

Análise dos artigos que abordam o tema da violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha



Trabalho de Conclusão de Curso

Autora: Ana Cléia Gonçalves de Aguiar

Orientadora: Professora Ludmila Fontenele Cavalcanti



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social
Departamento de Políticas Sociais e Serviço Social Aplicado

Ana Cléia Gonçalves de Aguiar

Análise dos artigos que abordam o tema da violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ludmila Fontenele Cavalcanti

Rio de Janeiro

2007

Dedicatória

A Deus, pela oportunidade de ingresso no vestibular e me conceder força para atravessar esses quatro anos.

Aos meus pais, Maria Marlene Azevedo e Geraldo João de Aguiar, por renunciarem suas vontades para custear meus estudos. Principalmente à minha mãe pelo apoio incessante nesse período.

Ao meu amigo e namorado, André de Carvalho Conceição, por ter surgido no momento que mais precisava de apoio. Obrigada pelos momentos de descontração e por sempre acreditar em mim.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio e pelos momentos que renovaram minhas forças para prosseguir.

A minha orientadora, Ludmila Fontenele Cavalcanti, pela leitura crítica e considerações sempre pertinentes. Agradeço pelo aprendizado nesse período na pesquisa.

Resumo

Essa pesquisa consiste no trabalho de conclusão de curso da Escola de Serviço Social da UFRJ integra a linha de pesquisa: Prevenção da violência sexual: avaliando a atenção primária no PAISM que está vinculado ao Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino da Escola de Serviço Social da UFRJ. Tem como objetivo analisar os artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha; além de mapear os artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha; caracterizar os artigos selecionados; e ampliar o conhecimento sobre violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha. Esta pesquisa se constitui num estudo bibliográfico, de abordagem quantitativa e qualitativa onde foram analisados artigos publicados nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Elsevier Doyma. No Brasil, 10% das mulheres em São Paulo e 14% na Zona da Mata relataram terem sido forçadas fisicamente a ter relações sexuais contra a vontade (Souza & Adesse, 2004). Conforme o Instituto da Mulher, na Espanha, uma em cada sete mulheres vivenciaram situação de violência (Blanco, 2006). Esses dados indicam que a violência sexual é um fenômeno comum nestes países. A atenção primária em saúde constitui-se em um espaço singular de atendimento à mulher em situação de violência sexual. No nível primário podem ser promovidas ações de prevenção, que propiciam subsídios para a mulher não vivenciar uma situação de violência sexual ou romper com este ciclo. Segundo a Norma Técnica (2005), os profissionais devem estar capacitados para apoiar pessoas e famílias no reconhecimento do problema da violência contra a mulher. Neste contexto está inserido o assistente social que, assim como os demais profissionais de saúde, deve estar qualificado para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Na abordagem quantitativa, foram investigadas as seguintes categorias: ano de publicação, local de publicação, palavra-chave, sexo do primeiro autor e vínculo com pós-graduação. Na abordagem qualitativa, foram estudadas as seguintes categorias: conceito de violência sexual, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, abrangência, coordenação da atenção, alternativas de prevenção. No perfil dos artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma, observou-se, quanto ao ano de publicação, que nos artigos da base de dados BVS houve um discreto predomínio nos anos 2005 e 2006, enquanto nos artigos da base de dados Elsevier Doyma predominou o ano de 2004. Quanto ao sexo do primeiro autor, houve semelhança entre os artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma, predominando o sexo feminino. Também houve convergência nos artigos das duas bases de dados em relação ao vínculo com pós-graduação, foi identificado que poucos autores pertencem a núcleos de pós-graduação. Houve convergência quanto ao conceito de violência sexual nas duas bases de dados, notou-se que os núcleos de sentido: violência de gênero e problema de saúde pública são comuns as duas bases de dados. Um número expressivo de artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma abordaram o primeiro contato. Observou-se um número pouco expressivo de artigos nas duas bases de dados que abordaram a categoria longitudinalidade. Foram identificadas diferenças na abordagem da integralidade entre os artigos da base de dados BVS e Doyma. Apenas 2 autores da base de dados BVS abordou essa categoria, enquanto 10 artigos da base de dados Elsevier Doyma abordaram a mesma categoria. Poucos artigos das bases de dados BVS e Elsevier Doyma abordaram a categoria abrangência. Um número pouco expressivo de artigos das bases de dados BVS e Elsevier Doyma abordaram a categoria coordenação da atenção. Em relação às alternativas de prevenção da violência sexual foram identificados 4 núcleos de sentido em cada uma das bases de dados. Considerou-se que a abordagem dos autores reafirma a atenção primária como espaço privilegiado na identificação e acompanhamento das mulheres em situação de violência sexual. Esse estudo ressalta que são necessárias investigações de abordagem quantitativa e qualitativa para aprofundar os estudos sobre essa temática. A ampliação dos estudos pode contribuir para mensurar o fenômeno; demonstrar as consequências para saúde da mulher em situação de violência sexual; e apontar alternativas de prevenção da violência sexual. As ações de enfrentamento da violência sexual no Brasil e Espanha podem contribuir para a formulação e implementação de novas políticas públicas voltadas ao atendimento da mulher em situação de violência sexual.

Sumário

LISTA DE QUADROS	6
LISTA DE TABELAS	7
ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	9
1. A VIOLENCIA SEXUAL CONTRA A MULHER	13
1.1 Violência sexual como uma das expressões de violência de gênero	13
1.2 Magnitude da violência sexual	15
1.3 Os impactos da violência sexual para a saúde da mulher	17
1.4 Violência sexual no Brasil	19
1.5 Violência sexual na Espanha	21
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIOLENCIA SEXUAL	23
2.1 Bases conceituais da atenção primária	23
2.2 Atenção primária na Espanha	25
2.3 Atenção primária no Brasil	26
2.4 Atenção primária como um nível de prevenção da violência sexual	28
3. PERCURSO METODOLÓGICO	30
4. ANÁLISE DOS ARTIGOS	34
4.1 Perfil dos artigos	34
4.2 Conceito de violência sexual	42
4.3 Bases conceituais da atenção primária	48
4.4 Alternativas de prevenção da violência sexual	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXO	89
Anexo A - Banco de Dados	89

