

**ELZA BERGER SALEMA COELHO  
CAROLINA CARVALHO BOLSONI  
THAYS BERGER CONCEIÇÃO  
MARTA INÊS MACHADO VERDI**



**POLÍTICAS PÚBLICAS  
NO ENFRENTAMENTO  
DA VIOLÊNCIA POR  
PARCEIRO ÍNTIMO**



**ELZA BERGER SALEMA COELHO  
CAROLINA CARVALHO BOLSONI  
THAYS BERGER CONCEIÇÃO  
MARTA INÊS MACHADO VERDI**

# **POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

**FLORIANÓPOLIS - SC  
UFSC  
2018**



GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República**

**Ministro da Saúde**

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação  
na Saúde (SGTES)**

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação  
na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em  
Educação na Saúde**

**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitor (*pró-tempore*)** Ubaldo Cesar Balthazar

**Vice-Reitora** Alacoque Lorenzini Erdmann

**Pró-Reitor de Pós-graduação** Hugo Moreira Soares

**Pró-Reitor de Pesquisa** Sebastião Roberto Soares

**Pró-Reitor de Extensão** Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Celso Spada

**Vice-Diretor** Fabrício de Souza Neves

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**Chefe do Departamento** Fabrício Augusto Menegon

**Subchefe do Departamento** Maria Cristina Marino Calvo

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Coordenador** Francisco Norberto Moreira da Silva

**Coordenadora - substituta** Renata Gomes Soares

ASSESSORES TÉCNICOS

Juliano Mattos Rodrigues

Michelle Leite da Silva

Kátia Maria Barreto Souto

Caroline Ludmilla Bezerra Guerra

Cícero Ayrton Brito Sampaio

Patrícia Santana Santos

Thiago Monteiro Pithon

GRUPO GESTOR

**Coordenadora do Projeto** Elza Berger Salema Coelho

**Coordenadora do Curso** Sheila Rubia Lindner

**Coordenadora de Ensino** Deise Warmling

**Coordenadora Executiva** Gisélida Garcia da Silva Vieira

**Coordenadora de Tutoria** Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORIA DO CURSO

Elza Berger Salema Coelho

Carolina Carvalho Bolsoni

Thays Berger Conceição

Marta Inez Machado Verdi

REVISÃO DE CONTEÚDO

Adriano Beiras

Marta Inez Machado Verdi

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Márcia Regina Luz

GESTÃO DE MÍDIAS

Marcelo Capillé

DESIGN GRÁFICO, IDENTIDADE VISUAL E ILUSTRAÇÕES

Pedro Paulo Delpino

DESIGN INSTRUCIONAL

Naiane Cristine Salvi

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA E ABNT

Eduard Marquardt

DIAGRAMAÇÃO E AJUSTES

Adriano Schmidt Reibnitz

**PRODUÇÃO DE MATERIAL ONLINE**

Dalvan Antônio de Campos

Naiane Cristina Salvi

Cristiana Pinho Tavares de Abreu

Thiago Ângelo Gelaim

**CONSTRUÇÃO DE TESTES PARA AVALIAÇÃO EDUCACIONAL**

Lizandra da Silva Menegon

Maurílio Átila Carvalho de Santana



---

© 2018 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte. ISBN – 978-85-8267-116-0

Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900 Trindade  
Florianópolis – SC

---

Catálogo elaborado na Fonte

P769

Políticas públicas no enfrentamento da violência por parceiro íntimo [recurso eletrônico] / Elza Berger Salema Coelho... [et al]. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

53 p. : il.

Versão adaptada para o curso de Violência e Saúde.

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Políticas públicas de enfrentamento à violência no Brasil. – Humanização na atenção a homens e mulheres em situação de violência. – A violência na Atenção à Saúde.

ISBN: 978-85-8267-116-0

1. Atenção básica em saúde. 2. Violência por parceiro íntimo. 3. Políticas de saúde. I. UFSC. II. Curso de Violência e Saúde. III. Bolsoni, Carolina Carvalho. IV. Conceição, Thays Berger. V. Verdi, Marta Inês Machado. VI. Título.

CDU: 364-7

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária  
responsável: Rosiane Maria – CRB – 14/1588

<b>Palavra dos autores .....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivo do Curso.....</b>	<b>11</b>
<b>Apresentação do Curso.....</b>	<b>12</b>
<b>Unidade 1 - Políticas públicas de enfrentamento à violência no Brasil .....</b>	<b>14</b>
1.1 Conferências e convenções voltadas à violência .....	14
1.2 Legislação sobre violência.....	17
1.3 Políticas públicas sobre violência .....	21
Resumo da Unidade.....	25
Referências.....	26
<b>Unidade 2 - Humanização na atenção a homens e mulheres em situação de violência.....</b>	<b>29</b>
2.1 Humanização e atenção às pessoas em situações de violência .....	29
2.2 Humanização da atenção e da gestão do SUS.....	30
Resumo da Unidade.....	38
Referências.....	39

<b>Unidade 3 - A violência na Atenção à Saúde</b> .....	41
3.1 Invisibilidade da violência na atenção básica.....	41
3.2 Ética e sigilo .....	46
Resumo da Unidade.....	48
Referências.....	49
<b>Minicurrículo</b> .....	51

Caro aluno,

Seja bem-vindo! Convidamos você para, neste curso, conhecer as políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência, que reconhecemos ser um problema para a área da saúde, por ter impacto direto na vida das pessoas.

Consideramos que os profissionais de saúde ocupam posição privilegiada para a identificação do problema, a prevenção e a assistência às pessoas que sofrem violência e aos autores da agressão, nas relações conjugais e interpessoais. De igual forma, busca-se reforçar a importância da igualdade de gênero e a promoção dos direitos de homens e mulheres. Além das leituras indicadas e das atividades propostas, você pode recorrer a outras fontes disponíveis para construir seu conhecimento. Entretanto, lembre-se de discutir com seus colegas de curso por meio do ambiente virtual de aprendizagem, e com seus parceiros de trabalho, pois o processo de aprendizado recebe ênfase sempre que é compartilhado.

Bons estudos!

Proporcionar subsídios para que o aluno reconheça as principais políticas, legislações e conferências realizadas, com intuito de estabelecer diretrizes para o enfrentamento da violência, refletir sobre o potencial de diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização, bem como sobre os impasses e as possibilidades inerentes à atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

Ao final desta unidade você conhecerá as principais políticas, legislações e conferências realizadas com o intuito de estabelecer diretrizes para o enfrentamento da violência.

**Carga horária recomendada para este curso: 30 horas**

A violência é reconhecida, mundialmente, como um relevante problema de saúde pública. A Organização Pan-Americana de Saúde (1993) afirma que isso ocorre em função do número de vítimas e da magnitude das sequelas orgânicas e emocionais. Dentre as funções prioritárias da saúde pública destacam-se o compromisso com o combate às doenças, às condições desfavoráveis e aos problemas que afetam a saúde da população – dentre tais funções, a atenção às pessoas em situação de violência. Assim, no domicílio ou fora dele a violência é considerada um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, com profundas repercussões sociais.

