero é um grave problema social que afeta grandes contingentes populacionais, especialmente as mulheres e seus filhos. A elevada prevalência de violência na família constitui um obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico e uma violação dos direitos humanos. No início dos anos 1990, os diferentes tipos de violência perpetradas contra a mulher no âmbito doméstico, atualmente denominada de violência de gênero, foi reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, que a considera um dos tipos mais generalizados de abuso de direitos humanos e o menos reconhecido (KRUG, 2003; OMS, 1993; SAGOT, 2000).

As denominações usadas para o tipo de violência que acontece entre casais incluem os termos “violência” ou “abuso doméstico”, “abuso contra esposa ou companheira”, “violência na família” e “mulheres batidas, maltratadas ou espancadas”. A opção pelo uso da designação violência de gênero, implica a desnaturalização da violência e a compreensão de que ela está fundamentada nas desigualdades entre homens e mulheres e, embora ela possa ser dirigida aos homens, a maioria absoluta dos casos ocorre no sentido inverso. Gênero pode ser considerado como o conjunto de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e no qual essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas, trata-se, portanto, de uma categoria cultural e não biológica (SAFFIOTTI, 1999; SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2003).

A violência contra a mulher não é resultado de eventos inexplicáveis ou de condutas desviantes ou patológicas, mas constitui práticas aprendidas, produto de uma organização social fundamentada na desigualdade. Nesse sentido, ela resulta de relações desiguais de

poder e é exercida pelos que se apossam do direito de intimidar e controlar. Dentro da família, as desigualdades produzidas por gênero e idade são as principais determinantes das relações violentas que nela se constituem, mostrando a face adultocêntrica e misógina do poder (SAFFIOTTI, 1999; SAGOT, 2000; SCOTT, 1990).

Neste estudo, usaremos o conceito de violência de gênero, caracterizada como qualquer ato de que resulta ou possa resultar danos ou sofrimentos físico, sexual, psicológico ou patrimonial da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto. Também se inclui, embora de forma mais sutil, a seleção ou preferência de filhos segundo o sexo, a prática de aborto de fetos do sexo feminino, a desnutrição intencional e a venda de filhas para a prostituição ou matrimônio, visto que grande parte dessa violência está oculta e, em muitos casos, é negada ou abordada com indecisão pelas políticas sociais. Elas têm como base comum as desigualdades em relação ao gênero feminino que predominam na sociedade: as desigualdades salariais, o assédio sexual no trabalho, o uso do corpo da mulher como objeto, o tráfico nacional e internacional de mulheres e de meninas (HARTIGAN, 1997; HYMAN et al., 2000; MENEGHEL et al., 2003; PALTIEL, 1993).

Estudos apontam para o uso mais intenso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, em situações de violência doméstica (ÂNGULO-TUESTA, 1997; AUENGRAND, 2001). Apesar disso, a violência de gênero ainda é pouco reconhecida nos serviços de saúde, permanecendo um fenômeno praticamente invisível. Muitas mulheres procuram esses serviços apresentando queixas variadas e muitas delas são diagnosticadas como polissintomáticas, hipocondríacas entre outras denominações pejorativas. A história de vida e o sofrimento decorrente da violência são muitas vezes descaracterizados e/ou desconsiderados. Nos países de Terceiro Mundo, mulheres em situação de violência e deprimidas costumam ser medicadas e freqüentemente são tratadas com sintomáticos como analgésicos, polivitamínicos e medicamentos para insônia (OMS, 2004).

Dentre as iniciativas realizadas para compreender o fenômeno violência intrafamiliar e de gênero – os mecanismos que levam as mulheres a romper com a situação de violência e os empecilhos que obstaculizam este trajeto –, destacamos a proposta desenvolvida pela OPAS, denominada Rota Crítica (SAGOT, 2000). A Rota Crítica permitiu esclarecer o trajeto

que as mulheres percorrem para sair da situação de violência, que começa com a decisão e a determinação de se apropriar de suas vidas e a de seus filhos. A Rota permitiu conhecer os fatores que as impulsionaram a romper com a situação de violência, as dificuldades encontradas para levar adiante esta decisão, as percepções sobre as respostas institucionais, os significados da violência na família, a possibilidade de respostas institucionais a esses problemas, assim como as frustrações e os obstáculos que ajudam a perpetuar as violências.

A Rota Crítica foi desenvolvida em dezesseis comunidades urbanas e rurais de dez países da América Central e do Sul e três países andinos, entre 1996 e 1998, a partir de um protocolo elaborado em conjunto por pesquisadores, ativistas e funcionários de instituições dos países participantes, visando a contribuir na prevenção, combate e erradicação da violência contra as mulheres (SAGOT, 1998).

Na discussão dos resultados, Sagot (2000) mostra que muitas mulheres desconheciam seus direitos e os serviços existentes que poderiam ajudá-las a enfrentar a situação de violência. Por outro lado, muitos serviços e instituições perpetuavam a “revitimização”, por não possuírem organização, procedimentos e normas de atendimento adequados, contribuindo, muitas vezes, com indiferença, culpabilização, exigências, zombaria e questionamentos, expressando uma relação de poder autoritária e abusiva com as mulheres maltratadas. Os maiores êxitos aconteceram nas instituições públicas e privadas dedicadas ao apoio às mulheres e à defesa de seus direitos. Nessas, elas receberam apoio emocional, preocupação, interesse, informação e acompanhamento, medidas fundamentais que contribuíram, fortalecendo-as e ajudando-as no processo de superação da violência. Na verdade, não existe uma “rota ótima”, um caminho ideal e fechado a ser seguido; trata-se de um processo de empoderamento das mulheres e da reapropriação de suas vidas, em que as instituições devem funcionar como instrumentos de apoio, facilitação e garantia de seus direitos.

Atualmente, apesar da existência de serviços públicos e de ONGs voltados para a atenção às mulheres em situação de violência, observa-se que muitas das que decidiram ou buscaram efetivamente romper com situações de violência, não encontraram os devidos amparo e alternativas para superar o problema, enfrentando uma trajetória marcada por dificuldades, desestímulo, inexistência ou falta de acesso às instituições e serviços (SAGOT, 2000).

O Brasil não foi contemplado na investigação da Rota Crítica, fato que instiga a realizar investigações semelhantes à proposta da OPAS, mesmo que seja em apenas um município do estado do Rio Grande do Sul.

Os elevados índices de violência em São Leopoldo (HENNINGTON, 2005; SOETHE e COLS, 2001) justificam o presente estudo, que procura estabelecer a trajetória das mulheres em situação de violência de gênero, identificar os pontos críticos e propor medidas de intervenção. Além disso, serão disponibilizadas aos gestores de serviços e de políticas públicas informações sobre agravos, direta ou indiretamente ligados à violência. Essas informações serão obtidas a partir da análise das práticas discursivas sobre a violência de gênero, formuladas por um grupo de operadores de diferentes instituições do Município em questão que atuam com a violência.

O Município de São Leopoldo, assim como outros municípios da chamada região do Vale do Rio dos Sinos, que compreende 25 cidades da região metropolitana de Porto Alegre, enfrenta uma situação de elevados índices de violência. Soethe e Cols (2001), afirmam que a violência endêmica aparece na história da formação do Vale do Rio dos Sinos como resultado de dois fatores: o modo desorganizado e desumano com que aconteceu o êxodo rural e a formação urbana; e o modelo econômico excludente dos países periféricos em relação à economia global e de suas populações em relação à economia nacional e local. A violência, no cotidiano atual, manifesta-se pela degradação das condições gerais de vida, como do emprego, da educação, da saúde, da habitação e infra-estrutura urbana.

Este trabalho tem como objetivo conhecer as ações e a trajetória de mulheres na busca de alternativas para a superação da situação de violência de gênero no município de São Leopoldo, por meio da análise das práticas discursivas dos operadores de Instituições que trabalham com violências.

Esta investigação faz parte da pesquisa “Violência intrafamiliar e de Gênero: a trajetória das mulheres na superação do sofrimento” (MENEGHEL & HENNINGTON, 2005), projeto contemplado no edital 045 do CNPq – “Relações de Gênero, mulheres e feminismos”.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Identificar a trajetória, a partir da perspectiva dos operadores sociais, de mulheres em situação de violência de gênero ao acessarem as instituições no município de São Leopoldo.

Objetivos Específicos:

- 1) Conhecer os obstáculos e os pontos de apoio que as mulheres em situação de violência de gênero encontram em sua trajetória;
- 2) Entender os sentidos que os operadores sociais atribuem à violência de gênero.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 VIOLÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE PÚBLICA

Agudelo afirma que a violência “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (1990, p. 01). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), passou a considerar a violência como tema relacionado à saúde em 1993, definindo-a como:

A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países (...). O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (1993, p. 1).

No Brasil, a violência exerce impacto significativo sobre o campo da saúde (MINAYO, 1994). Desde a década de 1960, o quadro de mortalidade geral revela a transição das doenças infecto-parasitárias para doenças crônico-degenerativas e a violência, expressa pelas causas externas, aparece como fenômeno relevante, acompanhando o processo de urbanização. Na década de 1980, houve um crescimento de cerca de 29% na proporção de mortes violentas, passando essas a constituir a segunda causa de mortalidade, abaixo apenas das doenças cardiovasculares.

Os acidentes e as violências estão incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID) sob a denominação de Causas Externas. Esse grupo de causas, que abrangia os códigos E800 a E999 da CID, em sua nona revisão, passou para os códigos V01 – Y98, na décima revisão, para as análises de mortalidade (OMS, 1985; 1996). Para os estudos de morbidade, os eventos violentos, antes representados pelo capítulo 17 da CID – 9, atualmente estão referidos nos códigos S e T da CID – 10. O conceito de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais; e o de morbidade compreende as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes (MINAYO & SOUZA, 1999).

As mortes violentas representam um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, já que existem métodos para a prevenção e incidem principalmente sobre a população jovem.

A morbidade por violência é difícil de ser mensurada, seja pela escassez de dados, seja pela imprecisão das informações geradas pelos boletins de ocorrências policiais, seja pela pouca visibilidade que têm determinados tipos de agravos.

No Brasil, a violência vem se manifestando em números elevados e crescentes, evidenciados pelos indicadores de saúde. As taxas de mortalidade por causas externas cresceram cerca de 50% do fim dos anos 70 para a primeira metade da década de 90 (MINAYO, 1994). O mais preocupante dessa mudança é a evidência de que grupos de jovens, sobretudo do sexo masculino, estão sendo cada vez mais atingidos como vítimas e autores.

Do ponto de vista econômico, a violência representa um custo bastante elevado. Os gastos que os serviços de saúde dispendem com tratamentos de lesões e traumatismos, além das internações decorrentes das causas externas, representam cerca de 6% do total de hospitalizações. Esse valor pode parecer baixo, mas totaliza 700 mil internações/ano (JORGE, 2002).

A violência é um fenômeno complexo e multifacetado, envolvendo, em sua gênese, vários aspectos: ela não é somente um problema de segurança, de justiça, de educação ou de saúde, mas representa um verdadeiro mosaico formado por todos esses componentes. Assim, no enfrentamento à violência, são necessárias ações interdisciplinares entre os diferentes campos do conhecimento e Instituições Sociais. Essas ações precisam ser construídas e consolidadas, mediante a implementação e a conjugação de esforços e medidas articuladas e voltadas à prevenção.

1.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO ÂMBITO DOMÉSTICO: DAS CONFERÊNCIAS A SAÚDE COLETIVA

O movimento feminista vem denunciando a violência contra a mulher há mais de 20 anos. D'Oliveira & Schraiber (1999) afirmam que a violência contra a mulher refere-se a situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometidas por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados. Segundo as autoras, a temática em questão também pode ser vista da perspectiva de gênero, referindo-se assim a “sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres” (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999, p. 14).

Desde a década de 1970, as organizações de mulheres vêm denunciando a violência de gênero como um grave problema que afeta a saúde física e mental das mulheres, comprometendo severamente o seu desenvolvimento integral, embora tenham passado muitos anos até que a violência de gênero fosse reconhecida como um fenômeno substantivo na agenda pública dos organismos internacionais.

O termo ‘gênero’ começou a ser utilizado pelas feministas para traduzir a forma como a cultura se apropria do sexo biológico (SAFFIOTI, 1999). A perspectiva de gênero mudou a visão da violência do enfoque da vitimização para o enfoque relacional, que considera as relações entre homens e mulheres. Assim, segundo Tavares (2000), as relações sociais violentas e as relações violentas estabelecidas entre homens e mulheres, seriam vistas a partir das diferenças culturais e não das especificidades biológicas atribuídas aos sexos masculino e feminino.

Minayo et al. (2003), afirmam que a abordagem de gênero consolidou-se, de maneira progressiva, como modelo explicativo hegemônico para a ocorrência da violência contra a mulher. Com isso, a violência sofrida pela mulher é compreendida como uma violência ligada ao gênero (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 1999), estruturada por um ‘padrão de relações sexuais hierárquico’ (MENEGHEL et al., 2000), no qual as mulheres sofrem violência pelo fato de serem mulheres (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 1999). Corrêa (2000), afirma que isso configuraria um reflexo da manutenção de desigualdades e hierarquias existentes para

garantir a obediência e a subalternidade de um sexo sobre o outro, expressando um ‘sistema social de gênero desigual e injusto’ (KANTORSKI et al., 1997).

As explicações da universalização da opressão da mulher, construídas sob a perspectiva de gênero, estão embasadas no conceito de patriarcado, na teoria marxista e nos estudos da psicanálise. Pelo patriarcado, a opressão feminina se explica a partir da apropriação masculina do labor reprodutivo das mulheres. As teorias marxistas procuram articular sistemas de dominação de classe com sistemas de dominação de gênero, enquanto a psicanálise busca encontrar as raízes das relações de gênero na construção da subjetividade (D’OLIVEIRA, 1996).