Lista de quadros

Quadro 1 - Artigos pesquisados na base de dados BVS por palavra-chave
32

Quadro 2 - Artigos pesquisados na base de dados Elsevier Doyma por palavra-chave
33

Lista de tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por ano de publicação	34
Tabela 2 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por ano de publicação	35
Tabela 3 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por local de publicação	35
Tabela 4 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por local de publicação	36
Tabela 5 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por palavras-chaves	37
Tabela 6 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por palavras-chaves	38
Tabela 7 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por sexo do primeiro autor	39
Tabela 8 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por sexo do primeiro autor	40
Tabela 9 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por vínculo com pós-graduação	40

Abreviaturas

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

PAISM - Programa à Assistência Integral à Saúde da Mulher

PSF - Programa de Saúde da Família

SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SUS - Sistema Único de Saúde

Introdução

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo a análise dos artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária e violência sexual no Brasil e na Espanha. O objetivo geral desse estudo consistiu em analisar os artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha. Pretendeu-se mapear os artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha; caracterizar e analisar os artigos selecionados; e ampliar o conhecimento sobre a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha.

Este trabalho de conclusão de curso está vinculado ao Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino e à pesquisa Prevenção da Violência Sexual: Avaliando a Atenção Primária no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), integrante do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS): Gestão Compartilhada em Saúde, apoiado pelo Ministério da Saúde, CNPq e FAPERJ. Essa foi desenvolvida junto a profissionais de saúde inseridos em três Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro e em sete equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

Os resultados apontam que os profissionais retiram a função preventiva da unidade primária de saúde ao conferir a prevenção da violência sexual a outras instituições. A atenção primária ainda não é reconhecida como um espaço de prevenção e atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Esta concepção aparece nas percepções dos profissionais que identificam como porta de entrada das situações de violência sexual primeiramente as Delegacias Especializadas da Mulher, o Instituto Médico Legal ou os serviços de emergência, seguidos da consulta médica e dos grupos de discussão. O Serviço Social, a Ginecologia, o Planejamento Familiar e o Pré-natal são percebidos como espaços privilegiados de identificação das situações de violência sexual no uso da unidade de saúde como primeiro contato.

A violência sexual é concebida neste projeto como qualquer ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, atos referentes ao tráfico sexual, ações direcionadas contra a sexualidade de uma pessoa utilizando a coação, sendo praticada por qualquer pessoa independentemente de relação afetiva, em qualquer local, incluindo o ambiente familiar e de trabalho, mas não se limitando a estes

(OMS, 2002). A violência sexual traz conseqüências para a saúde física, psicológica e social da mulher, tais como: danos físicos, doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS, gravidez indesejada, e associa-se com a síndrome da desordem pós-traumática (Drezett, 2000).

No Brasil, 10% das mulheres em São Paulo e 14% na Zona da Mata relataram terem sido forçadas fisicamente a ter relações sexuais contra a vontade (Souza & Adesse, 2004). Conforme o Instituto da Mulher, na Espanha, uma em cada sete mulheres vivenciaram situação de violência (Blanco, 2006). Portanto, a violência sexual é um fenômeno comum nestes países.

A magnitude da violência sexual contra a mulher nestes países foi determinante na escolha do objeto de pesquisa. O interesse pelo estudo deste fenômeno surgiu a partir da inserção na pesquisa Prevenção da Violência Sexual: Avaliando a Atenção Primária no PAISM. A construção do banco de dados com periódicos referentes à atenção primária e violência sexual possibilitou identificar a baixa produção teórica sobre o tema da violência sexual na atenção primária no Brasil.

A atenção primária em saúde constitui-se em um espaço singular de atendimento a mulher em situação de violência sexual. Este nível identifica o estado inicial de uma enfermidade, atuando sobre problemas específicos e realiza ações de prevenção. Dessa forma, impede os fatores de risco e o agravamento das conseqüências destes à saúde (Starfield, 2002). Segundo Starfield, *presume-se que as unidades de atenção primária tenham uma porcentagem maior de consultas classificadas como relacionadas à prevenção.* (2002:110). No nível primário são promovidas ações de prevenção, que propiciam subsídios para a mulher não vivenciar uma situação de violência sexual ou romper com este ciclo.

O objeto de estudo está articulado à formação profissional do assistente social. Pesquisar o tema da violência sexual possibilita conhecer a realidade através da dimensão investigativa que qualifica a intervenção profissional. A intervenção profissional do assistente social pode contribuir para a articulação das políticas públicas que compõem a rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual. A aproximação teórica do tema pode propiciar uma prática mais qualificada a viabilizar os direitos das usuárias. Conforme Iamamoto,

hoje exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los. (1998:113).

Constituem competências do Assistente Social: elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares. (CRESS, 2003: 33). A aproximação com o tema da violência sexual possibilita que o assistente social seja um profissional qualificado e propositivo para formular e executar políticas sociais.

Segundo a Norma Técnica, de 2005, os profissionais devem estar capacitados para apoiar pessoas e famílias no reconhecimento do problema da violência contra a mulher. Neste contexto está inserido o assistente social que, assim como os demais profissionais de saúde, deve estar qualificado para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual. A Norma Técnica preconiza que

é desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos (as), psicólogos (as), enfermeiros (as) e assistentes sociais (...). Ainda que cada um destes profissionais cumpra papel específico no atendimento à mulher, todos devem estar sensibilizados para as questões da violência contra a mulher e violência de gênero, e capacitados para acolher e oferecer suporte as suas principais demandas. (Ministério da Saúde 2005: 11).

O primeiro capítulo apresenta os elementos conceituais da violência sexual contra a mulher como uma expressão da violência de gênero. Aborda a magnitude da violência sexual e os seus impactos nas diferentes esferas da vida da mulher. Apresenta ainda o fenômeno da violência sexual contra a mulher no contexto da sociedade brasileira e espanhola.

O segundo capítulo aborda a atenção primária e a violência sexual. Nesse contexto, primeiramente foram apresentadas as bases conceituais da atenção primária. No segundo momento, foi traçado um panorama sobre a atenção primária na Espanha e no Brasil. Por fim, a atenção primária foi descrita como um nível potencial de prevenção da violência sexual.