O fenômeno da violência vem se constituindo em um problema para a área da saúde por interferir no processo de vida do indivíduo e da coletividade. Logo, requer a formulação de políticas públicas específicas e a organização de serviços voltados ao enfrentamento das situações de violência, principalmente para prevenção e atendimento. No entanto, para as mulheres o reconhecimento ocorreu por meio de muitas lutas,

sendo necessário primeiramente que o Estado reconhecesse-as como cidadãs, dotadas de direitos e liberdades. A atenção às mulheres em situação de violência ainda se dá de maneira fragmentada e pontual, além de alguns serviços permanecerem despreparados para atender aos envolvidos de modo integral, exigindo que as vítimas de violência percorram vários caminhos, em decorrência de um processo desarticulado dos serviços.

O setor de saúde tem protagonizado iniciativas ao longo dos últimos 20 anos, com movimentos de avanços e, por vezes, retrocessos no atendimento a pessoas vítimas de violência. Neste período reconheceu a violência como um fenômeno complexo, difuso e multicausal, que requer de todos os atores envolvidos uma visão biopsicossocial da saúde e uma abordagem interdisciplinar intra e intersetorial, especialmente dos profissionais da Atenção Básica.

Destaca-se o papel de escuta qualificada dos profissionais de saúde, primeiros a serem informados sobre episódios de violência. A razão da busca de atendimento geralmente

é ocultada por outros problemas ou sintomas que não se conformam, isoladamente, em elementos para um diagnóstico. Por isso existe a importância de o profissional estar capacitado a realizar uma escuta qualificada e atenta para desvendar as possíveis situações de violências.

## **1.1 Conferências e convenções voltadas à violência**

Para iniciar o delineamento de como se constituíram as políticas públicas de enfrentamento da violência se faz necessário realizar uma breve retrospectiva sobre a conquista dos direitos das mulheres em âmbito nacional e internacional. Parte essencial do processo histórico de construção dos direitos das mulheres tem como marco de referência a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher, patrocinada pela ONU, em 1975, na Cidade do México. A esse evento seguiu-se o lançamento da Década da Mulher (1975–1985), quando os governos foram convocados a “promover a igualdade de homens e mulheres perante a lei, igualdade de acesso à educação, à formação profissional, além de igualdade de condições no emprego, inclusive salário e assistência social” (ONU, 2011, p. 11):

Ainda na década de 1970 foi aprovada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher que representou um novo marco histórico para o compromisso dos governos com a promoção e a proteção dos direitos das mulheres.



**LINK**

Conheça na íntegra a “Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher”. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm)>.

Entretanto, foi somente em 1990 que o setor de saúde começou a assumir oficialmente a violência não só como questão social, mas de saúde pública (MINAYO, 2004). É importante assinalar que a década de 1990 foi particularmente promissora em termos de inclusão dos direitos das mulheres na agenda mundial de direitos humanos e na pauta política dos governos. Em diversos países destacam-se os ciclos de conferências internacionais – regidas pelas Nações Unidas – que fortaleceram a luta dos movimentos sociais e contribuíram para o reconhecimento dos direitos das mulheres, fornecendo alicerces para a criação de políticas de enfrentamento à violência baseada em gênero. Os eventos mais emblemáticos desse período foram os seguintes:

- ▶ Conferência de Viena e seu Programa de Ação (1993): enfatizou o reconhecimento dos direitos das mulheres como parte dos direitos humanos, nomeando a violência contra a mulher como violação de direitos humanos;
- ▶ Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1993): definiu a violência em suas múltiplas formas de manifestação e reconheceu sua prática no âmbito público e privado;
- ▶ Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e sua Plataforma de Ação: especialmente por considerar que “a humanidade não é um todo homogêneo, o Plano se debruça sobre a existência de desigualdades sociais, destacando grupos tradicionalmente mais atingidos por tais desigualdades, dentre eles as mulheres”, e o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos;
- ▶ Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994): essa importante convenção foi impulsionada pela ação decisiva dos movimentos feministas de diversos países com o objetivo de tornar visível a violência contra a mulher e para exigir seu repúdio e sua eliminação. Trouxe como ganho a incorporação do conceito de gênero à definição de violência contra a

mulher, explicitando que esta pode ser de diferentes tipos e ocorrer tanto na esfera pública como na privada, apresentando um amplo conceito de violência doméstica e intrafamiliar (PANDJIARJIAN, 2006);

- ▶ IV Conferência da Mulher em Beijing e a Plataforma de Ação Mundial da Mulher (1995): impulsionou novo enfoque sobre os direitos das mulheres tomando por base o conceito de gênero.



**LINK**

“IV Conferência da Mulher em Beijing e a Plataforma de Ação Mundial da Mulher”, disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)>.

“Convenção de Belém do Pará”, disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>.

Confira a: “Conferência de Viena e seu Programa de Ação”, disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/declaracao\\_viena.htm](http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/declaracao_viena.htm)>.

“Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres”, disponível em: <[http://direitoshumanos.gddc.pt/3\\_4/IIIPAG3\\_4\\_7.htm](http://direitoshumanos.gddc.pt/3_4/IIIPAG3_4_7.htm)>.

“Conferência sobre População e Desenvolvimento e sua Plataforma de Ação”, disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>

Esse avanço no reconhecimento dos direitos das mulheres, por meio dessa declaração e das conferências, constituiu um importante instrumento de luta e organização das pautas dos movimentos feministas e de mulheres na América Latina.

As reivindicações iniciais pelo fim da impunidade penal foram ampliadas para incorporar demandas que pudessem dar efetividade a tais conquistas, dentre as quais figuram as políticas públicas que contribuíram para a igualdade entre homens e mulheres, para o acesso aos direitos por todas as mulheres e para promover ações de erradicação da violência – baseada em gênero –, em todas as suas formas (Machado, 2001). Com base em várias discussões em âmbito internacional e nacional, por meio de conferências e convenções, o Brasil construiu políticas públicas hoje vigentes que abrangem a violência por parceiros íntimos. No período de 1992 a 2012 muitas alterações institucionais e legais ocorreram no país, no que concerne às políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres. Como mostra o Relatório sobre o Progresso das Mulheres no Brasil, entre os anos de 2003 e 2010 houve significativos avanços no enfrentamento à violência contra

mulheres, que se traduzem na mudança da legislação, na produção crescente de estudos e dados estatísticos sobre a incidência da violência contra as mulheres, na criação de serviços públicos especializados de atendimento, e na adoção de planos nacionais para enfrentar o problema.



LINK

Confira o “Relatório sobre o Progresso das Mulheres no Brasil”. Disponível em: <[http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom\\_onu/pdfs/progresso.pdf](http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf)>.

Vale lembrar que tratados, convenções e pactos assinados pelo Brasil em fóruns internacionais e ratificados pelo Congresso Nacional Brasileiro têm status constitucional. Por outro lado, as declarações internacionais e os planos de ações das conferências internacionais são utilizados como princípios gerais, orientando a produção legislativa e de políticas públicas em saúde. A seguir apresentaremos as principais legislações e políticas vigentes para subsidiá-lo no entendimento de como estão estruturadas as formas legais e jurídicas de enfrentamento à violência no Brasil.

## 1.2 Legislação sobre violência

Em 2004, por intermédio da Portaria GM/MS nº 936/2004, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde com a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. O objetivo dos Núcleos é discutir a temática e fortalecer as ações de intervenção locais, bem como melhorar a qualidade da informação sobre acidentes e violência. Em seguida, estabelece a notificação compulsória de violência contra a mulher, conforme dispõe a Portaria GM/MS 2.406/2004.