A violência de gênero é um tema recentemente estudado no Brasil, e a sua incorporação na academia, enquanto campo temático, se deve, sobretudo, ao movimento feminista. A corrente feminina marxista desde os primeiros estudos sobre a mulher, introduziu o conceito de patriarcado, entendido como:

... um conjunto de relações sociais que têm uma base material e no qual há relações hierárquicas entre homens e solidariedade entre eles, que os habilitam a controlar as mulheres. Patriarcado é, pois, o sistema de opressão das mulheres (HARTMANN, 1979 apud SAFFIOTI, 1999, p. 232).

A categoria gênero, mencionada pela primeira vez em 1968, teve como um dos seus objetivos buscar a desconstrução do chamado ‘determinismo natural’, instaurando uma suposta equidade entre homens e mulheres. Um dos conceitos clássicos de gênero considera: “...um sistema de sexo/gênero é um conjunto de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e no qual estas necessidades sexuais são satisfeitas” (RUBIN, 1975, p. 159 apud SAFFIOTI, 1999).

Scott (1990) considera que: “Gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e é também um modo de significar relações de poder” (p.42).

Falar em violência de gênero pressupõe o entendimento de que homens e mulheres têm uma participação não igualitária, devido a sua condição sexual, e participam de sociedades e culturas que legitimam esta desigualdade, acarretando um padrão de relações

sexuais hierárquico, também denominado de relações sexuais de gênero. Este conceito é capaz de englobar fatores condicionantes e precipitantes da violência em relação à mulher, sendo considerados como fatores determinantes: o patriarcado, a educação diferenciada entre os sexos, o caráter discriminatório das instituições sociais e o sistema de opressão e exploração a que homens e mulheres estão submetidos numa dada formação social (AZEVEDO, 1985).

Três décadas de estudo e pesquisas deram visibilidade à violência de gênero na sociedade. Nos países desenvolvidos há dados que apontam elevados percentuais de violência de gênero, que oscilam entre 20 a 80% das mulheres. Alguns autores a consideram um fenômeno epidêmico, devido à elevada magnitude (KRONBAUER e MENEGHEL, 2005). A maior parte dos episódios de violência contra as mulheres acontecem no espaço doméstico, enquanto a violência contra os homens acontece principalmente no espaço público.

Heise (1994) apresenta uma síntese das características da violência de gênero: as mulheres estão sob ameaça de violência, principalmente, por parte de homens conhecidos; além disso, a maior parte das vítimas são as mulheres. A gravidade da violência tende a piorar com o tempo, e o abuso emocional pode ser tão danoso quanto o abuso físico. A violência de gênero acontece em todos os grupos socioeconômicos, porém não em todas as sociedades. Inúmeros estudos mostram o risco de depressão, toxicomania, atos de autodestruição, tentativas de suicídio e suicídio entre mulheres abusadas física e sexualmente. Estima-se que 19% dos anos perdidos por morte ou incapacitação física em mulheres em idade produtiva devam-se à violência de gênero.

Em 1994, a Organização dos Estados Americanos afirmou que a violência contra a mulher constitui-se em violação dos direitos humanos das mulheres, expressos na Convenção Interamericana para prevenir, sancionar e erradicar a Violência contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará” – que foi aprovada, justamente, no Brasil (MOVIMENTO MANUELA RAMOS, 1995).

1.2.1 As Conferências sobre as Mulheres

A Organização das Nações Unidas (ONU) designou o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher e estabeleceu que os próximos dez anos seria a Década da Mulher.

Desde então, realizaram-se várias Conferências Mundiais sobre a Mulher, que serão resumidas neste capítulo:

- *I Conferência Mundial sobre a Mulher*, na cidade do México, em 1975; assistida por 8 mil mulheres representantes de 113 países, a conferência debateu três temas centrais: igualdade entre os sexos, integração da mulher no desenvolvimento e promoção da paz. Foi um acontecimento inédito na luta pelos direitos da mulher. Nesta Conferência foram aprovados dois documentos:

1. Declaração do México sobre a Igualdade da Mulher e sua contribuição ao Desenvolvimento e a Paz Mundial;

2. Plano de Ação Mundial para Implementação dos Objetivos do Ano Internacional da Mulher.

- *II Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz*. Realizou-se em Copenhague, na Dinamarca, no ano de 1980. Nessa Conferência foram examinados os progressos alcançados em cinco anos da Década da Mulher (1975-1985).

- *III Conferência Mundial sobre a Década da Mulher*, em Nairobi, Quênia, em 1985. Nesta Conferência foram aprovadas as “*Estratégias para o Pleno Desenvolvimento da Mulher para o Ano 2000*”; reuniu cerca de 15 mil representantes de organizações de mulheres. O objetivo do encontro foi avaliar os resultados obtidos durante a década 1975/1985. Durante a Conferência, vários países assinam a Convenção pela eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, que havia sido promulgada pela ONU.

- *IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz ou Conferência de Beijing*, Pequim, China, em 1995. Foi considerada a maior e a mais influente de todas as conferências mundiais sobre a mulher, pois reconheceu definitivamente os direitos da mulher como direitos humanos em sua Declaração e Plataforma de Ação. Compareceram mais de 180 delegações governamentais e cerca de 2.500 organizações não-governamentais. A Plataforma de Ação aprovada reafirmou os avanços obtidos pelas mulheres nas últimas Conferências, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a inclusão da discriminação racial e étnica como um obstáculo à igualdade e equidade entre as mulheres. A Conferência de Pequim trouxe novos

parâmetros de atuação para os governos e sociedade civil, com vistas à promoção da igualdade de gênero.

O órgão das Nações Unidas encarregado de acompanhar a implementação das decisões adotadas na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Comissão sobre a Situação da Mulher (CSW), avaliou a implementação da Plataforma de Ação de Pequim, com o exame dos itens relativos à erradicação da pobreza e à divisão das responsabilidades familiares. Ademais, a CSW aprovou recomendação incentivando o acompanhamento da Conferência em nível regional, sobretudo tendo em vista que várias regiões adotaram planos regionais de ação, como é o caso da América Latina e do Caribe.

Além das Conferências supracitadas, ainda se pode referir duas outras, de grande importância: a ocorrida em Viena, no ano de 1993, e a ocorrida no Cairo, no ano seguinte.

Em Viena (Áustria), durante a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, o movimento de mulheres levantou a bandeira de luta "*Os Direitos das Mulheres também são Direitos Humanos*", postulando que "os direitos humanos das mulheres são inalienáveis e constituem parte integral dos direitos humanos universais".

Em decorrência do Programa de Ação adotado em Viena, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a Declaração sobre a Violência contra a Mulher, tema que, até então, não contava com nenhum documento específico. Esse documento serviu de base para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, e definiu a violência de gênero, englobando a violência física, sexual e psicológica no âmbito público ou privado. Em 1994, a Comissão de Direitos Humanos da ONU iniciou o monitoramento da violência contra a mulher.

Na Conferência ocorrida no Cairo, no ano de 1994, as organizações de mulheres propuseram uma agenda que redefiniria conceitos estagnados e naturalizados de reprodução, família e população. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento representou um marco para o feminismo internacional e o gênero foi o tema central dos debates, ocasião em que as mulheres falaram a partir do conceito de "direitos reprodutivos". O conceito de direitos reprodutivos garante que toda mulher tenha pleno direito de disposição sobre seu corpo e sua sexualidade. Tal conceito ampliou a visão sobre reprodução, que passou

a ser entendida como uma forma de ação social e gerou uma série de polêmicas, ainda não resolvidas, em torno de questões como a legalização do aborto.

No Brasil, em 1996, foi lançado o Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e Sexual. Como parte deste programa, foi encaminhado projeto de lei com o objetivo de transformar os crimes sexuais – até então considerados crimes contra os costumes – em crimes contra a pessoa. Esse projeto acabou se transformando na Lei 10.886/2004, que acrescentou o § 9º ao artigo 129 do Código Penal.

Essa alteração, entretanto, mostrou-se inócua e ineficaz, pois previa somente pena de *detenção* ao agressor (que não acarreta o cumprimento em regime fechado, ou seja, não havia previsão de que o agressor fosse para a prisão por cometer esse tipo de crime) e considerava a violência doméstica *crime de menor potencial ofensivo*. Por isso, em razão da quantidade máxima de pena aplicável (um ano) esse tipo de crime era submetido ao procedimento criminal que se aplica aos crimes de menor potencial ofensivo e possibilita ao agente criminoso uma série de benefícios que afastam a pena privativa de liberdade, tais como a *transação penal* e a *suspensão condicional do processo*.

Recentemente, foi promulgada a Lei n.º 11.340, de 07 de agosto de 2006, também chamada Lei Maria da Penha, que pode ser considerado uma espécie de “Estatuto da Mulher”, à semelhança de outros já existentes (Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso), considerando que estabelece uma série de dispositivos protetivos e de assistência à mulher em situação de violência. Essa Lei conceitua o que seja *violência doméstica e familiar contra a mulher*, estabelece *medidas integradas de prevenção à violência doméstica* e prevê a forma de prestação da *assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar*. Prevê, ainda, a obrigatoriedade de atendimento prioritário pela autoridade policial que tomar conhecimento de violência doméstica contra a mulher e a possibilidade de adoção de medidas protetivas de urgência, tais como o *afastamento do agressor do lar*, *proibição de contato com a ofendida e seus familiares*, entre outras.

Essa lei prescreve, expressamente, que, aos processos, aos julgamentos e às execuções de causas cíveis e criminais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher se aplicarão as normas dos Códigos de Processo Civil e Processo Penal e da legislação específica relativa à criança, ao adolescente e ao idoso, naquilo em que

não forem conflitantes entre si. Isso significa dizer que o procedimento outrora utilizado, que possibilitava ao agressor ser beneficiado com a transação penal ou suspensão condicional do processo, não mais se aplica aos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Agora, para o crime de violência doméstica, a pena prevista é de *detenção* de 3 (três) meses a 3 (três) anos. O fato de a pena ser de *detenção* continua acarretando a impossibilidade de recolhimento do agressor em regime fechado, o que, de certa forma, torna essa alteração pouco eficaz. Mas o fato de a pena máxima ser bem maior do que a anteriormente prevista (um ano, apenas) já pode ser considerado um avanço, porque isso significa que a violência doméstica e familiar contra a mulher não é mais considerada crime de menor potencial ofensivo.

1.2.2 As Convenções e Conferências ocorridas no Brasil

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará” – foi adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1994 e ratificada pelo Brasil, em 1995.

A violência praticada contra a mulher é um dado inquestionável da realidade mundial e esta Convenção reconhece expressamente que as mulheres estão sujeitas a ela sem distinção de raça, religião, idade ou qualquer outra condição.

Essa Convenção ratificou e ampliou a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, e representa o esforço do movimento feminista internacional para dar visibilidade à existência da violência contra a mulher e exigir seu repúdio pelos Estados-membros da OEA.

A Convenção declara que a violência contra a mulher constitui uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos e liberdades. Ela entende por violência contra a mulher "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado". Esta constatação aumenta a importância ao mostrar a violência na esfera privada, isto é, a violência doméstica baseada em gênero, na qual os agressores geralmente são parentes ou pessoas próximas. A violação dos direitos humanos das mulheres, ainda que ocorra no âmbito da família ou da

unidade doméstica, diz respeito a toda a sociedade, inclusive ao poder público. Este fato já havia sido descortinado pelas feministas ao assumirem que o privado é público.

A Convenção de Belém do Pará estatui que a mulher está protegida pelos demais direitos previstos em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos, mencionando expressamente o direito a que se respeite a vida, integridade física, mental e moral; direito à liberdade e à segurança pessoais; o direito a não ser submetida à tortura; o direito a que se respeite a dignidade inerente a sua pessoa e a que se proteja sua família; o direito a igual proteção perante a lei e da lei; o direito a recurso simples e rápido perante tribunal competente que a proteja contra atos que violem os seus direitos; o direito de livre associação; o direito de professar a própria religião e as próprias crenças, de acordo com a lei; e o direito a ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, inclusive na tomada de decisões.

Essa Convenção entende que a violência contra a mulher impede e anula o exercício dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, de forma que, paralelamente à violência física, sexual e psicológica, ocorreria uma violação daqueles direitos. Daí a gravidade da violência contra a mulher, que é capaz de lesar, simultaneamente, vários bens jurídicos protegidos.

A Convenção confere ao Estado responsabilidades na missão de proteger a mulher da violência no âmbito privado e público. Os Estados têm de tomar medidas para prevenir a violência, investigar diligentemente qualquer violação, perseguindo a responsabilização dos violadores, e assegurar a existência de recursos adequados e efetivos para a devida compensação às violações.

Conferência Nacional de Mulheres - 2004

O ano de 2004 foi declarado o *Ano da Mulher no Brasil*, com o lema: *faz diferença acabar com a indiferença*, tendo como atividade prioritária à realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), coordenada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), da Presidência da República, envolvendo mais de 120 mil mulheres, reunidas em plenárias municipais e regionais em 2.000 municípios e Conferências Estaduais nos 26 estados e Distrito Federal.

Ao convocar a I CNPM, com o objetivo de “propor diretrizes para fundamentação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”, o governo brasileiro propôs a análise da realidade brasileira, tendo em mente os desafios para a construção da igualdade, e que também fosse realizada uma avaliação das políticas públicas para as mulheres até então desenvolvidas por governos municipais, estaduais e federal e que se aprovassem diretrizes para a Política Nacional para as Mulheres.

A Conferência significou que, pela primeira vez, um governo conclamou os vários níveis de governo e sociedade civil a contribuírem com a elaboração de um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Segundo o documento-base, o contexto de atuação das brasileiras na luta contra a discriminação nos últimos vinte anos foi marcado por dois vetores: um importante movimento no sentido de ampliar os direitos de cidadania e de consolidação da democracia política; e o agravamento das condições socioeconômicas e a conseqüente limitação de uma democracia social. Para as mulheres, o movimento por efetivação da cidadania, conquistada com a Constituição de 1988, foi mais do que um reencontro com mecanismos democráticos, historicamente frágeis no país. Significou o reconhecimento de sua cidadania e do princípio da igualdade entre homens e mulheres (SPM, 2004).