O terceiro capítulo refere-se ao percurso metodológico, onde estão descritos os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento desse trabalho. Esta pesquisa se constitui num estudo bibliográfico, de abordagem quantitativa e qualitativa onde foram analisados artigos que abordam o tema da violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha publicados nas bases de

dados Biblioteca Virtual de Saúde e Elsevier Doyma. Foram realizadas análises de abordagem quantitativa e qualitativa. As categorias ano de publicação, local de publicação, palavra-chave, sexo do primeiro autor e vínculo com pós-graduação foram analisadas sob a perspectiva quantitativa. Já, as categorias conceito de violência sexual, alternativas de prevenção, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, abrangência e coordenação da atenção foram estudadas sob a perspectiva qualitativa.

O quarto capítulo dedica-se a análise dos artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha. Foi realizada a caracterização através do perfil dos artigos analisados. Nesse perfil foi construído um cenário dos artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma. Também foi realizada a análise do conceito de violência sexual; as bases conceituais da atenção primária e as alternativas de prevenção da violência sexual.

As considerações finais apresentam os principais resultados da pesquisa, assim como propostas de ampliação do debate sobre violência sexual contra a mulher no âmbito da atenção primária.

1. A violência sexual contra a mulher

1.1 Violência sexual como uma das expressões de violência de gênero

O termo gênero originou-se no movimento feminista norte-americano como mecanismo de rejeição ao determinismo biológico engendrado na utilização dos termos “sexo” e “diferença sexual”. Conforme REDEH (2006), as diferenças biológicas entre o corpo feminino e o corpo masculino foram se traduzindo em desigualdades inaceitáveis. A partir da década de 1970, houve um posicionamento crítico por parte de algumas autoras feministas quanto à produção teórica do movimento feminista, pois concebiam os estudos sobre mulheres de forma restrita (Scott, 1988). Segundo Gomes,

o termo gênero tem ligação direta com o feminismo e está vinculado, conceitual e politicamente, com o movimento de mulheres contra a secular opressão patriarcal que as tem impedido de oferecer à sociedade sua contribuição peculiar. (2005: 119).

O conceito de gênero salienta a diferença entre gênero e sexo. O sexo refere-se à diferença anatômica expressa no corpo, enquanto gênero está relacionado à construção social, material e simbólica. Saffioti salienta que

gênero também diz respeito a uma categoria histórica, cuja investigação tem demandado muito investimento, podendo ser concebido em várias instâncias: como aparelho semiótico; símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva; como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades; como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem mulher, mas também relações homem-homem e mulher-mulher. (1999:1).

Gênero faz referência a um sistema de papéis e relações entre mulheres e homens, fundamentado no contexto social, cultural, político e econômico. É estabelecido, por formas próprias de homens e mulheres se comportarem, sendo estas específicas de cada sexo, nomeadas de papéis sexuais. As “características masculinas” são: agressividade, iniciativa, comando e as “características femininas” passividade, obediência, fraqueza. *As mulheres são socializadas para conviver com*

a impotência; os homens – sempre vinculados à força – são preparados para o exercício do poder. (Saffioti, 1999: 87).

Os papéis do feminino e masculino não são baseados em fundamentos biológicos, mas sim, são resultantes da socialização e se estabelecem nas construções sociais (REDEH, 2006).

A expressão violência de gênero compreende violências baseadas em esteriótipos e preconceitos. (REDEH, 2006: 21). Nesse sentido, Marinheiro afirma que

a violência praticada contra as mulheres é conhecida como violência de gênero, porque se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade. Incluem-se a agressão física, sexual, psicológica e econômica. A desigualdade de poder entre gêneros estaria na gênese de situações de disputa e de ocorrência de violência. (2006: 2).

A violência de gênero é definida como qualquer ação que acarreta em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção e privação da liberdade (Souza & Adesse, 2004). Este tipo de violência é fundamentado nas relações de poder, onde aquele que detém o poder visa o controle daquele que não possui o poder (Araújo, 2002). Dessa forma, a violência de gênero, até mesmo em suas modalidades intrafamiliar e doméstica, é proveniente de uma organização social de gênero que privilegia o masculino (Saffioti, 1999). Conforme REDEH,

a violência de gênero é um problema mundial ligado ao poder, privilégios e controle masculinos. Atinge as mulheres independentemente de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social. O efeito é, sobretudo, social, pois afeta o bem-estar, a segurança, as possibilidades de educação e desenvolvimento pessoal e a auto-estima das mulheres. (2001:3).

A violência de gênero pode ser perpetrada por um homem contra outro, por uma mulher contra outra mulher e por um homem contra uma mulher (REDEH, 2006). De acordo com Saffioti, *o vetor mais amplamente difundido da violência de gênero caminha no sentido homem contra mulher, tendo a falocracia como caldo de cultura.* (1999: 83).

Segundo estimativas do Banco Mundial em relação ao conjunto dos indicadores de doenças, a violência de gênero leva a perda de um a cada cinco dias de vida perdidos para as mulheres em idade reprodutiva (Deslandes, 1997). Kronbauer & Meneghel ressaltam que

a violência de gênero pode repercutir na saúde reprodutiva: o risco de aborto espontâneo é duas vezes maior e é quatro vezes maior o risco da criança nascer com baixo peso. (...) pode estar relacionada a suicídio, homicídio e mortalidade materna. (2005:700).

Apesar da alta prevalência e das graves consequências da violência de gênero, esta sofre uma invisibilidade de origem social, como por exemplo, a concepção de que a violência perpetrada por parceiro íntimo é de ordem privada e deve ser solucionado pelo casal (Marinheiro, 2006).

A violência sexual pode ser compreendida como uma das expressões da violência de gênero. Segundo Souza & Adesse (2004), para realizar um diagnóstico da violência sexual é necessário delimitar este conceito e seu impacto baseado na violência de gênero. Esta violência é praticada utilizando a força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça e outros instrumentos que anulem ou imponham limites à vontade pessoal.