LINK

Confira a “Portaria GM/MS 2.406/2004”. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406\\_05\\_11\\_2004\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html)>.

A regulamentação dessa portaria foi um importante passo dado pelo governo no que se refere à violência contra a mulher, uma vez que prevê a notificação compulsória de violência contra a

mulher no atendimento prestado em quaisquer serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Assim, sempre que alguém se dirigir a um serviço de saúde para ser atendida, em razão de lesões provocadas pela violência doméstica ou sexual, o profissional que realizar o atendimento terá de emitir uma notificação ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, ou outro, da Secretaria Municipal de Saúde. Essas informações formam uma base de dados integrada sobre a violência contra a mulher, colaborando para traçar o perfil das pessoas que sofrem violência e as que praticam. A ideia é dimensionar, com mais precisão, a amplitude do fenômeno da violência contra a mulher, e servir de base para a elaboração de políticas públicas voltadas às mulheres (IPEA, 2005, p. 142).

Outra conquista importante para as mulheres foi a Lei 10.886/04, que torna a lesão corporal um tipo especial de violência doméstica. Segundo Jardim (2005), a inovação dessa lei deu visibilidade ao crime de violência doméstica ao tipificá-la como um tipo especial de lesão corporal, bem como do aumento de pena (1/3) nos casos de lesão corporal de natureza grave e de lesão

corporal seguida de morte, que seja praticada em circunstâncias de violência doméstica.

Em 2006 o presidente da República sancionou a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) – Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, em vigor desde 22 de setembro de 2006 –, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Dentro dessa conjuntura política, a lei pode ser considerada como um passo em direção ao cumprimento das determinações da Convenção de Belém do Pará e da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres (CEDAW), além de regulamentar a Constituição Federal.

A Lei Maria da Penha define uma política nacional voltada para a promoção da equidade de gênero e para a redução das diferentes formas de vulnerabilidade social das mulheres.

Aponta o dever do Estado em promover políticas públicas articuladas e capazes de incidir sobre o fenômeno da violência contra a mulher. Essa lei contém dispositivos civis e penais e dá ênfase à proteção das mulheres para além da punição ao agressor.



**DESTAQUE**

A lei inova ao prever o direito da mulher em situação de violência à assistência da Defensoria Pública nas fases do inquérito policial e da ação judicial, além de afastar o mecanismo de conciliação e todos os outros dispositivos da lei 9.099/95.

Na Lei Maria da Penha, encontra-se a seguinte definição de violência contra a mulher:

“[...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral e patrimonial:

I – no âmbito da unidade doméstica, compreendida como espaço de convívio permanente de pessoas [...];

II – no âmbito da família [...];

III – em qualquer relação íntima de afeto [independente da orientação sexual]” (BRASIL, 2006, art. 5).

No Artigo 7º são apresentados os entendimentos a respeito das diferentes formas de violência contra a mulher (BRASIL, 2006), conforme se vê descrito a seguir.

- a) Violência física: qualquer comportamento que ofenda a integridade ou a saúde corporal.
- b) Violência psicológica: entendida como alguma conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher, ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar seus comportamentos, suas ações, crenças e decisões mediante ameaça, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
- c) Violência sexual: ação que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
- d) Violência patrimonial: entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos

de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

e) Violência moral: descrita como qualquer conduta que configure calúnia, difamação e injúria.



**IMPORTANTE**

Há que se pensar que a reabilitação para os autores de violência contra a mulher é, junto a outras medidas judiciais e sociais, uma atuação necessária. Tratar o agressor não significa isentá-lo de sua responsabilidade, assim como é um falso dilema considerá-lo como maldoso, que merece as medidas punitivas adequadas; ou como enfermo, que necessita então de um tratamento médico e psiquiátrico (Sanmartín, 2004).

Uma conquista importante quanto à reabilitação do agressor na Lei Maria da Penha é o reconhecimento da necessidade de implementar ações que incluam os homens. A seguir estão listados os artigos da lei que destacam essas ações.

Artigo 35: A União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências: centros de educação e de reabilitação para os agressores (BRASIL, 2006).

Artigo 45, que altera a redação do art. 152 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), que define em parágrafo único: Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação" (BRASIL, 2006).

Assim, a criação da Lei Maria da Penha no Brasil foi um reconhecido avanço na área da violência contra a mulher. Apesar disso, ainda são necessários maiores esforços da sociedade para reduzir as desigualdades sociais que geram e reproduzem as diferenças entre homens e mulheres.

Após a Lei Maria da Penha, outra legislação muito importante de proteção às mulheres foi a Lei de Feminicídio sancionada em 2015. Essa lei inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. O principal ganho com a Lei do Feminicídio é justamente tirar o problema da invisibilidade. Além da punição mais grave para os que cometerem o crime contra a vida, a tipificação é vista por especialistas como uma oportunidade para dimensionar a violência contra as mulheres no País, quando ela chega

ao desfecho extremo do assassinato, permitindo, assim, o aprimoramento das políticas públicas para coibi-la e preveni-la.



LINK

Para conhecer na íntegra a Lei do Femicídio acesse:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm)>.

### 1.3 Políticas públicas sobre violência

Em relação aos mecanismos institucionais de gênero, ocorreu um avanço importante em 2003 através da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). Essa secretaria resgatou a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) na década de 1980, intensificou sua interlocução com os movimentos de mulheres e foi reconhecida, por esses movimentos, como aliada na defesa de políticas públicas com a perspectiva de gênero. A atuação dessa secretaria, em sintonia com os movimentos de mulheres e em interlocução com o Congresso Nacional, foi de grande importância na aprovação da Lei Maria da Penha. No plano

nacional a SPM foi, no período de 2003 a 2010, um importante mecanismo de defesa dos direitos das mulheres. No plano estadual, mesmo considerando a ampliação desses mecanismos – no final de 2010 existiam secretarias de políticas para as mulheres em 23 estados brasileiros –, grande parte deles estavam sem força capaz de impulsionar políticas locais mais significativas.

Por outro lado, esses mecanismos locais, em articulação com movimentos de mulheres, foram de grande importância para a realização de conferências municipais e estaduais de mulheres. Em 2004, fruto desse processo, o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que admite como um dos principais temas a promoção da atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência. O plano tem como objetivo organizar as redes de atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.



**LINK**

Conheça na íntegra a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”. Esse documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, procurando consolidar avanços no combate à violência doméstica e sexual. Acesse esse documento que está disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>.

Esse plano definiu algumas metas para o período de 2005 a 2007: a integração de serviços em redes locais, regionais e nacionais; a instituição de redes de atendimento envolvendo um conjunto de instituições; o aumento dos serviços de atenção à saúde da mulher em situação de violência; a ampliação do número de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Deams).