As diretrizes gerais aprovadas apontam para a necessidade de políticas integradas que garantam a construção da igualdade, que ampliem as condições para autonomia e auto-sustentação das mulheres, que possibilitem o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, a descriminalização do aborto (tema que gerou maior debate e polêmica) e o reconhecimento da violência de gênero “como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e como questão de saúde pública”. Reafirma a necessidade das modificações da divisão sexual do trabalho e que o Estado tem sua parte de responsabilidade, aí incluída a ampliação dos equipamentos sociais. A soberania nacional, políticas de desenvolvimento que garantam a superação das desigualdades econômicas e a distribuição de renda e a ampliação das políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida das mulheres também foram contempladas nas diretrizes gerais.

A Conferência demonstrou o potencial de mobilização, organização e contribuição das mulheres com o debate. Houve 3.844 propostas, vindas de lugares distintos, contemplando as diversidades regionais, de raça, de etnia, de geração e de orientação sexual, englobando os 5 eixos temáticos: 1. Enfrentamento da pobreza: geração de renda, trabalho,

acesso ao crédito e à terra: 2. Superação da Violência contra a Mulher - prevenção, assistência e enfrentamento; 3. Promoção do bem-estar e qualidade de vida para as mulheres: uso e ocupação do solo, saúde, moradia, infra-estrutura, equipamentos sociais, recursos naturais, patrimônio histórico e cultural; 4. Efetivação dos direitos humanos das mulheres: civis, políticos, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e 5. Desenvolvimento de políticas de educação, cultura, comunicação e produção de conhecimento para a igualdade.

A maior conquista desta Conferência foi, pela primeira vez no Brasil, a elaboração de um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, cuja confecção ficou a cargo do Grupo de Trabalho Interministerial, sendo coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. A realização da I Conferência Nacional de Política para as Mulheres constituiu um momento histórico para o Brasil e um marco para as políticas públicas em relação à mulher.

Políticas públicas para as Mulheres

Nos anos 1970, após a I Conferência Mundial sobre a Mulher – somando-se a isso o processo de redemocratização do país, depois de anos de submissão ao regime militar –, houve uma articulação do movimento de mulheres e feministas no país. Nas eleições de 1982, as mulheres dos partidos políticos exerceram papel importante, fazendo com que fossem incorporadas aos programas dos candidatos as reivindicações das mulheres, criando, já naquela época, articulações e realizando encontros sobre mulher e política. Nos anos de 1980, surgem os primeiros Conselhos dos Direitos das Mulheres, que incorporam em seus quadros militantes feministas. Em 1985, é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), com o objetivo “de promover em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país”.

Nos anos seguintes foram organizadas as primeiras Delegacias de Defesa da Mulher, as Casas Abrigo, os Serviços de Aborto Previsto em Lei, os Comitês de Vigilância à Morte Materna e os Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em situação de violência. No Brasil, a saúde foi um dos campos em que o movimento de mulheres conquistou reconhecimento, trazendo como consequência a mobilização para a elaboração de políticas públicas para as mulheres.

Ao focalizar as políticas públicas para as mulheres no Brasil, um dos marcos iniciais é o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Definido em 1983, em resposta a pressões para a instalação de um programa de controle da fecundidade, o PAISM rearticulou esta demanda no interior de uma proposta de atenção integral à saúde das mulheres. Este programa surgiu no bojo do movimento sanitário nacional pré-constituente e avançou no processo de formulação de um programa de saúde pública integral e equitativa como direito *universal*, premissa defendida pelo movimento (GIFFIN, 2002).

A violência contra a mulher deixou de ser assunto tratado no âmbito do privado, passando a ter caráter institucional, assim como deixou de ser caso de polícia e segurança para ser enfrentada como questão de saúde pública. Ampliou-se a abordagem da saúde da mulher com a elaboração do PAISM, que objetivava criar ações dirigidas às mulheres em idade reprodutiva e, posteriormente, com a incorporação, nas políticas, dos direitos sexuais e reprodutivos: planejamento familiar, mortalidade materna, DST e HIV/AIDS, direitos e responsabilidades compartilhadas entre homens e mulheres.

Giffin (1994b) afirma que, em termos gerais, o abandono do PAISM, no que se refere a sua efetiva implementação em âmbito nacional, consolidou uma ênfase no uso de métodos artificiais de controle da fecundidade e um descaso com os cuidados à saúde para as mulheres mais pobres que dependem dos serviços públicos, que são a maioria no país. A autora caracteriza o processo de controle da fecundidade no Brasil como um caso de “*modernidade perversa*”, pois enquanto a taxa nacional de uso de anticoncepcionais, bem como os métodos utilizados são “modernos”, a “perversidade” é decorrente das escolhas reprodutivas, que são altamente condicionadas pela pobreza e falta de cidadania.

Investigações a respeito da anticoncepção das mulheres de baixa renda mostrou que o contraceptivo oral é tomado de maneira irregular e ou incorreta, podendo ser adquirido nas farmácias sem receita médica, em doses inadequadas e usada por longos períodos de tempo, inclusive por mulheres que apresentam problemas cardiovasculares e fumantes (COSTA et al., 1990; GIFFIN & COSTA, 1995; WAWER et al., 1986). Esse quadro contrasta com a Declaração de Bucharest, assinada pelo Brasil em 1974, assumindo a responsabilidade de provisão dos métodos contraceptivos.

Além dos efeitos nocivos à saúde, o uso descontrolado da pílula também pode resultar em gravidez indesejada e aborto. Mesmo tendo amparo legal, desde 1940, para o aborto em situações de estupro ou risco de vida, ainda são raríssimos os serviços públicos que o realizam. Com isso, há estimativas de que 30% das gestantes o fazem de forma ilegal no Brasil (AGI, 1994). Alguns estudos populacionais também mostraram altos índices de abortos repetidos e mal sucedidos, sendo as mulheres mais pobres as que sofrem as maiores conseqüências prejudiciais à saúde (COSTA, 1999; MARTINS et al.,1991, VALLADARES et al.,1987).

Ainda hoje, no Brasil, a prática da esterilização cirúrgica, como método de controle da fecundidade - normalmente realizada durante o parto cesariano -, apresenta uma das taxas mais altas do mundo, pois até pouco tempo não era regulamentada, nem supervisionada ou registrada (MOLINA, 1999).

A queda brusca da fecundidade ocorreu no Brasil na real ausência dos serviços públicos preconizados oficialmente no PAISM, “refletiu-se mais o impacto das políticas populacionais vigentes de fato no país do que os princípios feministas já incorporados em leis, normas e programas governamentais” (p. 27). Na conceituação de Penha (1991), as distorções históricas deste processo revelam um “*Estado de duas caras*”, que manteve uma postura liberal de não-interferência ao mesmo tempo em que favorecia a atuação de entidades privadas nacionais e internacionais, no controle da fecundidade (PITANGUY, 1999).

Esta perversidade no controle da fecundidade reflete na morbidade e mortalidade materna e reprodutiva, na vulnerabilidade aumentada ao HIV, ao câncer ginecológico e a outras doenças, incluindo hipertensão e infecções do trato reprodutivo (BERAL, 1979; GIFFIN, 2002). No entanto, não há dados sobre a magnitude das infecções do trato reprodutivo no país (FAÚNDES & TANAKA, 1992), conformando o que tem sido chamado de “*armadilha da desinformação*”, que expressa a relação de dupla via entre falta de informação e negligência de questões de saúde das mulheres (GIFFIN, 2002; GRAHAM & CAMPBELL, 1992).

Por outro lado, desde os anos 80, organizaram-se no país os Comitês de Mortes Maternas e, no ano de 1997, o óbito materno foi declarado de notificação compulsória. As principais causas das mortes maternas decorrem de complicações específicas da gestação

(hipertensão, hemorragias, complicações de abortos ilegais e infecções puerperais). A maioria destas mortes poderia ser evitada se houvesse uma atenção pré-natal adequada e qualificada (VALLADARES, 1999).

A saúde reprodutiva é um campo em que as diferenças entre mulheres de diferentes classes sociais mostram-se agudas e indicam o quanto os serviços públicos de saúde não atendem as necessidades dessas mulheres (GIFFIN, 2002). Tanto a situação de saúde reprodutiva das mulheres brasileiras como a condição orçamentária do PAISM indicam, atualmente, os reais limites da luta política restrita ao setor saúde, seja no plano nacional ou no palco dos discursos internacionais.

Nos anos 90, a linguagem de direitos das mulheres foi apropriada pelos organismos e agências internacionais envolvidos neste campo, onde a questão de gênero “tem se tornado uma forma de as agências populacionais evitarem questões politicamente sensíveis de classe, raça e desigualdades entre países desenvolvidos e não-desenvolvidos” (HARTMANN, 1995, p. 134).

1.3 A ROTA CRÍTICA

“*La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*”, é um estudo que retrata a violência intrafamiliar como um problema complexo e que requer políticas e ações coordenadas e intersetoriais, que possibilitem a participação do Estado e da sociedade civil, na busca pela sua solução (SAGOT, 2000).

Segundo Sagot (2000), a Rota Crítica começa com a decisão e determinação das mulheres de apropriarem-se de suas vidas e da de seus filhos. Seguindo esta *Rota*, é possível conhecer os fatores que impulsionam as mulheres a buscar ajuda, bem como as dificuldades para levarem adiante tal decisão, suas percepções sobre as respostas institucionais e os significados sobre a violência intrafamiliar para as pessoas que atuam nas instituições que recebem a mulher vítima de violência. A denominação “busca de ajuda” está consoante a um dos objetivos da investigação da Rota Crítica e não a entendemos como uma ação paternalista por parte das instituições e serviços sociais.

O estudo – A Rota Crítica de Mulheres Afetadas pela Violência Intrafamiliar na América Latina – foi desenvolvida pela Organização Pan-Americana de Saúde em 16 comunidades urbanas e rurais de dez países da América Central e do Sul: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e 3 países andinos: Peru, Bolívia e Equador, entre 1996 e 1998, a partir de um protocolo elaborado em conjunto por pesquisadores, ativistas e funcionários de instituições dos países participantes, visando a contribuir com a prevenção, o combate e a erradicação da violência contra as mulheres (SAGOT, 2000).

O primeiro passo tomado pela mulher para sair da situação de violência pode ser considerado como o ‘*romper do silêncio*’ em relação à violência. Ocorre quando as mulheres decidem revelar essa situação a uma pessoa de fora do âmbito doméstico, como uma maneira de buscar solução para o problema. Há fatores que impulsionam e inibem a mulher a buscar ajuda, como: a informação, o conhecimento, a percepção e as atitudes, os recursos disponíveis, a experiência prévia, o apoio e os obstáculos encontrados. Nesse sentido, a *Rota Crítica* descreve as decisões e ações empreendidas pelas mulheres e as respostas encontradas, tanto no âmbito familiar como institucional. Neste último, as respostas estão associadas ao acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços, que são determinados, tanto por fatores estruturais e normativos, como pelos prestadores (SAGOT, 2000).

Estes fatores interrelacionam-se e podem estimular ou desestimular as mulheres a decidirem iniciar e continuar um processo em busca de auxílio e de soluções.

Ainda segundo o estudo de Sagot (2000), foram identificados fatores que impulsionam as mulheres a buscarem soluções para a violência intrafamiliar, sendo considerados de dois tipos: internos e externos. Os fatores internos relacionam-se a processos pessoais, sentimentos e razões pessoais das mulheres. Já os fatores externos se relacionam com as influências que as mulheres recebem do meio exterior, tais como apoios, recursos materiais, informações, existência e qualidade dos serviços, o aumento da violência e os efeitos desta em outras pessoas da família. Esses dois tipos de fatores estão intimamente relacionados e se reforçam mutuamente (SAGOT, 2000).

Mulheres em situação de violência constroem múltiplas estratégias para sobreviver. Entender as razões que levam uma mulher a permanecer em uma relação violenta, às vezes por anos, sobrevivendo em condições emocionais e de integridade física precárias, é uma das chaves para compreender a complexidade do fenômeno da violência intrafamiliar. Os fatores que mantêm uma mulher nessas situações, aparentemente imobilizada, são múltiplos. Dentre os fatores inibidores internos podemos citar: medo, culpa, vergonha e afeto. E entre os fatores inibidores externos, encontramos as pressões familiares, as limitações materiais e a ineficácia institucional.

Apesar de a violência de gênero ter sido considerada afeta a área da saúde, muitos serviços de saúde não reconhecem as mulheres em situação de violência como usuárias.

Estudos mais recentes têm apontado uma complexa interação de elementos culturais, pessoais, profissionais e institucionais na configuração da capacidade e disposição dos profissionais de saúde para acolher pessoas que sofrem a violência doméstica. Algumas das barreiras mais importantes, que afetam a resposta efetiva dos trabalhadores de saúde, dizem respeito a: estereótipos culturais e atitudes sociais negativas; crença de que as mulheres agredidas não procuram os serviços de saúde; falta de estrutura e organização dos serviços de saúde, que dificultam o diagnóstico e encaminhamento adequado às demandas das mulheres; falta de competência técnica das equipes; falta de recursos e restrições institucionais (HEISE et al., 1999). Além disso, por muito tempo a violência foi percebida como tema “tabu” e se pensava que as mulheres teriam receio, medo ou vergonha de falar na violência.

As Delegacias da Mulher foram criadas no Brasil, em 1985, com base na idéia de que policiais mulheres seriam mais bem preparadas do que seus colegas homens para lidarem com a violência contra a mulher e que o ambiente das delegacias regulares, normalmente dominadas por homens, não era apropriado para que as mulheres denunciasses a violência (NABUCCO, 1989; NELSON, 1996, 1997). A criação de delegacias com uma equipe formada somente por policiais do sexo feminino representou uma tentativa de “humanizar [...] a polícia depois de décadas de militarismo” (STATION, 1989, p. 69 apud OSTERMANN, 2006).