Conforme Gomes (2005), a violência sexual, concebida a partir das relações de gênero, está associada à dominação, opressão estruturalmente construída e reproduzida pela sociedade. Schraiber & D'Oliveira afirmam que

a violência contra a mulher diz respeito, pois, a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Como termo genérico, agora para referir à situação experimentada pelas mulheres, quer remeter também a uma construção de gênero, isto é, se em primeiro lugar evidencia uma dada ocorrência sobre as mulheres, também quer significar a diferença de estatuto social da condição feminina, diferença esta que faz parecer certas situações de violência experimentadas pelas mulheres - especialmente a violência que se dá por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo, como experiências de vida usuais. (1999:14).

1.2 Magnitude da violência sexual

No ano de 1993, em Viena, foi realizada a Conferência Mundial dos Direitos Humanos determinando que *a violência com base no sexo e todas as formas de assédio e exploração sexual, incluindo as que resultam de preconceitos culturais, bem como o tráfico internacional, são incompatíveis com a dignidade e com o valor da pessoa humana, e devem ser por isso, eliminadas* (Conferência Mundial dos Direitos Humanos, 1993:1). *Esta conferência foi um marco, pois pela primeira vez os*

direitos humanos das mulheres foram reconhecidos internacionalmente. (Souza & Adesse, 2004: 54).

No mesmo ano, foi realizada a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher que inova ao compreender que a mulher é um sujeito de direitos e integra a violência de gênero ao marco conceitual dos direitos humanos (Pandjarian, 2003).

Em 1994, ocorreu a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, legitimando os direitos reprodutivos enquanto direitos humanos, além de conceber que a violência de gênero é um empecilho à promoção da saúde. Neste mesmo ano, foi realizada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher que define a violência contra a mulher como *qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.* (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, 1994: 2). Conforme Souza & Adesse esta Convenção,

é o principal instrumento internacional que trata da violência doméstica e sexual contra as mulheres e o dever do Estado de adotar políticas para sua prevenção, punição e erradicação no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. (2004:51).

Em 1995, promoveu-se em Beijing a IV Conferência Mundial sobre os Direitos da Mulher que afirmou as concepções das Conferências anteriores, além de determinar a igualdade entre homens e mulheres em todas as esferas da sociedade, adotando como base a perspectiva de gênero. Segundo Souza & Adesse,

a Plataforma de Ação desta conferência recomenda, no Artigo 124, como medidas que devem ser adotadas pelos governos para o combate à violência contra a mulher: a adoção e/ou aplicação das leis pertinentes com revisão e análise periódica, a fim de assegurar a sua eficácia para eliminar a violência contra a mulher, pondo ênfase na prevenção da violência (...). (2004:54).

Estas Conferências Mundiais são conquistas da reivindicação do movimento de mulheres e possibilitaram a incorporação da temática da violência contra a mulher no âmbito dos direitos humanos na perspectiva de gênero. Pandjarian ressalta que

a incorporação do tema pelas declarações e convenções mencionadas, expandiu o conceito de direitos humanos e da violência baseada em gênero, modificando o cenário jurídico-político a níveis internacional, regional e nacional em muitos aspectos e traz inclusive, uma nova dimensão das estratégias de trabalho para os campos do direito e de saúde que afetam particularmente as mulheres. (2003: 2).

Há um notório reconhecimento por parte dos governos quanto à violência contra as mulheres, visto que a mesma constitui-se em uma violação dos direitos humanos, uma questão de saúde pública, que acarreta impacto econômico considerável nos países. *Além dos custos humanos, a violência representa uma imensa carga econômica para as sociedades em termos de produtividade perdida e aumento no uso de serviços sociais.* (OMS, 2002:103).

A violência sexual é um fenômeno recorrente em todo o mundo. Em diferentes países, entre 16% e 52% das mulheres vivenciaram uma situação de violência física perpetradas por companheiros e uma em cinco mulheres sofreu violência sexual (OMS, 2002). Este fenômeno ocorre sem distinção de classes, segmento social e cor/etnia (Oliveira et al., 2005).

As pesquisas realizadas em diferentes países demonstram que uma entre quatro mulheres pode vivenciar a violência perpetrada por parceiro íntimo e quase um terço das adolescentes verbalizam que sua primeira experiência sexual foi forçada (OMS, 2002).

No continente africano o maior percentual de ocorrência é em Uganda (4,5%), no continente asiático destaca-se a Indonésia (2,7%). Na Europa Oriental ressalta-se o alto índice de ocorrência na Albânia (6,0%). Na América Latina, há uma maior ocorrência no Brasil (8,0%) (OMS, 2002).

Segundo dados sobre a violência perpetrada por parceiro íntimo da Organização Mundial de Saúde (OMS), este tipo de violência ocorre em diversos países com diferentes graus de desenvolvimento, como por exemplo, na Inglaterra constatou-se o percentual de 23% enquanto no Zimbábue 25% (OMS, 2002).

No Brasil, um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), com uma amostra de 265 mulheres de faixa etária de 18 a 49 anos, apresenta como resultado o percentual de 9,8% de ocorrência de violência sexual em alguma etapa da vida dessas mulheres (Marinheiro, 2006).

1.3 Os impactos da violência sexual para a saúde da mulher

Segundo a OMS, a ocorrência da violência sexual afeta o bem-estar da mulher, além de atingir a sua família e comunidade. *Entre as conseqüências mais comuns da violência sexual, há aquelas relacionadas à saúde reprodutiva, mental e ao bem estar social.* (OMS, 2002:161).

Acarreta diversas conseqüências para a saúde da mulher, tais como, depressão, tentativa de suicídio, síndrome de estresse pós-traumático, doenças sexualmente transmissíveis, dores e desconfortos, dificuldades de concentração, irregularidades menstruais, ausência de libido (OMS, 2002; Souza & Adesse, 2004; Faúndes, 2002).

A tentativa de suicídio é duas a três vezes mais freqüente em mulheres que sofreram violência sexual, irregularidades menstruais é 10% mais recorrente a estas mulheres, assim como, a falta de libido é duas vezes maior nas mulheres que vivenciaram violência sexual (Souza & Adesse, 2004; Faúndes, 2002). *Pesquisas sobre mulheres em abrigos mostram que as mulheres que passam pelo abuso sexual e físico cometido por seus parceiros íntimos estão muito mais propensas a terem tido doenças sexualmente transmitidas.* (OMS, 2002: 161).