Como resultado da realização da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2007, a SPM elaborou o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) e, voltado especificamente à problemática da violência contra as mulheres, o Governo Federal aprovou o Pacto Nacional de Enfrentamento

da Violência contra a Mulher. Esse pacto nacional consiste no desenvolvimento de um conjunto de ações a serem executadas no período de 2008 a 2011. Tem como meta desenvolver políticas públicas amplas e articuladas, prioritariamente direcionadas às mulheres rurais, negras e indígenas em situação de violência, considerando a dupla ou tripla discriminação a que estão submetidas. O pacto estimula a articulação federativa por meio de convênios com estados e municípios, disponibilizando recursos financeiros para criação de serviços, compra de equipamentos, promoção de cursos de capacitação de agentes públicos, dentre outras ações. Como resultado dessa articulação federativa, observa-se no período de 2007 a 2010 um aumento significativo de serviços voltados à atenção às mulheres em situação de violência e a possibilidade de fortalecimento dos mecanismos locais de defesa dos direitos das mulheres.

Esse pacto apresenta como eixos estruturantes: a proteção aos direitos sexuais e reprodutivos e a feminilização da Aids; o fortalecimento da rede de atendimento e implementação da Lei Maria da Penha; o combate à exploração sexual da mulher e da

adolescente e ao tráfico de mulheres; a promoção dos direitos humanos das mulheres.



**LINK**

Leia na íntegra o "Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres". Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>.

No plano formal a legislação nacional e os tratados e as convenções internacionais ratificadas pelo Brasil apresentam avanços quanto à institucionalização de direitos, pautando-se nos princípios da universalidade e da igualdade. No entanto, tais avanços não se concretizam na vida de milhões de homens e mulheres, na medida em que se materializam por meio das políticas implementadas pelo Estado num contexto social marcado por contradições de classe, gênero e étnico-raciais. (ROCHA, 2005).

Tratar a violência como um ato isolado, sem dar importância ao fato de que ela se cronifica, sendo difícil enfrentá-la sem uma rede de apoio, sobretudo de políticas públicas, é contribuir para a

manutenção de formas de sociabilidade violentas no interior da família e da sociedade (ROCHA, 2005).

A aprovação de medidas legislativas que visem prevenir e combater a violência de gênero e a discriminação à mulher constitui passos importantes, mas essas medidas precisam ser substantivadas por meio de ações governamentais, no âmbito do Executivo e da atuação do Judiciário, além de estabelecerem o grande desafio de torná-las conhecidas da população e de garantir-lhes o acesso à Justiça (ROCHA, 2005).

Alguns pesquisadores já vêm demonstrando a necessidade de lançar esse olhar às políticas destinadas a homens em situação de violência, pois no plano atual ainda são tratados exclusivamente como agressores.



**DESTAQUE**

Podemos observar que todas as conferências, leis e políticas relacionadas à violência foram criadas com base na violência contra a mulher. Pouco se fala sobre a violência pelos homens – estas, quando são abordadas, estão mais relacionadas à violência urbana e a homicídios (TRISTÃO et al, 2012).

O homem pode ser vítima da violência doméstica, sendo incluído nos termos da Lei Maria da Penha. Contudo, as medidas de assistência e proteção limitam-se à mulher (CUNHA e PINTO, 2007).

Beiras et al (2011) elaboraram uma comunicação acerca do mapeamento dos programas que elaboram políticas públicas na América Latina e em Portugal. Demonstraram que, principalmente na América Latina, ainda privilegiam o atendimento a mulheres vítimas de violência. São iniciativas de entidades não governamentais que desenvolvem programas para o atendimento ao homem.

Em Portugal a legislação já prevê a atenção ao homem autor de violência. Todavia, os quatro programas visitados – três vinculados a universidades e um deles a um hospital psiquiátrico – apresentaram alguns enfrentamentos, como a deserção ao serviço, a carência de recursos financeiros, aspecto que também é uma dificuldade enfrentada pelos programas latinos, além da necessidade de profissionais instrumentalizados para lidar com o tema da violência. Trabalham na direção de atenuar os impactos da violência na vida dos sujeitos e de suas famílias, reduzin-

do e até cessando os comportamentos violentos, oportunizando novos posicionamentos frente a situações disparadoras de atos de violência. Tomando por base esses fatos, acredita-se que com a elaboração e o fortalecimento de políticas públicas e de intervenção que deem visibilidade ao homem autor de violência será possível promover a mudança nesse cenário. Desta maneira, poderão contar com o apoio de uma diretriz governamental que efetivamente direcione recursos e desenvolva projetos em prol da equidade dos atendimentos no enfrentamento da violência.



**SAIBA MAIS**

leia a Portaria MS Nº 1944, de 27 de agosto de 2009, sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>.

Iniciamos esta unidade apresentando as principais conferências e convenções nacionais e internacionais, com o objetivo de explicar historicamente como foram discutidos os assuntos relacionados à violência. Em seguida expusemos as leis que regem nosso país no que tange ao enfrentamento da violência. Por fim, contemplamos as políticas públicas, com o objetivo de subsidiá-lo a entender e discutir a temática da violência tanto tomando suas especificidades na legislação quanto a forma que interage na complexidade das políticas públicas.

BEIRAS, A.; RIED, J.; TONELI, M. J. F. Políticas públicas e programas de atendimento: homens autores de violência contra a mulher. In: CONGRESO IBEROAMERICANO DE MASCULINIDADES Y EQUIDAD: INVESTIGACIÓN Y ACTIVISMO, 2011, Barcelona. **Painel...** Barcelona, 7-8 out. 2011. 19p. Disponível em: <[http://www.cime2011.org/home/panel2/cime2011\\_P2\\_AdrianoBeiras\\_JulianaReid.pdf](http://www.cime2011.org/home/panel2/cime2011_P2_AdrianoBeiras_JulianaReid.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jul. 1984.

BRASIL. Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 jun. 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.886.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.886.htm)>. Acesso em 02 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936/GM de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 maio 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-936.htm>>. Acesso em 05 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal... **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em 09 out. 2013.

CUNHA, R. S.; PINTO, R. B. **Violência Doméstica**: Lei Maria da Penha (Lei nº. 11.340/2006) comentada artigo por artigo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2005. n. 10.

JARDIM, R. T. J.; BRAUNER, M. C. C. Esterilização Feminina: na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade. **Trabalho e Ambiente**, Caxias do Sul. v. 3, n. 5, jul./dez. 2005.

LACERDA, E. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

MACHADO, Lia Zanotta Eficácia e Desafios das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres: o futuro dos direitos à não violência. IN **Pesquisa Nacional Sobre as Condições de funcionamento das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres**. Brasília: CNDM/ Ministério da Justiça, 2001.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-7, maio/jun. 2004.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Resposta à violência baseada em gênero no Cone Sul**: avanços, desafios e experiências regionais, 2011. (Relatório regional) Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics\\_crime/Publicacoes/Respostas\\_Violencia\\_Genero\\_Cone\\_Sul\\_Port.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_crime/Publicacoes/Respostas_Violencia_Genero_Cone_Sul_Port.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2013.

OPAS (Organización Panamericana de La Salud). **Resolucion XIX: Violencia y Salud**. Washington, DC: Opas, 1993.

PANDJIARJIAN, Valéria. **Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil**. São Paulo, 2006. p.78-139. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/files/valeriapdf.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2013.

ROCHA, L. M. L. N. **Violência de gênero e políticas públicas no Brasil**: um estudo sobre as casas-abrigo para mulheres em situação de violência doméstica. 2005. 353f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís do Maranhão, 2005.

SANMARTÍN, J. **El labirinto de la Violencia**: causas, tipos y efectos. 2. ed. Barcelona: Ariel, 2004.

TRISTAO, K. M. et al. Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000200013&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 abril 2013.