Denunciar e relatar a pessoas estranhas a violência sofrida no âmbito domiciliar constitui, para muitas mulheres, uma ameaça em potencial à sua imagem pública. Isso ocorre mesmo quando essa pessoa é um profissional que atua na área. Por outro lado, ao implantar as delegacias da mulher havia uma expectativa de que as profissionais dessa repartição fossem mais sensíveis ao pedido de ajuda das mulheres, fato que nem sempre acontece (OSTERMANN, 2006).

Os trabalhadores de saúde geralmente compartilham os valores culturais sobre o abuso que predomina na sociedade em geral. Vêem esse problema como uma questão do âmbito privado, que diz respeito apenas à vida do casal. Dessa forma, acham que não devem perguntar às mulheres quando suspeitam de violência, porque consideram que elas não gostariam de ser invadidas na sua privacidade, assim como, não querem constrangê-las para falar sobre “*uma questão íntima*” (ANGULO-TUESTA, 1997; HEISE et al., 1999).

A vergonha e o temor a represálias por parte do agressor são duas razões importantes pelas quais as mulheres não revelam a violência e silenciam o problema, porque sentem vergonha e medo de assumir sua situação diante dos profissionais que as atendem (ÂNGULO-TUESTA, 1997). No entanto o fato de os profissionais de saúde perguntarem diretamente sobre a violência faz com que as mulheres possam discutir abertamente essa questão. Pesquisas que utilizam técnicas simples de entrevistas e questionários conseguem taxas substanciais de identificação da violência doméstica (FLITCRAFT, 1993).

Os profissionais que trabalham com a violência tendem a pensar que suas instituições e colegas valorizam menos esse tipo de atuação (HEISE et al., 1999). Entre as causas assinaladas por Tilden et al. (1994) para a dificuldade dos médicos em reportar casos

suspeitos de violência estão: a incerteza sobre a evidência clínica, a desconfiança sobre as ações dos serviços de proteção e o temor de envolvimento em processos judiciais.

Esse panorama demonstra a necessidade de um investimento maior em capacitação dos profissionais de saúde. Mas, como aponta Flitcraft (1993), a ênfase dada à relação médico/paciente pode ter muito de idealização, pois somente uma pequena parte do que acontece nesta relação é determinada pelo médico. Questões mais importantes, como o contexto cultural e social, as políticas e os recursos das instituições de saúde, as crenças, valores e normas dos profissionais devem ser considerados a fim de encontrar respostas que contribuam para construir estratégias de auto-estima junto às mulheres.

Os trabalhadores podem sentir-se temerosos de ofender as mulheres ao perguntar por situações de violência e, em consideração a isso, mostram-se relutantes em falar sobre a questão. Porém estudos revelam que a maioria de mulheres não considera como invasão de privacidade o fato de os médicos perguntarem sobre a violência doméstica: 70% a 81% gostariam que essa questão fosse perguntada em privado e acham que não são perguntadas adequadamente (KIMBERG, 2000).

Em investigação realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de Porto Alegre, Krombauer e Meneghel (2005), perceberam que as mulheres não só contavam sobre as violências sofridas, como houve um afluxo de mulheres ao serviço ao saberem da realização da pesquisa, interessadas em relatar as violências que estavam sofrendo.

Diversas pesquisas demonstram que as mulheres utilizam, de forma freqüente, os serviços ambulatoriais e emergenciais por agravos à saúde decorrentes da violência doméstica. Alguns estudos reportam que esse problema representa entre 22% a 35% de mulheres que procuram atendimento por alguma razão nas emergências e que a maioria delas é avaliada por problemas médicos ou outra queixa, sem estabelecer alguma relação com o trauma (FLITCRAFT et al., 1992; STARK, 1996).

Os profissionais sentem, com freqüência, que não têm a experiência necessária nem estão preparados técnica e emocionalmente para apoiar as mulheres em situação de violência. Eles percebem essa problemática como uma questão complexa e delicada que, ao ser abordada, se desdobra em outras situações (violência contra a criança, alcoolismo, uso de

drogas, desemprego) sobre os quais têm pouca capacidade de intervenção. A percepção da violência doméstica como uma “*caixa de Pandora*” reflete a impotência frente à complexidade do tema (SUGG e INUI, 1992).

A complexidade do fenômeno – violência de gênero perpetrada no âmbito doméstico – significa que a melhor maneira de abordá-lo deve ser, necessariamente, interdisciplinar. Sabe-se que à semelhança de outros países, existem problemas nas diferentes instituições de acolhimento das mulheres: nas instituições de saúde, jurídicas, policiais, de ensino e no setor não governamental.

A violência contra a mulher ainda não é considerada da alçada de muitos dos serviços de saúde, o que faz com que o problema se mantenha despercebido. Dentre as formas de minimizar essa situação encontram-se as propostas de protocolos de atenção para os trabalhadores de saúde.

No campo jurídico, há necessidade de um sistema de administração de justiça eficiente e de mecanismos para realizar seguimento intersetorial das mulheres que buscam apoio.

Quanto à educação, discutem-se as temáticas de violência, direitos e equidade de gênero nos diferentes currículos escolares, não se esquecendo das capacitações em nível técnico e graduação.

Estes são apenas alguns dos obstáculos que as mulheres enfrentam e algumas das sugestões arroladas para enfrentá-los no estudo da Rota Crítica. O caminho das mulheres no enfrentamento à violência na cidade de São Leopoldo será construído ao longo desta pesquisa.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 MÉTODO

Este estudo analisará as práticas discursivas sobre a violência de gênero a partir da perspectiva de um grupo de trabalhadores de instituições sociais que atuam com violência em São Leopoldo. O modo de construir a pesquisa não está assentado em modelos hierarquizados e sim em modalidades mais horizontais, participativas e de colaboração entre pesquisadores e pesquisados, devendo responder aos interesses e necessidades das pessoas que participam da investigação integrando pesquisa, reflexão, crítica e ação (HAGUETTE, 1990; SAGOT, 2000; VÍCTORA et al., 2000). Não existe separação entre “sujeito” e “objeto” de investigação, e os conhecimentos e as experiências de todos os participantes são considerados na produção do conhecimento.

O estudo pautado nas práticas discursivas tem como objeto de análise o “discurso”. Antes de tudo, faz-se necessário definir que tipo de discurso é esse. Tem-se a noção elementar de discurso como sinônimo de mensagem, informação, pronúncia de meras palavras combinadas em frases. Enfocar o discurso como prática discursiva, ao modo da psicologia social significa buscar o sentido ou sentidos produzidos pelo sujeito ao elaborar um discurso, as suas intenções e a forma como é recebido por quem ouve ou lê suas palavras.

Segundo Foucault (1969), o discurso é algo mais que a fala, mais que um conjunto de enunciados. Ele é uma prática e, como em qualquer outra prática social, é possível definir as condições de sua produção. Consideram-se discurso todas as formas de interações verbais, formais e informais, e todo o tipo de textos escritos (POTTER, 1987). Constituem sistemas de declarações emitidos por sujeitos posicionados, atravessados por contradições e historicamente localizados, que reproduzem relações de poder e possuem efeitos ideológicos, os quais, por sua vez, permitem a emergência de espaços de manobra e resistência (PARKER & BURMANN, 1993).

As práticas discursivas referem-se a um conjunto de procedimentos metodológicos e analíticos que envolvem diferentes saberes e práticas. É um instrumental teórico e metodológico interdisciplinar, capaz de permitir a compreensão dos enunciados de diferentes atores históricos e de seus projetos. O discurso demonstra a existência de uma propriedade lingüística e a convivência e diversidade de suas manifestações. Esta propriedade lingüística

constitui, na perspectiva de Bakhtin (1997), o dialogismo, isto é, as palavras de um falante ou de um texto estão perpassadas pela perspectiva do outro e por sua fala.

A ordem discursiva nomeia a realidade, relações, interesses e estratégias em luta, não significa esforços ou atitudes individuais e isoladas, mas contrapõe-se a outros discursos, interesses e projetos constituindo “teias” discursivas e demonstrando a pluralidade do real, a heterogeneidade e capacidade ou possibilidade de transformações ao longo do tempo. O discurso interpreta, numa correlação de forças sociais, uma realidade. Como objeto lingüístico e sócio-histórico, compõe um referencial e, enquanto modo de construção discursiva, permite diferentes formas de apreensão e efeitos sociais. O discurso compreende palavras e frases articuladas, elaborações que produzem sentidos que expressam momentos (MORAES, 1995).

Todo discurso tem um contexto de produção, que é a formação discursiva. Foucault (1969) a compreende como um conjunto de relações que articulam um discurso, por meio da organização de estratégias que colocam em circulação determinados enunciados em detrimento de outros. Nas palavras de Foucault, uma “formação discursiva” é:

Um conjunto complexo de relações que funcionam como regras: prescreve o que deveria ter sido posto na relação, em uma prática discursiva, para que essa se refira a tal ou qual objeto, para que ponha em jogo tal ou qual enunciado, para que utilize tal ou qual conjunto, para que organize tal ou qual estratégia. Definir, em sua individualidade singular, um sistema de formação, portanto, é caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática (1969, p. 122-123).

Portanto os discursos são práticas sociais. A partir de Foucault (1969), não se falaria mais tanto de discursos, mas de práticas discursivas que, para o autor, compreendem regras anônimas, constituídas no processo histórico, ou seja, determinadas no tempo e delimitadas no espaço, que em uma época concreta e em grupos ou comunidades específicas e concretas, vão definindo as condições que possibilitam qualquer enunciação (IÑIGUEZ, 2005).

Foucault (1969) nega que discursos só se sirvam dos sinais para mostrar ou revelar coisas e que o fato de fazerem algo mais do que utilizar sinais é que os torna irredutíveis à língua e à palavra. Na realidade, o autor quer dizer com isso que devemos tratar os discursos como *práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam* (FOUCAULT, 1966) e

não mais considerar os discursos como conjuntos de sinais ou elementos significativos que são a representação de uma realidade.

A Análise do Discurso na perspectiva *foucaultiana* também é uma prática que permite desmascarar e identificar outras práticas discursivas. Sendo também uma maneira de transformá-las:

Trata-se de fazer aparecer as práticas discursivas em sua complexidade e na sua espessura, mostrar que falar é fazer alguma coisa, alguma coisa diferente de expressar o que se pensa, traduzir o que se sabe, distinto de pôr em jogo as estruturas de uma língua; mostrar que agregar um enunciado a uma série preexistente de enunciados é fazer um gesto complicado e custoso, que implica algumas condições (e não somente uma situação, um contexto, uns motivos) e que comporta algumas regras (diferentes das regras lógicas e lingüísticas de construção); mostrar que uma mudança, na ordem do discurso, não pressupõe “idéias novas”, um pouco de invenção e de criatividade, uma mentalidade distinta, e sim algumas transformações em uma prática, eventualmente nas práticas que dela se aproximam e em sua articulação comum. Não neguei, longe disso, a possibilidade de mudar o discurso: apenas tirei dele o direito exclusivo e instantâneo à soberania do sujeito (FOUCAULT, 1969, p. 350-351).

Transformações nos discursos, mudanças do discurso, mas sempre compreendidos como mudanças e transformações nas práticas, nunca como transformação promovida apenas por um sujeito que decide, prescreve, executa e orienta a ordem do discurso.

Na realidade, os discursos articulam o conjunto de condições que permitem as práticas, constituem cenários que facilitam ou dificultam as possibilidades, que fazem surgir regras e mantêm relações. Definitivamente, as práticas discursivas deixam claro que falar não só é algo mais como também é algo diferente de exteriorizar um pensamento ou descrever uma realidade: falar é fazer algo, é criar aquilo de que se fala, quando se fala.

O conceito de *práticas discursivas* remete, por sua vez, aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade (SPINK, 2004). Com isso, podemos dizer que as práticas discursivas são linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos. As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os *enunciados* orientados por *vozes*; as formas, que são os *speech genres* ou gêneros de fala – formas mais ou menos estáveis de

enunciados, que buscam coerência com o contexto, com o tempo e com o(s) interlocutor(es) – ; e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos (SPINK, 2004).

Spink (2004) afirma que os conceitos de *enunciados* e *vozes* descrevem o processo de *interanimação dialógica* que se processa numa conversação. Ou seja, os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com uma ou mais pessoas ou são a elas destinados, e esses se interanimam mutuamente. Já as *vozes*, compreendem esses interlocutores (pessoas) presentes nos diálogos. O discurso produz um defrontar-se entre os diferentes indivíduos, atores e vozes sociais. É, a um só tempo, o reconhecimento de outras vozes, de outros “sujeitos discursivos”, construindo tensões. Um discurso existe em relação a outro, discurso oponente que generaliza e desqualifica o outro, buscando excluí-lo, submetê-lo ou subordiná-lo. O discurso é atravessado e constituído por uma multiplicidade de falas; vozes que falam ou discursam aparentemente sobre um mesmo objeto, com um suposto único objetivo.

Os enunciados são expressões (palavras e sentenças) articuladas em ações situadas, que, associadas à noção de *vozes*, adquirem seu caráter social. As vozes compreendem diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado. Elas antecedem os enunciados, fazendo-se neles presentes no momento de sua produção, tendo em vista que o próprio falante é sempre respondente em maior ou menor grau (BAKHTIN, 1997).

A linguagem é ação e produz conseqüências: num movimento constante de argumentação, de exercício retórico (BILLIG, 1991), quando falamos, estamos invariavelmente realizando ações – acusando, justificando, perguntando, etc –, produzindo um jogo de posicionamentos com nossos interlocutores, tendo ou não essa intenção.