As mulheres que vivenciaram situação de violência sexual em alguma etapa da vida sofrem mais problemas de saúde em comparação às mulheres sem histórico deste tipo de violência (Souza & Adesse, 2004).

Um estupro pode resultar em gravidez, apesar de o índice variar conforme os cenários e depender especialmente de até que ponto estarem sendo usados contraceptivos que não são de barreira. (OMS, 2002:161).

A ocorrência da violência sexual ocasiona diversas complicações ginecológicas, tais como, sangramento ou infecção vaginal, tumores fibróides, irritação genital, dor nas relações sexuais (OMS, 2002). No conjunto destas conseqüências para saúde sexual e reprodutiva, Gomes (2003) salienta que a mulher em situação de violência sexual possui o risco duas vezes maior da ocorrência de aborto espontâneo.

No campo da saúde mental, as mulheres em situação de violência sexual vivenciam o quadro de baixa auto-estima (Gomes, 2003). Conforme a OMS,

em um estudo populacional, a ocorrência de sintomas ou sinais indicativos de um problema psiquiátrico foi de 33% em mulheres com um histórico de abuso sexual quando adultas, 15% em mulheres com um histórico de violência física perpetrada por um parceiro íntimo e 6% entre mulheres que não sofreram abusos. (2002: 161).

As consequências da violência sexual afetam também a saúde das crianças. A violência pode ocasionar o nascimento precoce de crianças, com peso abaixo da média e/ou com seqüelas somáticas e deformações físicas (Gomes, 2003).

Além dos efeitos imediatos, as mulheres em situação de violência sexual vivenciam vestígios na vida sexual, afetiva, social e profissional (Oliveira et al., 2005).

As mulheres passam a sentir medo de estarem desacompanhadas e, muitas vezes, tornam-se incapazes de realizar tarefas cotidianas como tomar banho, entrar num elevador, andar de ônibus, ficar em qualquer ambiente sem companhia. Passam a ter contínua desconfiança dos homens. Quando a violência ocorre próxima à sua moradia, há muito medo de que o agressor possa retornar e expressam desejo de mudar de residência. (Oliveira et al., 2005: 379).

Este aspecto também atinge com maior amplitude as mulheres que estão em situação de violência sexual em comparação as mulheres que não se encontram em situação de violência conforme afirma Schraiber:

Relataram ter medo de alguém próximo a elas 64 mulheres. Entre as mulheres que relataram violência doméstica física ou sexual pelo menos uma vez na vida, 28% referiram ter medo de alguém próximo. Entre aquelas que não relataram violência doméstica, apenas 15% referiram o mesmo. (2002:474).

Segundo Schraiber (2002), além de todas as consequências elencadas, a incidência da violência sexual se estabelece de forma cronicada e severa acarretando consequências graves para a saúde da mulher.

1.4 Violência sexual no Brasil

O debate acerca da violência sexual no Brasil ganhou visibilidade a partir da década de 1980 através do movimento feminista. Neste período, foram criadas instituições voltadas para o atendimento à mulher em situação de violência sexual,

tais como, delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais (Souza & Adesse, 2005).

A partir da década de 1990, essa forma de violência vem sendo concebida baseada nas relações de gênero e, também, como uma questão de saúde e de direitos humanos. Nesse período, foram criados serviços voltados à prevenção da violência sexual; de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal (Schraiber, 2002).

Em 1996, foi formulado o Programa Nacional de Direitos Humanos, que com relação às ações de combate à violência sexual, programou casas-abrigo e instalação das DEAMS (Souza & Adesse, 2004).

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher tem como um dos objetivos específicos proporcionar a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. A fim de viabilizar este objetivo, pretende efetivar ações preventivas em relação a esses tipos de violência (Ministério da Saúde, 2003).

No âmbito da saúde, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Doméstica contra Mulheres e Adolescente (Ministério da Saúde, 2005) preconiza um atendimento integral e humanizado às mulheres em situação de violência sexual, assim como, disponibiliza aos profissionais de saúde as normas gerais de atendimento.

Segundo Kalckmann (2004), no Brasil uma pequena parcela das mulheres relata a ocorrência da violência sexual, principalmente, quando ocorre na esfera doméstica. Nesse contexto, um estudo pioneiro no Brasil fundamentado na realização de 3.193 entrevistas com usuárias de 19 serviços de saúde demonstra que 40% sofreram violência física, exclusiva ou agregada à violência sexual, perpetrada por companheiro e 5% estavam em situação de violência sexual (Berger & Giffin, 2005).

Em diferentes regiões do Brasil a ocorrência da violência sexual é expressiva, pesquisas demonstram que 10% das mulheres que residem em São Paulo e 14% na Zona da Mata relataram ter praticado sexo contra a vontade, ou foram forçadas a uma prática sexual humilhante, ou mantiveram relações sexuais por medo de represálias por parte de seus companheiros (Souza & Adesse, 2004).

Estudos populacionais e em serviços indicam maior risco de agressão às mulheres por parte de pessoas próximas, como parceiros e familiares, do que por

estranhos. (Schraiber, 2002: 471). Estas mulheres se encontram em situação cronificada de violência, que ocorre por vários anos ou até vidas inteiras (Schraiber & D'Oliveira, 1999).

A magnitude da violência sexual no Brasil é salientada por diferentes pesquisas. Conforme o Instituto Promundo e Noos, 51,4 % dos homens entrevistados afirmaram ter praticado algum tipo de violência (física, sexual ou psicológica), sendo que 17% relataram ter forçado à companheira a prática sexual contra a vontade, compararam a companheira com outras mulheres, ridicularizaram o corpo e/ou desempenho sexual da companheira, praticaram violência psicológica para conduzir a prática sexual (Souza & Adesse, 2004).

Segundo a Fundação Perseu Abramo, em 2001, 43% das mulheres entrevistadas relataram à ocorrência de violência sexual e doméstica, destas 13% sofreram violência sexual perpetrada por companheiro (Souza & Adesse, 2004).