Nesta unidade você conhecerá as principais diretrizes da Política Nacional de Humanização e compreenderá o quanto é importante proporcionar um ambiente acolhedor às pessoas em situação de violência.

## **2.1 Humanização e atenção às pessoas em situações de violência**

Atualmente se percebem muitos avanços em relação às políticas públicas dirigidas à atenção de mulheres vítimas de violência, com a estruturação de programas e instituições que buscam responder a essa demanda, embora se verifiquem deficiências e fragilidades que persistem no tempo. Muitas iniciativas concretizaram-se por meio de entidades e instituições de serviços específicos, como as Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), as Casas-Abrigo e os Centros de Atendimento Multiprofissionais, focando principalmente na violência física e sexual cometida por parceiros ou ex-parceiros contra as mulheres.



Entretanto, uma reflexão ainda se impõe: como tem sido realizado o atendimento às pessoas em situação de violência entre parceiros íntimos? (SANT; NAKANO; LETTIERE, 2010).

Alguns autores destacam que a atenção às mulheres em situação de violência tem se organizado de maneira fragmentada e pontual, além de que alguns serviços não estão preparados para atender aos envolvidos de maneira integral. De um modo geral, as vítimas de violência percorrem vários caminhos, em decorrência de um processo desarticulado dos serviços, transformando o que deveria ser um itinerário terapêutico de proteção da pessoa numa verdadeira via crucis, repleta de preconceitos e negação de direitos.

Em relação à assistência, o profissional de saúde tende a fragmentar ação e objeto de trabalho, reduzindo a abordagem da saúde (doença) aos saberes biomédicos desarticulados do contexto biopsicossocial (LACERDA, 1998).

## 2.2 Humanização da atenção e da gestão do SUS

Entender o locus que a Política Nacional de Humanização (PNH) ocupa no âmbito do SUS atualmente requer situá-la

historicamente no processo de construção da efetivação mais radical do sistema de saúde. Como apontam Pasche e Passos (2008), o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país, que em 1988 ganhou estatuto constitucional. Entretanto, a trajetória de construção dessa conquista tem enfrentado muitos obstáculos e desafios, tanto no que se refere à atenção aos usuários quanto no campo da gestão da saúde.



### LINK

Acesse o documento “Política Nacional de Humanização”. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)>.

Como um dos marcos iniciais desse debate da humanização no SUS, podemos apontar o final dos anos de 1990. Depois de uma década de funcionamento do SUS, a situação problemática em que se encontravam a atenção ao usuário e as condições de trabalho dos agentes de saúde – prejudicando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde – levou o Ministério da Saúde (MS) a inserir a humanização no SUS como pauta de

sua agenda institucional. Assim, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2000, a humanização se tornou pauta no debate do SUS, traduzida mais formalmente pela escolha do tema central: “Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Simultaneamente ao debate político, no mesmo ano, o Ministério da Saúde, sensível às manifestações setoriais e às diversas iniciativas locais de humanização das práticas de saúde, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa estimulava a disseminação das ideias da humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com realidades locais, com o objetivo de fomentar ações para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, porém restritas ao âmbito hospitalar e à dimensão assistencial, focando inicialmente em ações voltadas ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador. Inovador e bem construído, o programa tinha

forte ênfase na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades. No PNHAH o foco era a criação de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTH), cujo papel centrava-se na condução de um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana. Simultaneamente outras duas iniciativas do Ministério da Saúde surgiam, voltadas à humanização: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000) (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Entretanto, o fato de o PNHAH focar apenas instituições hospitalares e restringir-se à assistência, sem um método que avançasse efetivamente sobre a raiz das causas associadas ao quadro de esgotamento da saúde, levou o MS a extingui-lo em 2002. Ao analisar o sentido de humanização contido nos documentos do PNHAH, Deslandes (2004, p. 13) critica assinalando como:



### DESTAQUE

[...] aspecto fundamental e pouco explorado nos documentos (do PHNAH) diz respeito às condições estruturais de trabalho do profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência (DESIANDES, 2004, p. 13).

No início de 2003, após análise situacional do PNHAH, o MS decidiu fazer uma aposta na humanização como reencantamento do SUS, seu fortalecimento como política pública, incorporando o ideário da reforma sanitária. Assim nasceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que passou a ter status e espaço de política e incorporou definitivamente a ideia da integralidade no sistema, abrangendo todos os níveis de atenção e a inseparabilidade das práticas de atenção e de gestão.

Supera-se assim o nível de programa, assumindo a PNH ou HumanizaSUS um status de política em virtude de colocar-se transversalmente aos diferentes setores e programas do

Ministério da Saúde, focando na valorização da dimensão humana nas práticas de saúde como proposta para a produção de um plano comum no SUS.

Um dos maiores desafios da PNH, desde o início, tem sido o de conferir à humanização o sentido desejado pela política. Trata-se de um termo polissêmico, permitindo vários enunciados, permeados por várias imprecisões e conflitos de interpretações, refletindo distintas práticas de gestão e de atenção encontradas na saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009). É possível encontrar sentidos diversos nas produções sobre humanização, e que não correspondem ao seu marco ético-político. Sentidos associados à ideia de voluntarismo, assistencialismo, paternalismo, ou mesmo de caridade, ser bom e educado, entre outros, distanciam-se da PNH e provocam o que Fuganti (1990) aponta como práticas marcadas por ações individualizadas, tutelares e compassivas, absolutamente contrários àquele impresso na PNH.

O sentido de humanização proposto pela PNH é o da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo

de produção de saúde, valorização entendida como fomento da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade entre os sujeitos da saúde. Ao mesmo tempo, assume-se implicitamente o estabelecimento de vínculos solidários, de participação coletiva no processo de gestão, no mapeamento, e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, bem como a defesa de um SUS que reconhece a diversidade, sem quaisquer tipos de distinção (BRASIL, 2008).



**DESTAQUE**

Esse sentido de valorização dos sujeitos configura-se como um dos eixos fundamentais para o debate sobre políticas públicas voltadas a situações de violência, pois se colocam em foco os valores que balizam o olhar sobre a realidade das relações violentas e os princípios que sustentam as escolhas políticas e a estruturação das práticas de saúde no enfrentamento dessa realidade.

Para pensar a realidade das práticas de saúde, a PNH aponta para um processo de criação que envolve três dimensões: ética, porque implica a mudança de atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde em direção à corresponsabilização pela

qualidade das ações e dos serviços; estética, por se tratar do processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (SANTOS FILHO, 2009). Com a constatação de que o SUS está em construção – portanto, em movimento – e que há um SUS que dá certo, mas também apresenta grandes fragilidades e desafios a serem enfrentados, surgiram os princípios, o método, as diretrizes e os instrumentos de ação, os denominados dispositivos da PNH. A PNH ancora-se numa tríade de princípios articulados e indissociáveis:

- ▶ indissociabilidade entre modos de gestão e de atenção à saúde, que são mutuamente influenciados e determinados – ou seja, a política e a clínica são vistos como elementos inseparáveis, como dimensões presentes nas práticas de saúde;
- ▶ transversalidade de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde;
- ▶ autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos, que aposta na ação transformadora dos sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo.