Spink (2004) afirma que o entendimento da polissemia das práticas discursivas não significa pensar que os sentidos produzidos possuem igual poder de provocar mudanças. Por outro lado, a natureza polissêmica da linguagem possibilita às pessoas transitarem por inúmeros contextos e vivenciarem variadas situações e atribuírem múltiplos sentidos a uma ação.

2.1.1 Locais de Pesquisa

Esta pesquisa será realizada no município de São Leopoldo, cidade localizada na região do Vale do Rio dos Sinos. A população do município, estimada para 2005, é de 209.610 habitantes, sendo que, destes, 51,1% são mulheres. A proporção feminina em idade fértil, ou seja, na faixa etária entre 10 e 49 anos, corresponde a 65,4% das mulheres residentes no município. As principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, as neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as causas externas (DATASUS, 2006). A cidade possui 20 unidades básicas de saúde e um hospital público geral.

Trata-se de uma cidade de médio porte, característica da região metropolitana, que sofre ciclicamente com problemas de estagnação e recessão econômicas, decorrentes das oscilações da taxa cambial, tendo em vista, especialmente, a dependência da indústria coureiro-calçadista ao mercado externo. Nos últimos anos, o Município tem apresentado um expressivo crescimento de áreas de invasão e de bolsões de pobreza, o que tem contribuído para aumentar os índices gerais de violência. O Município ocupa o segundo posto em mortalidade por homicídios do Estado do Rio Grande do Sul (HENNINGTON e MENEGHEL, 2005).

Esta pesquisa será realizada por meio de grupos de discussão com operadores sociais da cidade de São Leopoldo. Para fins da pesquisa, foram considerados *operadores sociais* todo ator social da comunidade (instituição e/ou serviços públicos ou privados, organizações, movimentos sociais, grupos ou qualquer outra liderança ou representante da sociedade civil) que atue na atenção à vítima ou pessoas em situação de violência, visando à prevenção, ao combate ou à erradicação da violência.

Os operadores sociais convidados a participar da pesquisa pertencem às instituições do Município de São Leopoldo identificadas e atualizadas, a partir da listagem do Manual da Cidadania (2002), e compreendem: Serviço de Assistência Judiciária Gratuita - UNISINOS, Centro Ecumênico de Evangelização, Capacitação e Assessoria – CECA, Coordenadoria da Mulher, Coordenadoria do Negro, Escola Municipal de Educação Infantil Girassol – Vila Brás, Fórum de Mulheres, Hospital Centenário – Projeto Sentinela e Emergência, Núcleo de Estudos de Gênero da Escola Superior de Teologia (EST), Organização Não-governamental de Apoio, Solidariedade e Prevenção à Aids - ASPA, Organização Não-governamental

Palmares, Posto de Saúde Materno Infantil, Primeira Delegacia de Polícia, Programa de Apoio a Meninos e Meninas – PROAME, Secretaria Municipal de Segurança, Secretaria Municipal de Ação Social, Serviço de Assistência Especializada (DST's/HIV/AIDS) – SAE.

A seleção das instituições é intencional, considerando a probabilidade de estes estabelecimentos atenderem mulheres em situação de violência e procurando contemplar todas as organizações, serviços e instituições, prevendo a participação de pelo menos um representante de cada instituição. O critério de seleção adequou-se à proposta mínima elaborada no Protocolo da Pesquisa Rota Crítica (SAGOT, 1998).

As instituições foram contatadas, inicialmente, por telefone tendo sido realizado um esclarecimento do que se tratava à pesquisa e quais eram os seus objetivos. A partir disso, realizou-se uma sondagem preliminar para saber se haveria interesse em participar. Após, encaminhou-se o convite formal para os grupos de discussão e uma semana antes da ocorrência do encontro eles foram novamente contatados por telefone para ratificar suas presenças. No total, trinta pessoas foram contatadas para participar em dois grupos de discussão.

2.1.2 As Ferramentas Metodológicas

Esta pesquisa buscará construir a Rota Crítica das mulheres em situação de violência em São Leopoldo. Faz parte de um projeto de pesquisa maior, denominado “*Violência Intrafamiliar e de gênero: o caminho das mulheres no enfrentamento do sofrimento*” – e será pautada nas narrativas construídas em grupos de discussão.

Os grupos de discussão são amplamente usados no ensino/aprendizagem e em intervenções comunitárias em que sejam necessárias a obtenção, a transmissão e a elaboração de informação para usuários, por exemplo, atividades de educação em saúde. Neles o coordenador facilita a participação nas discussões e a consecução dos objetivos propostos. A ele cabe estimular a discussão sem violentar o grupo, impor o seu comando ou exercer o papel de mero receptor ou docente/transmissor da informação. Ele gestiona a dinâmica grupal para que a aprendizagem fique centrada nos integrantes e ajuda o grupo na auto-gestão (MENEGHEL, 2006).

Na pesquisa a ser desenvolvida, os objetivos dos grupos serão: conhecer os sentidos produzidos por um grupo de operadores sociais a respeito da violência de gênero e suas experiências na atenção às mulheres em situação de violência. Além disso, será identificado o trajeto percorrido por mulheres em situação de violência na cidade de São Leopoldo, incluindo os obstáculos, os empecilhos, os rechaços, os preconceitos e os eventuais estigmas defrontados por estas mulheres em seu pedido de ajuda.

No Protocolo da pesquisa Rota Crítica, os informantes chaves foram agrupados em dois conjuntos: os considerados de participação obrigatória e os optativos. Dentre os informantes obrigatórios do Setor da Saúde, incluíram-se: médico de emergência, enfermeira de emergência, trabalhador do Centro de Saúde (enfermeira, médico, trabalhador social), promotor (a) de saúde, psicóloga do Centro de Saúde, atendente de nível intermediário (repcionista, secretária, guarda). No grupo dos trabalhadores de caráter optativo encontram-se: trabalhadores sociais, dentista, pessoal da Cruz Vermelha local, parteiras, trabalhadores comunitários da saúde, representantes da medicina tradicional (SAGOT & SHRADER, 1998). Salienta-se o fato de que nem todos estes tipos de profissionais são encontrados no Brasil e, especificamente, na cidade de São Leopoldo.

Os grupos serão compostos por 8 a 10 operadores do social e os encontros serão registrados por meio de áudio, após consentimento dos participantes. A quantidade de encontros deverá variar entre 2 a 4, dependendo do interesse e adesão dos participantes. Os grupos serão reunidos nas dependências da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, nos horários de disponibilidade da maioria dos participantes.

A pesquisa insere-se no campo das práticas discursivas, ou seja, as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas. Essas práticas constituem momentos ativos do uso da linguagem, capazes de gerar produção de sentidos, rupturas e ressignificações (IÑIGUEZ, 2005; SPINK, 2000 e 2004).

No processo investigativo será organizado o *corpus*, do qual consta todo o material a ser analisado: os registros dos grupos de discussão e outros documentos institucionais referentes às organizações que trabalham com a violência de gênero em São Leopoldo.

A construção do Corpus

A palavra *corpus* (plural *corpora*) vem do latim e significa simplesmente corpo. Também pode ser definido como: “uma coleção finita de materiais, determinada de antemão pelo analista, com (inevitável) arbitrariedade e com a qual ele irá trabalhar” (BARTHES, 1964, p. 96).

Em princípio, considerando-se a base da transmissão, qualquer enunciado gráfico ou transcrito pode se constituir em *corpus*. Esse, como materialização do texto, admite uma grande diversidade de fórmulas. Assim, são possíveis conversações, interações institucionais e entrevistas transcritas; ou seja, enunciados totalmente orais ou textos previamente escritos, como artigos, documentos, informes, comunicados, estudos, formulários (IÑIGUEZ, 2005).

Os Mapas de associação de idéias

O texto resultante dos depoimentos dos atores servirá de base para a construção de mapas dialógicos, com o objetivo estratégico de sistematizar a análise das práticas discursivas, sendo utilizado para a identificação dos repertórios lingüísticos e da dialogia implícita na produção de sentidos.

Spink (2004) afirma que os mapas constituem instrumentos de visualização com duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

A construção dos mapas inicia pela definição de temas que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa. Busca-se organizar os conteúdos a partir desses temas, procurando preservar a seqüência das falas e identificando os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da fala como um todo, ou de trechos desta. Para a consecução desse objetivo, o diálogo é mantido intacto, sem fragmentação, apenas sendo deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos da pesquisa (SPINK, 2004).

Os mapas não são técnicas fechadas, justamente pelo seu duplo objetivo, que é subsidiar a análise e dar visibilidade aos seus resultados. Há um processo interativo entre os conteúdos (e conseqüente disposição deles nas colunas) e os temas pré-definidos. O processo de análise pode levar à redefinição dos temas, gerando uma aproximação com os sentidos vistos com atividade-fim.

Repertórios interpretativos

Os *repertórios interpretativos* compreendem as unidades analíticas básicas do discurso: vocábulos, termos, expressões, metáforas e figuras de linguagem. Os *repertórios interpretativos* são as unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos (POTTER & WETHERELL, 1987).

Ao produzir um enunciado, o falante utiliza um sistema de linguagem e de enunciações preexistente, posicionando-se em relação a ele. No cotidiano, o sentido decorre do uso que se faz dos repertórios interpretativos disponíveis.

Os repertórios interpretativos foram histórica e culturalmente constituídos; trabalhar no nível da produção de sentidos implica retomar a linha da história, de modo a entender a construção social dos conceitos que utilizamos no cotidiano.

Iñiguez (2005) afirma que a utilidade dos repertórios baseia-se no fato de que permitem ver como os falantes confrontam as conversações e como definem planos por meio da colocação estratégica de temas.

Repertório interpretativo é um conceito introduzido por Potter & Wetherell (1987), que mostraram o quanto um tema de conversação pode variar em função das demandas locais da situação de interação. Definiram repertório interpretativo como:

Os repertórios podem ser vistos como elementos essenciais que os falantes utilizam para construir versões das ações, processos cognitivos e outros fenômenos. Qualquer repertório determinado está constituído por uma gama restrita de termos usados de uma forma estilística e com uma gramática específica. (...) e a presença de um repertório muitas vezes está assinalada por certos tropos ou figuras do discurso (WETHERELL & POTTER, 1996, p. 66).

Wetherell e Potter (1988) afirmam que os repertórios interpretativos são uma ferramenta analítica e que as inconsistências e as diferenças nos discursos são diferenças entre unidades lingüísticas relativamente vinculadas e internamente consistentes.

3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNISINOS – de acordo com a resolução nº 038/2005. Aos participantes dos grupos de discussão será solicitada a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Apêndice A).

REFERÊNCIAS

AGI (Alan Guttmacher Institute). *Aborto Clandestino: Uma realidade Latino-Americana*. New York/Washington, DC: AGI, 1994.

AGUDELO, S.F. *La Violencia: um problema de salud pública que se agrava en la región*. Boletín Epidemiológico de la OPS, 11:01-07, 1990.

ÂNGULO-TUESTA, A. J. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde* [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

AUGENGRAUN, M.; Wilson, T. E.; Allister, L. Domestic violence reported by women attending a sexually transmitted disease clinic. *J Am Sex Transm Dis Assoc*; 28:143-6, 2001.

AZEVEDO, M. A. *Mulheres espancadas – a violência denunciada*. Rio de Janeiro: Cortez, 1985.

BAKHTIN, Mikhail. *Dialogismo e construção do sentido*. 1.ed. Campinas:UNICAMP, 1997.

BARTHES, R. *Element of Semiology*. New York: Hill and Wang, The Noonday Press [tradução do original francês, 1964].

BERAL, V., 1979. Reproductive mortality. *BMJ*, 15:632.

BILLIG, M. *Arguing and Thinking: a Rhetorical Approach to Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

CORRÊA, M. S. M. *Vivência de mulheres em condições de violência conjugal*, 2000. Dissertação de Mestrado. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

COSTA, S. H. et al. Family planning practices in low-income women in Rio de Janeiro, 1984-85. *International Family Planning Perspectives*, 16: 16-22, 1990.

COSTA, S. H. Aborto provocado: A dimensão do problema e a transformação da prática. In: *Questões da Saúde Reprodutiva* (K. Giffin & S. H. Costa, org.), pp. 163-186, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DATASUS, 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 10 abril 2006.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher*, 1996. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. & SCHRAIBER, L. B. Violência de Gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H., *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 337-355.

FAÚNDES, A. & TANAKA, A. C. Reproductive tract infections in Brazil: Solutions in a difficult economic climate. In: *Reproductive Tract Infections: Global Impact And Priorities For Women's Reproductive Health* (G. Greer, ed.), pp. 253-274, New York: Plenum Press, 1992.

FLITCRAFT, A. *Physicians and domestic violence: Challenges for prevention*. In: *Health Affairs*, 12:154-161, 1993.

FLITCRAFT, A. et al. *American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*. In: *Arch. Fam. Med.* Vol 1:39-47, 1992.

FOUCAULT, M. (1966). *Las palabras y las cosas*. Madri: Siglo XXI [1978].

_____. (1969). *Lá arqueologia del saber*. Madri: Siglo XXI [1978].

GIFFIN, Karen. Women's health and the privatization of fertility control in Brazil. *Social Science and Medicine*, 39: 353-360, 1994b.

_____ & COSTA, S. H. As práticas contraceptivas e o aborto no Brasil. In: *Reflexões sobre Gênero e Fecundidade no Brasil* (Family Health International, org.), pp. 54-75, São Paulo: Family Health Interntional, 1995.

_____. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 103-112, 2002.

GRAHAM, W. & CAMPBELL, O. Maternal health and the measurement trap. *Social Science and Medicine*, 35: 967-977, 1992.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1990.

HARTIGAN, P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Rev. Panam. Salud*, 2(4): 290-94, 1997.

HARTMANN, B. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press, 1995.

HEISE, Ellsberg & GOTTEMOELLER. Para acabar com la violencia contra la mujer. In: *Populations reports*. Serie L, nº 11, Baltimore: John's Hopkins University, 1999.