1.5 Violência sexual na Espanha

A partir da década de 1990, há um reconhecimento na Europa desta problemática. Em 1993, a Europa organizou um plano oficial de ação de combate à violência contra a mulher. No entanto, somente em 1997, as Nações Unidas solicitaram aos Estados Membros a formulação de um mecanismo legal para abordar a violência sexual. Nesse contexto, a Espanha agregou esta temática às áreas de interesse do III Plano de Igualdade de Oportunidade para as Mulheres (Cases, 2005).

Conforme Blanco et al., *a violência contra a mulher não é pontual, e sim, um processo que vai se instaurando e cronificando com o tempo, por isso, é necessário detectar precocemente e prevenir seu desenvolvimento, prosseguimento e seqüelas*. (2004: 2).

Em 1998, a violência contra a mulher foi incorporada ao II Plano Espanhol contra a Violência. Esse reconhecimento jurídico acarretou em um número maior de registros acerca da violência contra a mulher na mídia a partir da década de 1990 (Cases, 2005).

O III Plano de Igualdade de Oportunidade para as Mulheres propiciou fundamentos para a formulação do I Plano de Ação contra a Violência Doméstica em

1998. Este Plano aborda como áreas de ação: sensibilização e prevenção; educação; recursos sociais; saúde; legislação e prática jurídica (Blanco et al., 2004).

Conforme Echeburúa & Corral (2002), em 2000, o Ministério de Assuntos Sociais da Espanha divulgou que 640.000 mulheres (4,2% da população feminina maior de 18 anos) se encontram em uma relação cronificada de maus-tratos. Esse Ministério aponta que na Espanha há mais vítimas mortas por companheiro ou ex-companheiro que as vítimas de terrorismo.

Segundo Blanco et al. (2004), a violência contra a mulher na Espanha é uma temática pouco abordada, e por muitas vezes se concentra ao âmbito doméstico, não possuindo visibilidade. Contudo, *a violência doméstica (...) no âmbito sanitário é considerada como um problema de saúde pública, cuja expressão máxima é a morte ou “feminicídio”, como se denomina com maior frequência o homicídio feminino.* (Castaño & Pérez, 2004:461).

Conforme Cases (2005), em uma pesquisa realizada com três jornais de maior amplitude na Espanha constatou que estes meios de comunicação registram somente casos de assassinato e concebem a mulher como vítima ou culpadas pela violência sexual, justificando assim o ato cometido. Dessa forma, estes jornais, que são meios de comunicação de massa, acabam inibindo a busca destas mulheres por atendimento em unidades de referência.

Segundo Fernández, *a violência sexual é um problema importante hoje em dia. Os governos devem integrar os meios sociais e médicos para atenção às vítimas e seu tratamento, assim como estudar as causas da violência.* (2006:132).

Dados de uma pesquisa realizada em uma unidade de atenção primária demonstram que em Granada, na Espanha, 5,1% das mulheres entrevistadas relataram a ocorrência de violência sexual (Blanco et al., 2004). Conforme Fernández (2006), num grupo de 56 mulheres que sofreram algum tipo de violência, 23% relataram à ocorrência da violência sexual.

Um estudo realizado em unidades de atenção primária em Andalucia, Madrid e Valencia, com uma amostra de 1.402 mulheres entre 18 a 65 anos, constatou que 3% sofreram violência sexual e violência psicológica conjuntamente e 6% violência sexual, violência física e psicológica (Pérez et al., 2004).

Conforme Fernández, *neste momento é necessário maior número de estudos para conhecer as alterações da sexualidade na violência doméstica e desenvolver novas estratégias.* (2003:132).

2. Atenção primária e violência sexual

2.1 Bases conceituais da atenção primária

A Declaração de Alma Ata, formulada em 1978, é uma proposta de modificar o modelo de saúde existente e preconizar a atenção primária como componente central do serviço de saúde (García, 2003).

A atenção primária é relevante para viabilizar ações de promoção e prevenção em saúde. Observa-se uma mobilização no âmbito internacional em reconhecer as potencialidades da atenção primária. *Alguns países consideram a atenção primária um marco para definir sua política sanitária ao nível mais alto.* (García, 2003: 31).

A atenção primária possui características próprias e se difere da atenção secundária e terciária. Conforme Starfield (2002), a atenção primária proporciona a entrada do usuário no serviço de saúde, possibilitando um espaço de escuta diferenciado porque está centrada no usuário e não nas demandas. Portanto, este nível oferece atenção à pessoa, e não restrita a enfermidade.

No contexto da atenção primária, o profissional de saúde conhece o usuário e o ambiente em que este está inserido. Dessa forma, os profissionais inseridos na atenção primária estão em um espaço privilegiado para compreender de forma eficaz o processo saúde-doença (Starfield, 2002). Segundo Starfield (2002), quando os profissionais de saúde realizam encaminhamento para outros níveis, continuam acompanhando o usuário. A atenção primária encaminha apenas de 5 a 20% das demandas para unidades de referência (CONASS, 2004). Conforme Starfield (2002), os usuários deveriam buscar um generalista antes de consultar um especialista.

Conforme CONASS (2004), é equivocado afirmar que a atenção primária proporciona uma assistência de baixa qualidade e medicina com poucos recursos voltados para cidadãos de baixa renda.

Há categorias que são próprias da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, abrangência e coordenação (Starfield, 2002).

O primeiro contato refere-se à capacidade de acessibilidade. A acessibilidade considera as barreiras no percurso do usuário à unidade, as dificuldades existentes

na unidade, a necessidade de gasto financeiro com transporte e tempo de viagem maior do que 30 minutos (CONASS, 2004).

Considerando a importância desta categoria, há um movimento, por parte de alguns países da Europa, em restringir o acesso aos especialistas, estimulando a busca pelo médico de família (CONASS, 2004). Conforme Starfield,

(...) os poucos estudos que examinaram a extensão da atenção ao primeiro contato indicam que os indivíduos, cuja fonte regular de atenção é um médico de atenção primária, têm maior probabilidade de receber a atenção ao primeiro contato desse médico do que os indivíduos que têm outros tipos de médicos como sua fonte regular de atenção. (2002: 240).

Segundo Starfield, *longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.* (2002: 247). É compreendida como o vínculo existente entre o profissional de saúde e o usuário, que se estabelece no acompanhamento (CONASS, 2004).