Para dar sentido concreto a esses princípios, o HumanizaSUS elegeu o princípio da inclusão, amplificando-o e qualificando-o como método da tríplice inclusão:

- ▶ inclusão de sujeitos – inclusão de trabalhadores, usuários e gestores nos arranjos, processos e dispositivos de gestão, na clínica e na saúde coletiva;
- ▶ inclusão de coletivos, redes e movimentos sociais – o SUS se consolida tomando por base a experiência coletiva, como síntese da pluralidade de interesses e necessidades heterogêneas;
- ▶ inclusão de analisadores sociais – inclusão de acontecimentos, perturbações que produzem análise e rupturas, o que impõe aprender a lidar e gerir conflitos, entendidos como espaços de abertura, condição necessária à produção de mudanças (BENEVIDES; PASSOS, 2005; PASCHE, 2009).

Humanizar significa incluir as diferenças nos processos de gestão e de cuidado, construindo, de modo coletivo e compartilhado, novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Mas de que modo incluir? A PNH aposta

no diálogo, nas rodas de conversa, no incentivo a redes e movimentos sociais e na gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças. arranjos operativos para promover mudanças nos processos de trabalho. Essas diretrizes operacionalizam-se por meio de dispositivos e arranjos de processos de trabalho com os quais atua na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais. Na PNH foram desenvolvidos vários dispositivos postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão.

Então, quais são as diretrizes e os dispositivos da PNH? No quadro a seguir são apresentadas as principais diretrizes, com alguns dispositivos correspondentes. Porém, é importante ressaltar que no processo de produção de saúde a PNH incentiva a criação de novos dispositivos como ferramentas potencializadoras da transformação das práticas de saúde no SUS.

Quadro 1 – Diretrizes e dispositivos da PNH, 2013.

DIRETRIZES	DISPOSITIVOS
<p><b>ACOLHIMENTO</b> Escuta qualificada que possibilita analisar a demanda, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do (a) acionamento (articulação) das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e das redes externas, com outros serviços de saúde e de outros setores sociais, para a continuidade da assistência quando necessário.</p>	<p>Acolhimento com classificação de riscos;</p>
<p><b>CLÍNICA AMPLIADA</b> A ampliação da clínica implica: 1) tomar a saúde como seu objeto; 2) ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) articular o saber clínico e epidemiológico, assim como a história dos sujeitos; 4) considerar a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde na intervenção terapêutica.</p>	<p>Projeto Terapêutico Singular; Projeto de Saúde Coletiva; Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;</p>
<p><b>COGESTÃO</b> A cogestão busca a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e de decisão, bem como a implicação desses novos sujeitos nas tarefas da gestão.</p>	<p>Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Colegiado Gestor, Contrato de Gestão, Gerência “porta aberta”, Ouvidorias;</p>
<p><b>VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR</b> É incluir os trabalhadores nos processos de tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.</p>	<p>Programas de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), Comunidades Ampliadas de Pesquisa (CAP); Visita Aberta</p>
<p><b>DEFESA DOS DIREITOS DO USUÁRIO</b> Os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento dos direitos dos usuários e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e de decidir sobre compartilhar ou não sua situação de saúde com sua rede social.</p>	<p>Direito a Acompanhante</p>
<p><b>AMBIÊNCIA</b> Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado à atenção acolhedora, resolutiva e humana, a espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.</p>	<p>Projetos Co-Geridos de Ambiência</p>

Fonte: Diretrizes e dispositivos da PNH, 2013.

Na condição de política transversal no âmbito do SUS, a PNH se apresenta como um potente instrumento para pensar políticas e ações de atenção às pessoas envolvidas em situações de violência. Tais situações requerem sensibilidade e capacitação por parte das equipes de saúde na abordagem de problemas como o da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e na questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros), buscando tornar as práticas de saúde humanizadas. Ainda que modesta, observamos a preocupação da PNH em incluir a questão da sensibilização das equipes de saúde frente às situações de violência e em salientar a importância de oferecer um ambiente acolhedor e com privacidade para atender às pessoas que procuram as unidades de saúde.

A política vai, além disso, focar como prática humanizadora outros pontos essenciais à efetiva implementação. No caso dos serviços que prestam Atenção Básica, por exemplo, propõe-se a elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do

consumo de medicamentos, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedora (FORTES, 2004).

Estudos apontam que a fragmentação e os processos de trabalho sem a participação dos trabalhadores de saúde e usuários dificultam as relações entre os diferentes trabalhadores dessa área e entre estes e os usuários. Além disso, interferem no trabalho em equipe, assim como no preparo para lidar com as questões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção à saúde. O que geralmente ocorre é um atendimento acompanhado de modos de atenção baseados apenas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários e fortalecendo a valorização somente na doença. Desse modo, não se estabelece o vínculo com acolhimento, tão fundamental e que permite, efetivamente, a responsabilidade pelas ações de saúde. Goulart e Chiari (2010) apontam que é necessária uma reformulação estrutural, conceitual e ideológica desse processo para que os profissionais tenham condições pessoais e profissionais para atuar de maneira humanizada.

Da mesma forma, é essencial que os prestadores de serviço (aqueles que já atuam nos serviços de saúde) tenham espaço e condições de trabalho para promover a inovação e diversificação das ações historicamente praticadas em relação à promoção da saúde. Deste modo, é fundamental o incentivo e a aderência dos gestores públicos e privados das instituições ligadas ao setor de saúde, e que os usuários atuem como protagonistas dos processos que envolvem a formulação e implementação das ações de saúde.

Considerando que a pessoa que sofre violência requer uma atenção qualificada, que possibilite uma escuta atenta, com o estabelecimento de vínculo com o profissional, a garantia de defesa de seus direitos, de um atendimento livre de preconceitos, numa abordagem interdisciplinar, ressalta-se a importância de articular ações de enfrentamento da violência com as diretrizes e os dispositivos da humanização.



#### SAIBA MAIS

Para conhecer detalhadamente as diretrizes e os dispositivos, você pode acessar o Caderno de Textos – Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf)>.

Nesta unidade abordamos os princípios e o método da inclusão da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Foram discutidas também as suas diretrizes como caminhos que orientam as estratégias operativas, os denominados dispositivos. Tratamos também de algumas dificuldades encontradas para a implementação da política e o que pode contribuir para a sua aderência.

BLACK, M. C. Intimate Partner Violence and Adverse Health ConBENEVIDES, R.; PASSOS, E. A. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. **Relatório final**. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2013.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902004000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 set. 2013.

FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, A. (org.) **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010, p. 255-268.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.

LACERDA, E. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 out. 2013.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Editora Unijuí, 2009.

Nesta unidade você terá a oportunidade de refletir sobre os impasses e as possibilidades inerentes à atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

### **3.1 Invisibilidade da violência na atenção básica**

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central, que é de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e (ou) de minorar seus danos e sofrimentos e se responsabilizar pela resposta, ainda que ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).



#### **DESTAQUE**

Desvelar os casos de violência que chegam aos serviços de saúde é, portanto, fundamental para o cuidado integral de qualidade às pessoas em situação de violência.

Múltiplas são as consequências decorrentes das situações de violência vividas entre parceiros íntimos. Esse impacto se apresenta na vida das mulheres como traumas,

gravidezes indesejadas e repetidas, doenças sexualmente transmissíveis, hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias, distúrbios gastrointestinais crônicos e depressão. Diante de tantos reflexos negativos sobre a vida da mulher, a violência muitas vezes leva ao óbito, tanto por homicídio quanto por suicídio.