HEISE, L. Violência e Gênero: uma epidemia global. *Cadernos de Saúde Pública* – 10, (supl. 1), p. 135-146, 1994.

HENNINGTON, E. A.; MENEGHEL, S. N. et al. *Mortalidade por Homicídios em São Leopoldo*. Relatório da pesquisa Diagnóstico das Violências em São Leopoldo. São Leopoldo: UNISINOS, 2005.

HYMAN, I.; GARUGE, S.; STEWART, D. et al. Primary prevention of violence against women. *Women Health Issues* 10(6): 288-293. 2000.

IÑIGUEZ, Lupicínio. *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. 2.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Violência como Problema de Saúde Pública. Ciência e Cultura Temas e Tendências – Violência. *Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*. Ano 54, nº 1, julho 08, 09/2002.

KANTORSKI, L. P.; MOREIRA, A. F. & LUZ, H. B. da. Representação da violência contra a mulher: sob o olhar dos sujeitos que atuam na Delegacia de Mulheres. *Revista Texto e Contexto*. 6 (1): 33-49, 1997.

KIMBERG, L. Addressing intimate partner violence in primary care practice. In: *Medscape Women's Health*. 6(1), 2000.

KRONBAUER, José Fernando D.; MENEGHEL, S. N. Profile of gender violence by intimate partner. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

KRUG, E.; DAHLBERG, L.; MERCY, J. et al. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. OPAS/OMS: Washington, 2003.

MANUAL DA CIDADANIA, 2002. Disponível em:

<<http://www.saude.unisinos.br/prumo/manualdacidadania>> Acesso em: 10 junho 2002.

MARTINS, I.; COSTA, S.; FREITAS, A. & PINTO, C. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: Dimensão de um problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 7: 251-266, 1991.

MENEGHEL, S. N. *Grupos como ferramentas em pesquisas qualitativas em saúde*. São Leopoldo: UNISINOS [mimeo], 2006.

MENEGHEL, S. N. & HENNINGTON, E. A. *Violência Intrafamiliar e de gênero – o caminho das mulheres no enfrentamento ao sofrimento*. Projeto de pesquisa em desenvolvimento na UNISINOS, 2005. Disponível no site: <http://www.unisinos.br/pesquisa>

MENEGHEL, S. N.; BARBIANI, R.; STEFFEN, H.; WUNDER, A. P.; ROSA, M. D.; ROTERMUND, J. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (4): 109-18, 2003.

MENEGHEL, S. N.; CAMARGO, M.; FASOLO, L. e cols. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (3): 747-757, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Violência sob o Olhar da Saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. & SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4 (1):7-32, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 7-18, 1994.

MOLINA, A. Laqueadura tubária: Situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: *Questões da Saúde Reprodutiva* (K. Giffin & S. H. Costa, org.), pp. 127-146, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

MORAES, Nilson A. *Saúde e Imprensa no Brasil: os anos 80*. Curitiba, ABRASCO, I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde, 1995.

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS, 1995. *Alternativas contra la violencia hacia la mujer*. Normas Nacionales e Internacionales. Lima, Peru.

NABUCCO, A. Aumentam os casos de estupro em um quadro geral de violência familiar. *Diário Popular*, Abril, 1989. p. 12-13.

NELSON, S. E. Constructing and Negotiating Gender in Women's Police Stations in Brazil. *Latin American Perspectives*, 23, no. 1(88), 131-148, 1996.

_____. *Policing Women: Race, Class and Power in the Women's Police Stations of Brazil*. Tese de Doutorado. University of Washington, Washington, EUA, 1997.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos*. 9ª revisão. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo, 1985.

_____. *Gender in mental health research*. Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health, 1993.

_____. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª revisão. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo, 1.191 pp., 1996.

_____. *Gender in mental health research*. Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health, 2004.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1993. *Resolución XIX: Violencia y salud*. Washington, DC: Opas (mimeo).

OSTERMANN, A. C. Comunidades de prática: gênero, trabalho e face. In: HEBERLE, Viviane, OSTERMANN, Ana Cristina, FIGUEIREDO, Débora (org.). *Linguagem e gênero no trabalho, na mídia e em outros contextos*. Florianópolis: Editora da UFSC, pp. 15-47, 2006.

PALTIEL, F. La salud mental de la mujer de las Americas. In: *Genero, mujer y salud en las Americas*. Organizacion Panamericana de la Salud. Washington, DC. 1993.

PARKER, I. & BURMANN, E. *Discourse analitic research*. London: Routledge, 1993.

PENHA, M. V. Política e população: Dados sobre um Estado de duas caras. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1:97-115, 1991.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: *Questões da Saúde Reprodutiva*. (K. Giffin & S. H. Costa, org.), pp. 19-38, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

POTTER, J. & WETHERELL, M. *Discourse and Social Psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Londres: Sage, 1987.

SAFFIOTTI, H. *Gênero e Patriarcado*. PUC-SP [mimeo], 1999.

SAGOT, M. *Ruta critica de las mujeres afectadas por la violència intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez paises*. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), 2000.

SAGOT, M & SHRADER, E. *La ruta critica que seguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar – Protocolo de Investigación*. Washington. OPS, 1998.

SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 3 (5): 11- 26, 1999.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 16(2): 5-22. 1990.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SOETHE, J. R. e cols. 2001. Vale dos Sinos: Resgate histórico e visão popular do desenvolvimento. *Série Movimentos Sociais e Cultura*. UNISINOS, 2001.

SPINK, Mary Jane. *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

STARK, E.; FLITCRAFT, A. *Women at risk: Domestic violence and women's health*. Sage Publications Inc, 1996.

SUGG e INUI. *Primary care physicians' response to domestic violence. Opening domestic violence*. In: *Journal of the American Medical Association*, 267 (23): 3157-3160, 1992.

TAVARES, D. M. C. *Violência doméstica: uma questão de saúde pública*, 2000. Dissertação de Mestrado. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

TILDEN, V. P.; SCHMIDT, T. A.; LIMANDRI, B. J.; CHIODO, G. T.; GARLAND, M. J.; LOVELESS, P. A. *Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence*. In: *American Journal of Public Health*, vol 84, 4:628-633, 1994.

VALLADARES, D.; SANCHEZ, S. & GIFFIN, K. *Mulheres, Participação e Saúde: uma Experiência*. Rio de Janeiro: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1987.

VALLADARES, D. *Ações de contracepção e assistência ao parto: A experiência do Rio de Janeiro*. In: *Questões da Saúde Reprodutiva* (K. Giffin & S. H. Costa, org.), pp. 357-376, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WAWER, M.; LASSNER, K. & HAUFF, B. *Contraceptive prevalence in the slums of Rio de Janeiro*. *Studies in Family Planning*, 17: 44, 1986.

WETHERELL, M. & POTTER, J. *Rethoric and ideology*. In: C. Antaki (org.) *Analysing everyday explanation* (p. 168-183). London: Sage Publications, 1988.

_____. *El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos*. In: GORDO, A. & LINAZA, J. (org.). *Psicologías, discursos y poder*. Madri: Visor, 1996.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A pesquisa “Violência intrafamiliar: a trajetória de mulheres na superação do sofrimento” tem por objetivo estabelecer o caminho percorrido pelas mulheres em situação de violência intrafamiliar na busca de auxílio.

Todos os dados e informações obtidos a partir da pesquisa serão utilizados para fins de estudo e os participantes não serão identificados. O objetivo da pesquisa é o de prevenir, reduzir e, se possível, eliminar as situações de violência familiar na cidade de São Leopoldo. Para tal, serão realizados entrevistas e grupos de reflexão sobre o tema. Esta pesquisa não traz risco ou desconforto e a participação é absolutamente livre, não implicando em nenhum tipo de constrangimento para a pessoa que se recusar a participar. Em qualquer momento da pesquisa serão fornecidos esclarecimentos e, além disso, o participante pode se retirar do estudo quando desejar, sem que isto acarrete qualquer tipo de prejuízo.

As atividades serão desenvolvidas por um grupo de pesquisadores coordenado pelas professoras Stela N. Meneghel e Élide Azevedo Hennington, pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS (telefone de contato: 92946704).

Eu, _____ pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa.

Data: ____/____/____.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

Este documento será emitido em duas vias, ficando uma delas com os pesquisadores e a outra será arquivada junto ao serviço que prestou atendimento ao participante.

RELATÓRIO DA PESQUISA

1 O CAMINHO PERCORRIDO PARA COLETAR OS DADOS

Com base na proposta desenvolvida pela OPAS, denominada Rota Crítica (SAGOT, 2000)², utilizou-se o mesmo protocolo empregado na pesquisa supracitada, no que se refere às entrevistas semi-estruturadas com os prestadores de serviços. Assim como no projeto da Rota Crítica, os operadores sociais do município de São Leopoldo, considerados como os atores sociais de uma comunidade (instituições ou serviços públicos ou privados, organizações, movimentos sociais, grupos ou qualquer outra liderança ou representante da sociedade civil) que presta atendimento às vítimas de violência, visando à prevenção, ao combate ou à erradicação da violência, foram selecionados de acordo com sua representatividade, função e cargo.

No projeto original, as Instituições que participariam da pesquisa perfaziam um total de vinte e uma e todas foram identificadas e atualizadas a partir da listagem do Manual da Cidadania (2002)³. A pesquisa buscava construir a Rota Crítica das mulheres em situação de violência no município de São Leopoldo pautada nas narrativas construídas em grupos de discussão constituídos pelos operadores sociais. Como o número de participantes seria de, aproximadamente, trinta pessoas, optou-se pela realização de dois grupos de trabalho.

Os objetivos dos grupos eram conhecer os sentidos produzidos por um grupo de operadores sociais a respeito da violência de gênero e suas experiências na atenção às mulheres em situação de violência, além de identificar o trajeto percorrido por mulheres em situação de violência na cidade de São Leopoldo, incluindo os obstáculos, os empecilhos, os rechaços, os preconceitos e os eventuais estigmas defrontados por estas mulheres em seu pedido de ajuda.

Os grupos seriam compostos por 8 a 10 operadores sociais e os encontros seriam registrados por meio de áudio, após consentimento dos participantes. A quantidade de encontros deveria variar entre 2 a 4, dependendo do interesse e adesão dos participantes.

² SAGOT, M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), 2000.

³ MANUAL DA CIDADANIA, 2002. Disponível em:
<<http://www.saude.unisinos.br/prumo/manualdacidadania>> Acesso em: 10 junho 2002.

Infelizmente, muitos dos operadores sociais não compareceram aos encontros e, além disso, dos poucos que participaram muitos não interagiram com o grande grupo, ficando calados durante todo o tempo. Só respondiam se as indagações fossem dirigidas especificamente a eles. Com isso, além dos faltosos, os participantes dos grupos realizados não trouxeram muito aporte de informação que pudesse ser utilizado para a análise, o que fez com que não conseguíssemos atingir os objetivos propostos quando da formação dos grupos. Muitos depoimentos eram pobres, as respostas não correspondiam com o que havia sido perguntado e muitos fugiam da pergunta.

Após a transcrição das falas dos participantes de cada grupo, ambos ocorridos no mês de setembro de 2006, percebemos que seria um tanto quanto difícil analisá-las e tentar responder aos objetivos que haviam sido propostos no início do projeto original. Devido a isso, foi preciso repensar outra ferramenta metodológica que fosse capaz de responder ao que estava sendo proposto no projeto, por meio da qual conseguíssemos atingir os objetivos propostos.

Chegamos a iniciar o processo de análise, mas este foi interrompido devido às poucas informações relatadas pelos grupos. Despendeu-se algum tempo até concluirmos que essa ferramenta seria abandonada.

Somente no mês de janeiro do corrente ano, decidiu-se iniciar um novo processo de coleta de dados a fim de que os objetivos propostos pudessem ser atingidos. Infelizmente, o período escolhido para o início de uma nova coleta foi péssimo, pois a grande maioria dos atores sociais que trabalham nos locais selecionados para a nova coleta de dados estavam em férias ou assoberbados de trabalho, porque necessitavam substituir os colegas em suas respectivas funções. Todo esse recomeçar acabou prejudicando não só a coleta dos dados, como também o início de sua análise, de acordo com o que fora proposto no cronograma do projeto original.

Assim, optou-se por seguir o modelo proposto no projeto desenvolvida pela OPAS, denominada Rota Crítica (SAGOT, 2000), tendo sido utilizados os serviços do setor público e das organizações não-governamentais (ONG) para a realização deste trabalho. Foram selecionados atores sociais dos seguintes setores:

a) Setor Público: Saúde, Jurídico-legal (Poder Judiciário e Ministério Público), Policial (Delegacia de Polícia Civil – Posto da Mulher) e Educativo.

b) Setor Não-governamental (ONG): organizações comunitárias de base e ONG de mulheres.

A seleção das instituições foi intencional, considerando o histórico de atendimento a pessoas em situação de violência e a representatividade no município, prevendo a participação de um ou dois representantes de cada instituição. O critério de seleção baseou-se no estudo da Rota Crítica (SAGOT, 1998)³.

Fizeram parte da amostra: o Centro Ecumênico de Evangelização, Capacitação e Assessoria (CECA) e Promotoras Legais Populares (PLP), representando o Setor Não-governamental (ONG); o Hospital Centenário (Projeto Sentinela e Serviço de Emergência) representando o Setor Saúde; o Posto da Mulher da Primeira Delegacia de Polícia Civil e o Serviço de Psicologia da Primeira Delegacia de Polícia Civil, representando o Setor Policial; o Ministério Público e o Poder Judiciário, representando o Setor Jurídico-Legal e a Secretaria da Educação, representando o Setor Educativo.