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos. (Starfield, 2002:248).

Segundo Starfield (2002), a longitudinalidade proporciona menor utilização de serviços; melhor atenção preventiva, e conseqüentemente uma menor ocorrência de doenças preveníveis; atenção mais oportuna e adequada; melhor reconhecimento das demandas dos usuários, índice de hospitalizações baixo e custo total mais baixo.

A abrangência está associada à competência das unidades em disponibilizar os serviços planejados, *diz respeito às ações programadas para aquele serviço, à sua adequação às necessidades da população e à sua resposta as essas demandas enquanto houver capacidade resolutive.* (CONASS, 2004: 29). Dessa forma, cabe ao profissional de saúde assegurar a resolutive da clínica individual, assim como, as ações de prevenção, pois somente havendo o equilíbrio entre estas ações alcançará os resultados almejados.

Segundo Conill (2004), a integralidade é considerada um atributo importante na avaliação da qualidade dos serviços prestados nas unidades de atenção primária. *A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a*

variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. (Starfield, 2002:314).

A coordenação da atenção refere-se o compromisso da unidade de atenção primária assegurar o seguimento do usuário no sistema, assim como acompanhá-lo para garantir a resolutividade do encaminhamento (CONASS, 2004).

Segundo Starfield (2002), esta quarta categoria é de extrema relevância para proporcionar a efetividade das demais categorias. *Sem ela a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa.* (Starfield, 2002:365).

2.2 Atenção primária na Espanha

A OMS reconhece a Espanha como uma referência na implementação dos princípios da Declaração de Alma-Ata, e considera que este país é avançado na atenção primária em comparação aos demais países desenvolvidos (Díez & Rubio, 2005). *O sistema de saúde da Espanha foi avaliado pela OMS como um dos melhores do mundo, de acordo com diversos parâmetros que incluem resultados em saúde.* (Miñana et al., 2004: 69).

Conforme Díez & Rubio (2005), a atenção primária é valorizada pelos cidadãos espanhóis, pois estes compreendem que o acesso a este nível de saúde é fácil. Em 1993, 54,2% dos entrevistados afirmaram que a atenção primária neste país está evoluindo nos últimos anos (Martínez, 2005). No ano de 2004, os médicos de família de Andalucía realizaram quase 49 milhões de consulta, 8% a mais que no ano de 2000.

No decorrer dos anos está havendo um crescimento da atenção primária na Espanha. Segundo Cuadrado (2005), estes avanços estão relacionados há dois marcos fundamentais: a inovação na gestão e a política de utilização racional de medicamentos. A análise do gasto financeiro no sistema de saúde público espanhol demonstra um crescimento no período de 1985 a 2001 (Miñana, 2004). Nessa perspectiva, Feo et al afirmam que

uma atenção primária forte se caracteriza por ser o primeiro nível assistencial com capacidade de resolver a grande maioria dos problemas

dos pacientes, de forma imediata e acessível, garantindo a continuidade e integração dos cuidados recebidos. (2006: 358).

O sistema de saúde espanhol é organizado em dois níveis distintos e claramente separado, sendo estes: no primeiro nível a atenção primária e no segundo a atenção especializada (Feo, 2006).

A atenção primária é concebida como porta de entrada no sistema de saúde, dessa forma, o usuário necessariamente recebe o primeiro atendimento na atenção primária, para receber o encaminhamento para o médico especialista (Feo et al., 2006). *A atenção primária é o primeiro ponto de contato que o serviço de saúde proporciona aos indivíduos e a população de forma contínua, integral e integrada* (Fernández, 2003: 281).

Segundo Fernández (2003), 90% dos atendimentos são solucionados no primeiro nível do sistema de saúde, porque este nível identifica a enfermidade em seu estado precoce e estabelece um acompanhamento permanente com os usuários.

Conforme Estébanez (1991), o sistema de saúde deve assegurar as mulheres em situação de violência sexual, sigilo no atendimento, orientação quanto as proteções legais e atenção às questões psicológicas.

2.3 Atenção primária no Brasil

O SUS é composto por diferentes instituições, que são organizadas pelas esferas de atendimento, que são classificadas em níveis primário, secundário e terciário (Cohn & Elias, 2005).

A implementação do SUS, em andamento no Brasil, tem avançado na universalização do acesso aos serviços de saúde, no processo de descentralização e no controle social. O êxito neste processo se deve a decisão de priorizar a atenção primária em saúde na reorganização dos sistemas de saúde, que possui como estratégia operacional o PSF (CONASS, 2004). O PSF não é a única estratégia quando se observa a experiência de diversos municípios, no entanto, no conjunto destas experiências, o PSF possui maior abrangência (CONASS, 2004).

A atenção primária foi planejada para ampliar a cobertura de assistência médica pública. Surgiu como uma tentativa de redução de gastos, pois este nível

não necessita de altos custos em tecnologia e equipamentos (Aguiar, 1998). Na sua origem o Ministério da Saúde formulou o termo atenção básica referindo-se a atenção primária como uma tentativa de diferenciar a proposta do PSF dos cuidados primários de saúde. Atualmente, está de acordo com a nomenclatura internacional que adota o termo atenção primária (CONASS, 2004). Conforme a Política Nacional da Atenção Básica,

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...). É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Ministério da Saúde, 2006: 10).

O PSF deve ser concebido como estratégia de reorientação do modelo assistencial e possui como princípios: ênfase na abordagem com a família, território delimitado, adscrição dos usuários, atendimento em equipe interdisciplinar, coresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersitorialidade e estímulo à participação social. Este Programa contribui para a implementação dos princípios e diretrizes da atenção primária além de constituir-se como o primeiro contato preferencial pelos usuários do SUS (CONASS, 2004). Conforme Teles (2005), em 2004, 84% dos municípios haviam implementado o PSF, no Brasil a cobertura aumentou 600% no período de 1998 a 2004.