Em relação aos homens, o estudo conduzido por Coker et al (2002) concluiu que a violência física ocasionada pela parceira íntima representou pior autopercepção de saúde, maiores taxas de sintomas depressivos, uso abusivo de álcool e outras drogas, doença mental crônica e lesões em comparação com aqueles que não vivenciaram esse tipo abuso.

Tanto para os homens quanto para as mulheres as consequências da violência são traduzidas, sobretudo, pelo surgimento de múltiplas queixas somáticas, aspecto particularmente negativo que se refere ao fato de a violência ainda ser pouco abordada pelos profissionais de saúde, em decorrência de múltiplos fatores culturais, sociais, políticos e

técnicos. Do ponto de vista cultural, a violência ainda representa um tabu, o que contribui para manter-se velada. O despreparo dos profissionais para perceber sinais e auxiliar no enfrentamento das situações de violência, bem como a fragilidade das políticas e dos programas, prejudica a organização de uma atenção qualificada a essas situações.



**IMPORTANTE**

Apesar do crescente reconhecimento da violência como um problema de saúde, e de suas consequências na vida das pessoas, por que os profissionais de saúde ainda encontram dificuldades para identificar, acolher e atender homens e mulheres em situação de violência conjugal?

Os serviços de saúde são estratégicos no que diz respeito à assistência integral necessária em situação de violência e nas ações de prevenção, uma vez que estão comprovadas as repercussões da violência sobre a saúde. Porém, o atendimento a situações de violência no âmbito da saúde permanece invisível. Assim, mesmo estando em posição privilegiada para identificar

sinais e sintomas de violências intrafamiliares nos seus processos de trabalho, esta parece não ser ainda uma prática corrente entre os profissionais de saúde da Atenção Básica.



### DESTAQUE

A violência doméstica, embora presente na maioria das sociedades, continua um fenômeno invisível, sendo por muitas vezes aceito socialmente como normal, ou seja, como uma situação esperada e costumeira (WHO, 2005).

Muitos estudiosos dedicam-se a investigar as causas da invisibilidade da violência na Atenção à Saúde apontando algumas situações que contribuem para permanência da violência como tal, conforme listamos a seguir.

- ▶ Muitas vezes existe dificuldade da vítima em revelar situação de conflito com seu companheiro durante o atendimento (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).
- ▶ Há também os que apontam para o fato de que os profissionais pouco questionam sobre situações conflituosas vividas no âmbito doméstico (MARI-NHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2013).

- ▶ A ausência de linguagem comum gera, de um lado, o não reconhecimento dos profissionais de que a violência contra a mulher é um problema de Atenção à Saúde, em especial de Atenção Básica, e que necessita de intervenção e, de outro, na perspectiva das usuárias, esses profissionais dialogam somente na linguagem da doença, o que torna a comunicação dos fatos ainda mais difícil.
- ▶ Em algumas ocasiões, mesmo quando há uma verbalização sobre a situação de violência, durante o atendimento os profissionais acabam por desqualificar a queixa da mulher que sofre violência, alegando ser problema de ordem pessoal.
- ▶ Há ainda que se destacar a dificuldade em abordar esse tema, tanto por parte das mulheres agredidas quanto por parte dos profissionais da saúde, pois estes devem estar sensibilizados com o tema para conduzir adequadamente os casos de violência. (HASSE, MELONI, 2014).



### IMPORTANTE

Diante das questões elencadas anteriormente, é possível que você esteja se perguntando: Como devo atuar frente a um caso de violência por parceiro íntimo?

A Atenção Básica tem muito a oferecer no que diz respeito à promoção da saúde, à prevenção e à atenção às pessoas em situação de violência. Tratamos aqui das potencialidades da atenção primária para a intervenção sobre o problema numa perspectiva integral (TOLEDO, 2013).



**DESTAQUE**

A promoção da saúde e da cultura de paz segundo Buss (2000) pode ser entendida como diversas ações que buscam o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua.

“A ONU em 1999 definiu cultura de paz como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social” (BRASIL, 2009f, p. 5).

Você como profissional da Atenção Básica deve estimular as capacidades, o autocuidado e a ajuda mútua, além de auxiliar famílias e grupos a se responsabilizarem e se comprometerem

em adotar um estilo de vida saudável, reforçando a ação comunitária e ambientes favoráveis à paz e à manutenção da saúde. Quanto à prevenção da violência, os esforços podem assumir diferentes ações, você, a fim de evitar que a violência ocorra, pode organizar campanhas educativas e dar orientações a casais em situação de risco. A partir do momento que a violência já ocorreu, nesta fase é importante que você esteja atento para os sinais e sintomas da violência possibilitando a abordagem clínica, o tratamento e os encaminhamentos necessários para diminuir as sequelas e traumas.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem ser importantes aliados nesta etapa, pois o acompanhamento domiciliar dos casais conflituosos pode ser uma importante estratégia de formação de vínculo e redução de dano.



**LINK**

Conheça aqui algumas experiências exitosas dos ACS frente à detecção dos casos de violência. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a22.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a22.pdf).

O MS aponta a importância, antes de tudo, de escutar, acolher e apoiar. O próprio reconhecimento da legitimidade do sofrimento e do abuso de que o usuário foi ou é vítima já significa a abertura de um caminho de suporte, que pode representar toda a diferença na vida das pessoas em situação de violência (BRASIL, 2010c).



#### MAIS CONHECIMENTO

A atenção à saúde de qualidade e o acesso à assistência integral são direitos das pessoas em todos os momentos de suas vidas, sobretudo quando vivenciam situações de violência. O profissional de saúde deve romper com o enfoque medicalizante e biologicista hegemônico e adotar definitivamente a integralidade e a humanização na assistência, que neste caso também exige dos profissionais o conhecimento das instituições de suporte às violências, para que possam referenciá-las quando necessário.

O atendimento multiprofissional e interdisciplinar pode surtir amplo efeito sobre a saúde física, psicológica e reprodutiva, tornando os envolvidos sujeitos capazes de obter seus direitos e de exercer plenamente sua cidadania.

Podemos concluir que em todos os casos – excetuando situações de risco eminente – a equipe precisa oferecer orientações individualizadas e suporte para que a pessoa em situação de violência possa ter melhor compreensão do processo que está vivendo, analisar os possíveis caminhos para o enfrentamento e a resolução da situação de violência vivida, para então tomar a decisão que lhe seja mais adequada (BRASIL, 2001b, p. 27).



#### DESTAQUE

Ressalta-se ainda a importância da notificação da violência na Atenção Básica, com o objetivo de visibilizar os casos atendidos como instrumento de reconhecimento de que o setor de saúde pode se configurar como uma porta de entrada para a atenção a parceiros íntimos em situação de violência.

Essa notificação compulsória, de acordo com a Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011c), realizada por meio da ficha disponibilizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), permite obter informações para a tomada de decisão e a análise da morbimortalidade

da população. Além disso, revela a magnitude, a tipologia, a gravidade e o perfil das pessoas envolvidas, contribuindo para que a violência perpetrada saia do silêncio.



LINK

Acesse o documento “Ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências”. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha\\_Viol\\_5\\_1\\_Final\\_15\\_06\\_15.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha_Viol_5_1_Final_15_06_15.pdf)>.