Os operadores sociais vinculados às instituições citadas acima e participantes da pesquisa foram: uma advogada e duas promotoras legais populares (PLP), do Setor Não-governamental (ONG); uma médica e uma enfermeira, do Setor Saúde; uma escrivã de polícia e duas estagiárias do serviço de Psicologia da 1ª Delegacia de Polícia Civil, do Setor Policial; uma Promotora de Justiça e um Juiz de Direito, do Setor Jurídico-Legal; e uma pedagoga e uma teóloga e historiadora, do Setor Educativo. Cada um desses autores será mencionado no texto de acordo com a função social que desempenha.

O Protocolo de Investigação utilizado foi o proposto no trabalho da Rota Crítica (SAGOT, 1998), traduzido e adaptado à realidade local. Ele compreende um guia de entrevistas semi-estruturadas específico para cada tipo de prestador. A pesquisa foi aprovada

3 SAGOT, M. & SHRADER, E. *La ruta crítica que seguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar – Protocolo de Investigación*. Washington. OPS, 1998.

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS. Para cada um dos respectivos setores buscou-se entrevistar dois atores sociais.

O primeiro contato para o agendamento das entrevistas com os operadores sociais dos diferentes Setores elencados foi via telefone. O agendamento da entrevista foi mais fácil com os setores em que era possível falar diretamente com o ator a ser entrevistado. Entretanto, com relação a alguns Setores, como o Jurídico-Legal – leia-se Ministério Público –, Educação e Saúde, as tentativas para agendamento de uma entrevista perduraram algum tempo. Algumas chegaram a demorar meses, como a Saúde e a Educação, pois as pessoas procuradas alegavam não ter tempo disponível para a entrevista. O Setor da Educação foi o único que solicitou o encaminhamento do pedido com os dados da pesquisa por e-mail; já o Setor Saúde exigiu o Protocolo com as perguntas a serem feitas e o Projeto de pesquisa. Mesmo assim, após verem o Protocolo de perguntas, passaram a alegar falta de tempo de maneira mais enfática, não demonstrando o menor interesse em participar das entrevistas. No que tange ao Setor Jurídico-Legal, os atrasos para a coleta de dados decorreram do fato de que, no período em que a coleta iniciou, a grande maioria dos juízes e promotores encontravam-se em férias e, quando dos seus retornos, muitos estavam substituindo colegas de outras Varas ou Promotorias, o que acabava por aumentar as suas demandas de trabalho.

Infelizmente, o único Setor que se negou, mesmo após inúmeros contatos telefônicos e visitas ao Setor, a nos conceder a entrevista foi o da Saúde, mais especificamente a coordenadora do Projeto Observatório de Vítimas de Violência. No último contato feito com a secretária da Assistente Social Ivi, esta afirmou: “... é, desta vez não poderemos te ajudar (silêncio do outro lado da linha)”. Apesar da minha insistência e de solicitar que elas abordassem ao menos o trabalho desenvolvido dentro do Hospital (trata-se do Observatório de Vítimas de Violência, único do município, que está diretamente ligado ao atendimento de mulheres vítimas de violência), e que 20 minutos de entrevista seria suficiente, meu pleito não foi atendido, numa clara demonstração de falta de interesse em colaborar com o trabalho.

Na minha última tentativa para entrevistar a coordenadora do Projeto “Observatório de Vítimas de Violência”, a psicóloga do Hospital me orientou a procurar uma médica pediatra que atua na UTI Neonatal da Instituição e que também está engajada em outro projeto desenvolvido na Neo, o qual presta atendimento aos pais e familiares dos bebês internados neste Setor. Além disso, ela participou ativamente da construção de um projeto que

previa a construção de uma Casa Abrigo para as mães vítimas de violência e seus filhos, no município de São Leopoldo, que acabou não se concretizando por problemas de gestão política.

O contato com esta pediatra ocorreu no mesmo dia, pois ela estava no Hospital no período em que eu palestrava, voluntariamente, num Curso sobre Aleitamento Materno, coordenado pelo Hospital Centenário, a partir da capacitação que alguns profissionais indicados pela Rede Pública e pelo Hospital realizaram na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, em Porto Alegre. Ela mostrou-se muito receptiva e disse que me auxiliaria no que fosse necessário e falaria com a Assistente Social para que ela também participasse da entrevista, afirmando que, talvez assim, ela se sentisse mais à vontade para falar a respeito do trabalho que vem desenvolvendo no Hospital.

Ao término da semana que antecedia a entrevista, à médica solicitou que eu ligasse para a sua residência para confirmarmos a data e o horário da mesma. Para a minha felicidade, neste dia ela também me confirmou que a Assistente Social havia concordado em conceder a entrevista. No dia agendado para a coleta dos dados, cheguei mais cedo ao Hospital e fiquei aguardando em um banco, na frente da sala do Serviço Social. Dez minutos antes do horário previsto para iniciarmos a entrevista, para minha surpresa, a porta do Setor foi aberta pela secretária deste e, em seguida, ela e a Assistente Social saíram, uma para cada lado. Simplesmente ignoraram a minha presença no local. Cinco minutos antes do horário marcado a médica pediatra chegou, forçou a porta do Setor e eu comuniquei-a de que elas haviam saído, sem ao menos me falarem se voltariam a tempo para a entrevista agendada. A médica ficou aborrecida com o ocorrido e me informou que a secretaria deste Setor havia ligado para ela na sexta-feira à noite para informar-lhe que a Assistente Social Ivi teria uma reunião na segunda-feira, no horário em que a entrevista havia sido agendada. Com isso, não tínhamos para onde nos deslocar, e como havia outra pessoa sentada ao meu lado, que aguardava pelo atendimento daquele Setor, precisávamos procurar outro local para a realização da entrevista.

Na falta de uma sala para ficarmos, acabamos nos acomodando em outro banco, localizado num dos corredores que dão acesso ao Setor da Emergência do Hospital. Além da constante passagem de pessoas, muitas delas conhecidas da médica, que paravam para falar com ela, interrompendo a entrevista, contei com outro problema inesperado: o local onde nos encontrávamos estava em obras e o barulho nos atrapalhou inúmeras vezes. Apesar de não ter

conseguido seguir o protocolo de entrevista, consegui obter dados bem significativos para a análise.

Além da médica entrevistada, achávamos importante conversar com algum funcionário da Emergência. Ao término da entrevista com a Pediatra me dirigi ao Setor da Emergência e consegui agendar uma entrevista com a enfermeira do Setor. A entrevista foi agendada para o outro dia, às 7h da manhã, visto que a partir das 8h o Setor ficava muito “agitado”, segundo ela. Neste momento a colega mostrou-se receptiva e não questionou nada a respeito da pesquisa, mas mesmo assim expliquei a ela do que se tratava e quais eram os nossos objetivos.

Ao chegar no Hospital, no outro dia, encontrei a enfermeira já estressada porque ela teria que ceder funcionários para auxiliar em outro Setor do Hospital, sendo que ela já estava trabalhando com a escala desfalcada. Após me receber, fomos conversar num dos consultórios do Setor. Devido ao fato de ela estar em horário de expediente, fomos interrompidas inúmeras vezes pelos funcionários, que necessitavam falar com ela. Após explicar-lhe como seria o protocolo a ser seguido e ela ter concordado em gravar a conversa, iniciei a entrevista. Ao fazer a primeira pergunta a ela, que se tratava do seu trabalho no Setor, ela acabou relatando todas as violências sofridas por ela e pelos funcionários; falou a respeito da sobrecarga de trabalho, das dificuldades vividas no dia-a-dia, dos seus adoecimentos e que apesar de todas as solicitações já feitas ao Corpo Diretivo da Instituição não há perspectivas de mudanças.

Percebi que não conseguiria fazer todas as perguntas do protocolo, pois o tempo estava passando e o Setor começava a ficar “agitado”, e mesmo assim ela permanecia falando a respeito de toda a problemática vivida diariamente no trabalho. Ao tentar avançar com as perguntas ela pediu licença para buscar o protocolo de encaminhamento para as mulheres vítimas de violência que são atendidas via Emergência. Ao sair da sala deparou-se com uma mãe que entrava aos gritos no Setor, com o filho nos braços, pedindo que o salvassem.

Enquanto eu permanecia no consultório, ouvia a mãe chorando no corredor e gritando que ela havia matado o filho. Passado algum tempo, uma acadêmica da enfermagem, que estagia na Emergência, pediu que eu me retirasse da sala, pois o médico precisaria conversar com os pais do bebê. Enquanto aguardava no corredor ouvi os funcionários da recepção e da limpeza, comentarem que o bebê, de cinco meses, havia morrido. Parece ter

chegado sem vida ao Hospital, após ter aspirado leite materno enquanto dormia com os pais. Vi o casal no corredor, dois jovens, mal agasalhados e desesperados com o que acabava de acontecer. A mãe continuava se culpando pela morte do filho. Logo depois pediram para que eu retornasse ao consultório, em seguida a enfermeira retornou e continuou a entrevista, mas não comentou nada a respeito do ocorrido. Mesmo assim, fomos interrompidos pelos funcionários para saber como deveriam proceder com o corpo do bebê e o encaminhamento dado aos pais.

Devido ao avançado da hora precisei encerrar a entrevista sem ter conseguido realizar muitas das perguntas propostas, pois a enfermeira me disse que precisava realizar outras tarefas. Antes ela explicou como e quem preenchia o protocolo de encaminhamento das mulheres vítimas de violência que ali são atendidas. Mas fiquei surpresa com sua resposta à indagação sobre quem preenchia o formulário referente ao Projeto do Observatório: ela afirmou ser desconhecadora de tal projeto. Como é possível os funcionários do Setor que devem informar os dados para que os registros possam ser feitos serem desconhecadores do projeto? Talvez isso explique o porquê da relutância da coordenadora do Projeto não querer me receber. Mesmo assim, pensei que valeria a pena tentar, ainda mais uma vez, conseguir agendar uma entrevista com a Assistente Social. Tomei coragem e fui até a sua sala. Ao chegar lá ela me recebeu na porta, sem me convidar para entrar: ficamos conversando ali mesmo, no corredor. Mais uma vez insisti para conversar com ela a respeito do projeto que ela coordena, mesmo que ela só tivesse 15 ou 20 min para me atender. Ela apenas respondeu que achava que a secretaria já havia dito para mim qual era a sua resposta. Diante destas palavras, agradei a sua atenção e me retirei.

Já os atores que atuam no Setor Policial e Não-governamental foram muito solidários e prestativos desde os primeiros contatos feitos. No Setor Policial entrevistamos uma policial, que atua no Posto da Mulher, e duas estagiárias, uma do Serviço Social e outra da Psicologia, (ambas atuam na 1ª Delegacia de Polícia Civil, por meio de uma parceria com a Prefeitura Municipal de São Leopoldo). Com relação ao Setor Não-governamental, entrevistamos uma Promotora Legal Popular e uma advogada, que atuam no CECA – Centro Ecumênico de Evangelização, Capacitação e Assessoria – e uma Promotora Legal Popular atuante em um dos bairros do município de São Leopoldo.

O processo de coleta de dados demorou aproximadamente dois meses e meio, sendo que o Setor Educação levou quatro meses, e as maiores dificuldades enfrentadas foram: o agendamento com os atores do Setor Jurídico-Legal, pois nunca era possível conversar diretamente com o ator, sempre a ligação era recebida por estagiários que, posteriormente, encaminhavam o meu pedido para depois me dar um retorno. O estagiário do ator do Ministério Público retornou todos os contatos feitos até conseguirmos agendar um horário; já no Setor Judiciário, a servidora também sempre foi solícita às minhas ligações, até haver um horário disponível na agenda do juiz, para a realização da entrevista. Quando realizei a entrevista com o ator do Ministério Público, precisei aguardar mais de uma hora para ser atendida, pois quando eu seria chamada a me dirigir até a sala do ator, um adolescente infrator chegou na Promotoria de Justiça, apreendido em flagrante de ato infracional. O adolescente encontrava-se algemado e com a cabeça enfaixada. Sua roupa estava suja de sangue e parecia ter urinado nas calças. Junto com ele, mas em outro carro, chegaram mais três jovens um deles estava chorando. Enquanto o adolescente foi conduzido à sala do ator, junto com a mulher e o homem que o acompanhavam, os outros jovens permaneceram na sala de espera. Passado algum tempo eles começaram a rir e efetuar ligações dos seus telefones celulares. Fiquei pensando o que poderia ter acontecido com aquele jovem e me perguntado o que será das nossas futuras gerações? A entrevista realizada com o ator deste Setor foi a mais longa de todas, tendo sido úteis e muito importantes todas as informações colhidas.

Já o Setor da Educação, apesar de terem solicitado o pedido para a entrevista por e-mail e eu ter encaminhado este inúmeras vezes, não recebi resposta alguma. Após contatos telefônicos e não poder ser atendida pelas pessoas com quem deveria falar, pois quando não estavam em reunião, estavam em expediente interno ou atendendo alguém, resolvi ir direto ao local e aguardar por atendimento. Passado quatro meses desde o primeiro contato, tomei esta decisão para que este Setor não ficasse fora da coleta dos dados. A pessoa com quem eu falei pela primeira vez e me encaminhou para o contato com outra, ficou surpresa ao saber que eu ainda não havia sido atendida, e que sequer havia recebido resposta ao meu e-mail. Pediu desculpas e ficou de averiguar o que havia acontecido e, mesmo sem eu ter agendado um horário com ela, fez questão de me atender naquele momento. Convidou outra colega da Secretaria para auxiliá-la, visto que a pessoa para quem ela havia me encaminhado – que relutou em conceder a entrevista e me encaminhou para outra pedagoga, com quem eu também nunca consegui conversar, pois na ocasião ela encontrava-se em licença saúde – também não se encontrava na Secretaria. Apesar dos poucos dados referentes à violência

sofrida pelas mulheres, pois esta ainda é muito velada, segundo as entrevistadas, pude realizar todo o protocolo de perguntas elaborado para o Setor Educação.