Essa atividade deve ser feita de maneira ética, cuidadosa e sigilosa, numa linguagem acessível e que transmita confiança, com o foco de que é papel do profissional de saúde esclarecer ao usuário que as informações somente serão utilizadas para fins epidemiológicos e de gestão do SUS.

### 3.2 Ética e sigilo

Durante todo o processo de atendimento os profissionais de saúde precisam manter uma preocupação ética com a qualidade da intervenção e suas consequências. Às vezes o

atendimento na Atenção Básica representa a primeira instância de divulgação de uma situação de violência e constitui a oportunidade de o profissional de saúde diagnosticar os riscos para a saúde e o bem-estar dos envolvidos na situação de conflito. Considerando que a função do profissional de saúde é agir no melhor interesse do usuário, podemos apontar alguns princípios bioéticos oriundos da cultura anglo-saxônica e que têm pautado as formulações éticas no âmbito da clínica. A seguir estão listados e descritos os quatro princípios da ética biomédica cunhados por Beuchamp e Childress (2002).

- ▶ **Beneficência** – maximizar os possíveis benefícios dos atos praticados e minimizar as possíveis consequências do agravo.
- ▶ **Não maleficência** – prevenir, impedir ou pelo menos minimizar os prejuízos que podem ocorrer ao usuário em função do próprio atendimento, evitando causar maior dano à vítima.
- ▶ **Autonomia** – assegurar ao usuário o direito de participar da escolha, de modo esclarecido, das alternativas que possam preservar sua integridade física, psíquica e social.

- ▶ **Justiça** – garantir igualdade de direitos, respeito às diferenças individuais e liberdade de expressão.

Esses princípios éticos são deveres independentes, não excludentes, cujo exercício é condicionado às circunstâncias do atendimento nos diversos momentos de sua execução (HIRSCHHEIMER e BARSANTI, 2011). Entretanto, nesse contexto, outros princípios éticos são fundamentais para garantir a atenção integral aos sujeitos envolvidos na situação de violência. Dentre eles, destacam-se os que seguem.

- ▶ **Sigilo e segurança** – o compromisso da confidência é fundamental para conquistar a confiança do usuário. O manejo e as ações da equipe devem incluir mecanismos para proteger o segredo das informações, visto que o respeito a esse princípio ético encoraja homens e mulheres em situação de violência a procurarem ajuda, além de proteger a vítima da discriminação que pode resultar da revelação de informações pessoais.
- ▶ **Intervenção e não dano** – abordar situações de violência intrafamiliar significa desbravar um caminho complexo e delicado. O ato de expor detalhes pessoais e dolorosos ao outro pode fragilizar ainda mais a pessoa vitimada, provocando fortes reações

negativas. Portanto, o profissional deve estar consciente dos efeitos de sua intervenção e capacitado a adquirir, acima de tudo, uma atitude compreensiva e não julgadora, que contribua para evitar o dano. Também é papel do profissional evitar o questionamento repetido à pessoa agredida, sobre o mesmo aspecto do problema, a fim de impedir que se forme um processo de revitimização.

- ▶ **Tempo e decisões pessoais** – ao sofrer violência, cada pessoa lida com essa situação com as condições emocionais e materiais de que dispõe. Muitas vezes o fato de ela solicitar auxílio não significa que está apta a colocá-lo em prática, em razão dos complexos efeitos da violência sobre sua saúde mental. Não é papel do profissional acelerar esse processo ou tentar influenciar as decisões das pessoas, muito menos as culpabilizar por permanecerem na relação de violência, mas sim confiar e investir na sua capacidade para enfrentar os obstáculos (BRASIL, 2001b).



#### SAIBA MAIS

Leia o artigo “Bioética e Atenção Básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da família, São Paulo, Brasil”. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf>>.

A atenção à violência consiste atualmente em uma necessidade prioritária da saúde. No contexto do trabalho em saúde, volta-se a atenção ao fato de que os profissionais da Atenção Básica precisam conhecer o interior do problema, seja na escuta qualificada, em procedimentos diversos, ou mesmo no breve contato na recepção do serviço de saúde. O atendimento em saúde regido pelos princípios éticos apresentados resultaria na reorientação da assistência cotidiana, sobretudo frente a um cuidado integral e ético perante as relações interpessoais.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jan. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COKER, A. L. et al. Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Wom. **Am J Preventive Med**. v. 24, n. 4, p. 260–268, 2002.

EUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

HASSE, MARIANA; MELONI VIEIRA, ELISABETH Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados Saúde em Debate, vol. 38, núm. 102, 2014, pp. 482-493 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil

HIRSCHHEIMER, M. R.; BARSANTI, C. Fundamentos éticos e legais do atendimento a vítimas de violência. In: **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Brasília: CFM, 2011. 172 p.

LIMA, D. C.; BÜCHELE F.; CLÍMACO, D. A. Homens, Gênero e Violência Contra a Mulher. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/08.pdf>> Acesso em: 13 out. 2013.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 out. 2013.

SCHRAIBER, L. A. F. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54.

TOLEDO, L. M.; SABROZA, P. C. S. (Org.) **Violência: orientações para profissionais da Atenção Básica de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013. 36 p 003.

WHO (World Health Organization). **Multicountry Study on woman's health and domestic violence against women**. Genebra: World Health Organization, 2005.

**ELZA BERGER SALEMA COELHO**

Professora associada da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). É Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do grupo de pesquisa Violência e Saúde, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – mestrado e doutorado, onde ministra disciplina e orienta na área de violência e saúde. Desenvolve atividades de extensão na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) como coordenadora de Curso de Especialização a distância. Atualmente desenvolve projeto junto ao Ministério da Saúde – na área temática saúde do homem e da mulher – em parceria com a UFSC, em capacitação em violência para profissionais da Atenção Básica.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3980247753451491>>

**CAROLINA CARVALHO BOLSONI**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Mestra em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2012). Doutoranda do Programa dos autores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Atualmente desenvolve atividades junto à Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – UNASUS/UFSC. Desenvolve função de coordenação de ensino no Curso de Atenção a Homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Área de pesquisa: Saúde do Idoso. Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6654871617906798>>

**THAYS BERGER CONCEIÇÃO**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Mestre em Saúde Coletiva. Desenvolveu função de coordenação de ensino no Curso de Atenção a Homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos.

Área de pesquisa: Violência e Saúde. Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8067887275425001>>

**MARTA INEZ MACHADO VERDI**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1981). Especialista em Saúde Pública (1988). Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1993). Concluiu Doutorado em Enfermagem, na área de Filosofia da Saúde, pela Universidade Federal de Santa Catarina em 2002, tendo realizado Estágio de Doutorado Sanduíche na Università degli Studi di Roma La Sapienza com Giovanni Berlinguer (1998–2000). Desde 1993 é professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. É professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina desde 2003, desenvolvendo as linhas de pesquisa em Bioética Social, Modelos Conceituais e Promoção da Saúde, e Participação e Controle Social em Saúde. Atualmente é líder do

Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva – NUPEBISC/UFSC. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, Estratégia Saúde da Família e Educação em Saúde. Exerceu a função de coordenadora do Programa dos autores de Residência Integrada em Saúde da Família da UFSC de 2004 a 2007 e de vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública no período de 2007 a 2008. Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9380432028318045>>.