Ao realizar as entrevistas com os atores do Setor Policial, o barulho da rua, devido ao fato de esta Instituição estar situada em uma área próxima ao centro da cidade e, com isso, de grande movimento, acabou sendo um fator prejudicial no decorrer da coleta dos dados, bem atrapalhou a transcrição da entrevista.

Após minha apresentação pessoal e o agradecimento por estarem consentindo a entrevista eu apresentava o Projeto de Pesquisa, de maneira sucinta, solicitava permissão para usar o gravador e explicava como seriam analisadas as falas. Após o consentimento do ator para efetuar a gravação, iniciávamos a conversa baseada no Protocolo de Pesquisa da Rota Crítica (SAGOT, 1998). Assim que finalizava uma entrevista, fazia a sua transcrição literal, para posterior análise com as demais.

Todas as entrevistas feitas apresentaram peculiaridades de acordo com as características de cada Setor, de cada ator social. Algumas demoraram mais do que o tempo previsto, pois o ator acabava contando fatos referentes ao seu cotidiano de trabalho, dificuldades enfrentadas na construção da Rota Crítica no município etc.

Fui muito bem tratada em todos os setores entrevistados. Todos os atores se puseram à disposição para qualquer outro esclarecimento e foram unânimes ao falarem a respeito da fragmentação da Rede de Apoio às mulheres vítimas de violência no município de São Leopoldo, bem como da maneira como a Lei Maria da Penha vem sendo executada, pois da maneira como foi redigida acaba por não proteger a vítima de maneira suficientemente eficaz, como se esperava quando de sua entrada em vigor.

Além disso, abordaram a importância das parcerias entre as instituições que atendem a vítima de violência no município, as dificuldades enfrentadas por cada ator no seu respectivo Setor; os sofrimentos vivenciados pelas vítimas e o porquê de elas permanecerem neste círculo de violência. Também apontaram para a necessidade de implantação de políticas públicas para o acompanhamento não só da vítima de violência, mas também do agressor.

As análises efetuadas das práticas discursivas dos operadores estão contidas no artigo, mas farei algumas considerações a respeito da Lei Maria da Penha.

2 LEI MARIA DA PENHA

No Brasil, em 1996, foi lançado o Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e Sexual. Como parte desse programa foi encaminhado projeto de lei com o objetivo de transformar os crimes sexuais – até então considerados crimes contra os costumes – em crimes contra a pessoa. Esse projeto acabou se transformando na Lei 10.886/2004, que acrescentou o § 9º ao artigo 129 do Código Penal.

Essa alteração, entretanto, mostrou-se tão inócua quanto ineficaz, pois previa somente pena de *detenção* ao agressor (que não acarreta o cumprimento em regime fechado, ou seja, não havia previsão de que o agressor fosse para a prisão por cometer esse tipo de crime) e considerava a violência doméstica *crime de menor potencial ofensivo*. Por isso, em razão da quantidade máxima de pena aplicável (um ano) esse tipo de crime era submetido ao procedimento criminal que se aplica aos crimes de menor potencial ofensivo e possibilita ao agente criminoso uma série de benefícios que afastam a pena privativa de liberdade, tais como a *transação penal* e a *suspensão condicional do processo*.

Em 07 de agosto de 2006, todavia, foi promulgada a Lei n.º 11.340, também chamada *Lei Maria da Penha*, que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa Lei pode ser considerado uma espécie de “Estatuto da Mulher”, à semelhança de outros já existentes (Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso), considerando que estabelece uma série de dispositivos protetivos e de assistência à mulher em situação de violência. Essa Lei conceitua o que seja *violência doméstica e familiar contra a mulher*, estabelece *medidas integradas de prevenção à violência doméstica* e prevê a forma de prestação da *assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar*. Prevê, ainda, a obrigatoriedade de atendimento prioritário pela autoridade policial que tomar conhecimento de violência doméstica contra a mulher e a possibilidade de adoção de medidas protetivas de urgência, tais como o *afastamento do agressor do lar*, *proibição de contato com a ofendida e seus familiares*, entre outras. Sobre a modificação do procedimento aplicado aos casos de violência doméstica, relatou o ator:

Recentemente surgiu a lei Maria da Penha e ela trouxe várias modificações com relação à proteção da mulher, que antes não era tão considerado. A violência doméstica entrava na vala comum, como crime normal. E essa legislação veio para tentar proteger de uma maneira mais eficaz essa vítima de violência. [...] Bom, essa lei ela prevê uma série de medidas, inclusive de afastamento do lar, afastamento dos

familiares, tipo que ele tem que ficar longe de casa, ano pode se aproximar dela...isso são medidas que antes só ficava na vara de família quando se entrava com pedido de separação de corpos e afastamento do lar. Essas medidas eram aplicadas “lá”, nessa vara de família. Mas tem se utilizado porque a lei prevê, justamente prá ser mais ágil. Então de repente tem um caso grave na DP, hã...o delegado já pode aplicar algumas medidas que a lei prevê. Inclusive o autor da agressão pode ser preso em flagrante, se imediatamente for chamada a Brigada ele vai preso e aí, dependendo do fato ele pode pagar uma fiança ou não, pode ficar recolhido se não tiver dinheiro...ou aí entra em contato com o advogado ou a Defensoria Pública (JURÍDICO-LEGAL 2).

Em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006, a Lei Maria da Penha dá cumprimento, finalmente, à Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará” – da OEA, que foi ratificada pelo Brasil em 1995, bem como à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da ONU.

Essa lei prescreve, expressamente, que, aos processos, aos julgamentos e às execuções de causas cíveis e criminais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher se aplicarão as normas dos Códigos de Processo Civil e Processo Penal e da legislação específica relativa à criança, ao adolescente e ao idoso, naquilo em que não forem conflitantes entre si. Isso significa dizer que o procedimento outrora utilizado, que possibilitava ao agressor os benefícios da transação penal e da suspensão condicional do processo, não mais se aplica aos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Agora, para o crime de violência doméstica, a pena prevista é de *detenção* de 3 (três) meses a 3 (três) anos. O fato de a pena cominada ao crime ser de *detenção* continua acarretando a impossibilidade, em regra, de recolhimento do agressor em regime fechado, o que, de certa forma, torna essa alteração pouco eficaz. Mas o fato de a pena máxima ser bem maior do que a anteriormente prevista (um ano, apenas) já pode ser considerado um avanço, porque isso significa que a violência doméstica e familiar contra a mulher não é mais considerada crime de menor potencial ofensivo.

Apesar da espécie de pena privativa de liberdade cominada ao crime (*detenção*), a lei inovou em seu art. 20, ao prever a possibilidade de prisão preventiva do agressor, que poderá ser decretada pelo juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade policial. Antes da criação da Lei Maria da Penha isso não era

possível, pois não havia previsão legal de prisão preventiva do agressor, o que impedia o juiz de decretar tal medida, mesmo que requerida pelo Ministério Público ou pela autoridade policial. Um dos atores entrevistados afirma que: *“A Lei ajudou porque facilita que o próprio agente policial faça esses encaminhamentos na hora”* (POLICIAL 1).

A Lei Maria da Penha prevê a instauração dos Juizados Especiais para tratar as questões referentes à violência doméstica e familiar contra as mulheres. Acreditamos que apenas a partir da sua instauração a Lei se tornará um instrumento eficaz de proteção e defesa, o que ainda não é realidade no município de São Leopoldo e no Estado do Rio Grande do Sul. Os atores entrevistados fizeram inúmeras críticas a esta nova Lei, no que se refere a sua aplicabilidade e finalidade: *“E têm muitos casos graves de violência, mas tem casos que essa lei tá sendo usada indevidamente”* (JURÍDICO-LEGAL 2).

Para o outro ator do Setor Jurídico-Legal:

A Lei tem auxiliado mais no sentido de atemorizar, porque ela é de aplicabilidade reduzida. Nós sempre criamos leis como se fôssemos um país de primeiro mundo, com recursos de primeiro mundo (...), só que nós somos terceiro ou quarto mundo, então a gente cria uma lei irreal (JURÍDICO-LEGAL 1).

Além das críticas citadas, os atores ainda relataram outras, que dizem respeito à falta de profissionais capacitados:

Ela não chega a ser perfeita, mas ela é muito boa. Mas para ela entrar em vigor, realmente, na vida real, ela precisa ser minuciosamente trabalhada dentro de todos os setores”; “as pessoas que vão trabalhar com a lei não receberam sequer capacitação. Elas nem sabem o que elas estão fazendo (ONG 1).

Os atores mencionam que talvez a Lei contrarie o princípio constitucional da igualdade, previsto no artigo 5º, “caput”, da Constituição da República, segundo o qual *“todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza...”*, porque só protege a mulher: *“A Lei Maria da Penha só protege a mulher – e até já foi questionada sua constitucionalidade”* (JURÍDICO-LEGAL 1); *“Então só a mulher vai ser vítima, segundo essa Lei. Ela não protege o homem, ela só protege a mulher”* (JURÍDICO-LEGAL 2).

3 PALAVRAS FINAIS

Ao final desta etapa do trabalho, registrarei algumas situações vivenciadas por mim no decorrer da coleta de dados e posterior análise. Algumas situações relatadas pelos atores no decorrer das entrevistas me fizeram sofrer, principalmente quando a vítima era uma criança que, na maioria das vezes, havia sido abusada pelo tio, avô ou padrasto e, o que é pior, com a conivência da mãe, que não denunciava ou sequer pensava em fazer isso.

Acredito que o pior dia de coleta foi aquele em que eu entrevistei a enfermeira que atua na Emergência do Hospital Centenário e fiz minha última tentativa para conseguir entrevistar a Coordenadora do Projeto do Observatório, do Hospital. Além da impossibilidade de realizar um encontro com esta última, pois, apesar de muita insistência, ela negou-se a conceder entrevista, senti a dor daquela mãe que perdeu o filho e ficou se culpando por isso. Ao retornar para casa, comecei a chorar, talvez pela fragilidade do momento – a gestação –, mas sabia que não era só por isso: fiquei pensando naquele casal tão humilde, maltrapilho e que acabava de perder o filho ainda bebê. A culpa que esta mãe carregaria para o resto de sua vida, os sofrimentos, as lembranças, enfim, passei o resto do dia ouvindo os gritos daquela mãe pedindo para salvarem seu filho, talvez da mesma maneira que eu, um dia, pedi ajuda para não mais sofrer violência psicológica.

Entretanto, ainda no Setor Saúde, a atora supracitada tenha me feito reviver o período em que permaneci na assistência de enfermagem; e, apesar da saudade, percebi que, além de mim, outras colegas sentem-se desvalorizadas, violentadas pelo sistema vigente nas Instituições, que visam o lucro em detrimento do cuidado humanizado, sendo constantemente desrespeitadas em nossas funções. Além disso, os relatos feitos pelos atores deste Setor deixam claro que o campo da saúde ainda não dá a devida atenção aos casos de mulheres em situação de violência. Nos serviços de saúde de atenção às mulheres, parece que ainda há uma “invisibilidade da violência” e uma certa “surdez” com relação aos apelos das mulheres que vivenciam situações de violência.

No setor da Educação, apesar das inúmeras idas e vindas, os relatos feitos pelas atoras trouxeram pouquíssimos dados a respeito da violência contra a mulher: referiram apenas que ela é muita velada e, no único momento em que elas fizeram referência à mulher em situação de violência, afirmaram que ela, ao relatar a situação na Escola, pede para que nada seja registrado.

Justamente nos dois setores nos quais eu posso ser inclusa, de acordo com o protocolo de pesquisa, como enfermeira licenciada, foi que mais dificuldades enfrentei para coletar os dados. Fazendo uma análise em relação ao meu tema de pesquisa, posso afirmar que neste processo de busca de ajuda para coletar os dados, assim como as usuárias, eu também não recebi o acolhimento de que necessitava por parte destes serviços.

Várias vezes, enquanto ouvia e transcrevia as falas dos atores, fiquei pensando e tentando encontrar respostas para o ciclo da violência: o que move as mulheres a permanecerem nele, a não darem um grito de liberdade, a não tentarem recomeçar sua vida acompanhadas de seus filhos, o que as impede de quererem e se permitirem ser felizes?

A rota que eu precisei percorrer, em muitos momentos, também foi longa, dolorosa, com muitos percalços, recuos e nem sempre coroada de êxito. Senti-me como as mulheres que percorrem “o caminho das pedras”, na tentativa de conseguir ouvir os atores envolvidos na pesquisa.

O filósofo Michael Foucault (1997)⁵, ao estudar a relação entre corpo e poder na formação do Estado, possibilita uma análise mais ampla sobre o corpo que sofre violência doméstica. As marcas da violência registram a história e as relações de poder. O resultado de tais relações é o adestramento dos corpos que lutam para evitar ou ativar a violência (ciclo da violência).

O corpo que sofre violência também é aquele que possui desejos, que ama, que é forte e fraco, que fica marcado pela faca, que chora de dor, aquele que se esconde e se mostra. Poderíamos dizer que é um corpo maleável, que se transforma e é transformado. Um corpo que deseja se esconder de vergonha ou que deseja ser visto num pedido de ajuda.

Assim como afirma o filósofo, o corpo é o lugar de escrita da história, e com este trabalho eu pude reescrever a minha história, pois tão difícil quanto sofrer a violência é mostrar as marcas da violência e falar sobre ela. Espero poder auxiliar outras mulheres a buscarem o “romper do silêncio”, a conhecerem e apropriarem-se de seus corpos, para que

⁵ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: O nascimento da prisão*. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

este não seja marcado como objeto ou propriedade de alguém, pois as marcas que desejamos expor são marcas de conquista e luta por um corpo/sujeito respeitado como ser humano.

A busca de propostas políticas que auxiliem mulheres em situação de violência, bem como de seus filhos, depende do envolvimento de mulheres na vida política, pois se o sujeito feminista não conquistar seu lugar de fala, esse não nos será dado por benevolência. Esse discurso caracteriza-se pela resistência à ordem discursiva estabelecida sobre as mulheres na sociedade.