Uma das atividades do PSF é a realização de visitas domiciliares. As visitas domiciliares propiciam um espaço de escuta diferenciada as usuárias. Dessa forma, há uma abertura para identificação da violência sexual. Segundo Villela & Monteiro,

na proposta do PSF, as famílias e pessoas atendidas pelo profissional de saúde são sempre as mesmas, matendo uma periodicidade de visitas, grupos e consultas, sendo frequentemente questionadas acerca de seus problemas e necessidades de saúde, o que permite um olhar específico e reiterado a cada uma delas; o que consequentemente resulta na percepção da recorrência de alguns acontecimentos. (2005: 122).

Considerando a importância da atenção primária, o Ministério da Saúde formulou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família que se destina a organização e o fortalecimento da atenção primária, através da qualificação do

processo de trabalho e do desempenho dos serviços, garantindo um melhor atendimento dos usuários (Ministério da Saúde, 2003).

2.4 Atenção primária como um nível de prevenção da violência sexual.

Conforme Pérez, um estudo acerca da violência contra a mulher em três unidades de atenção primária da Espanha aponta que *os profissionais de saúde se encontram em uma situação privilegiada para abordar este grave problema de saúde pública* (2004:202). Marinheiro ressalta que

a violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo é um fenômeno complexo que vem sendo encarado como problema de saúde pública, não somente devido às suas complicações, mas também ao fato de o serviço de saúde ser um dos locais mais procurados por mulheres nessa situação. (2005:143)

As unidades de atenção primária são um espaço privilegiado de escuta e observação da mulher em situação de violência sexual (Villela & Monteiro, 2005). Nesse sentido, Kronbauer & Meneghel (2005) ressaltam a importância da atenção primária na identificação da violência sexual, dessa forma, é possível reconhecer e acolher a mulher antes da ocorrência de consequências agravantes à saúde. *A atenção primária é um sistema muito mais eficiente, efetivo, justo e solidário.* (Cuadrado, 2005:143).

Segundo Schraiber (2002), a atenção primária apresenta uma frequência de 21,4% das mulheres relatando violência doméstica a partir dos 18 anos, enquanto em serviços de emergência, as ocorrências encontradas variam de 22% a 35% durante a vida da mulher.

Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde da atenção primária estejam sensibilizados para a ocorrência e magnitude da violência sexual contra a mulher (Villela & Monteiro, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica define como uma das etapas do processo de trabalho das equipes de atenção básica, o planejamento e implementação de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população (Ministério da Saúde, 2006). A atenção primária pode favorecer a abordagem da violência sexual, possibilitando que as mulheres venham se identificar em situação de violência sexual.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), a atenção primária possui compromisso com uma escuta qualificada, atenta às necessidades dos usuários, possibilitando atendimento humanizado e estabelecendo vínculo. Para tornar este compromisso efetivo, é necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e capacitados para possibilitar um espaço de escuta, pois as mulheres que se encontram em situação crônica de violência não apresentam espontaneamente esta demanda. Nesse sentido, Ortega afirma que

é importante ressaltar que em geral as pessoas que sofrem violência tardam muito tempo em solicitar ajuda. Em nossa experiência 67,8% tardam mais de 6 meses em pedir ajuda (...). Somente 3,4% solicitaram o serviço na primeira semana e as causas foram violação e abuso sexual principalmente. (2004: 52).

A Política Nacional de Atenção Básica possui como um de seus princípios gerais, *a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável*. (Ministério da Saúde, 2006: 10). Dessa forma, há uma articulação desse princípio com a prevenção da violência sexual.

A Atenção Básica tem como um dos seus fundamentos: *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde*. (Ministério da Saúde, 2006: 10). Assim, esse fundamento está associado a atenção básica como porta de entrada para o atendimento as mulheres em situação de violência sexual.

3. Percurso Metodológico

A metodologia é o *caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade*. (Minayo, 1995: 16). Conforme Minayo,

(...) a teoria e a metodologia caminham juntas, intrincavelmente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. (1995: 16).

Esta pesquisa se constitui num estudo bibliográfico, de abordagem quantitativa e qualitativa onde foram analisados artigos publicados nas bases de dados Elsevier Doyma e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Optou-se pelo estudo bibliográfico devido a relevância de ampliar o conhecimento sobre violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e Espanha.

A base de dados Elsevier Doyma é líder global em edições teóricas em Medicina e Ciências da Saúde, possui mais de 6.000 livros, 2.000 revistas científicas e bases de dados em Internet de maior prestígio e divulgação em 180 países. É formada pelos editoriais W.B Saunders, Mosby, Churchill, Livingstone, Butterworth Heinemann e Hanley e Belfus.

A BVS é uma coleção descentralizada e dinâmica de fontes de informação que tem como objetivo o acesso equitativo ao conhecimento científico em saúde. Distingue-se do conjunto de fontes de informação disponíveis na Internet por obedecer a critérios de seleção e controle de qualidade. Esta base de dados inclui textos completos segundo os tipos clássicos da literatura científica, tais como, artigos de revistas, teses e dissertações, trabalhos apresentados em eventos, legislação, e fontes originais de dados hiper-textuais.

Na fase exploratória desta pesquisa, foram realizadas buscas sucessivas nas bibliotecas virtuais Doyma e BVS, vinculadas respectivamente ao Brasil e Espanha, utilizando como palavras-chaves: “violência sexual e atenção primária” e “violência contra a mulher e atenção primária”. A partir destas buscas identificou-se que na Espanha grande parte dos artigos contém em seus títulos “*atenção primária*”, enquanto no Brasil existe um número reduzido de artigos com essa palavra-chave. Dessa forma, foi incluída a palavra-chave “*violência sexual e mulher*” para ampliar o universo de artigos analisados.

Foi realizada uma análise preliminar dos artigos coletados para selecionar aqueles que se referem ao tema da violência sexual contra a mulher e atenção primária.

A busca dos artigos foi realizada no período de julho de 2006 a abril de 2007, sendo coletados 8 artigos do Brasil e 14 da Espanha.

As categorias ano de publicação, local de publicação, palavra-chave¹, sexo do primeiro autor e vínculo com pós-graduação foram analisadas sob a perspectiva quantitativa. Após a codificação as variáveis foram tabuladas de modo a produzir o cenário da produção teórica do objeto estudado.

As categorias conceito de violência sexual, alternativas de prevenção, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, abrangência e coordenação da atenção foram estudadas sob a perspectiva qualitativa. Conforme Minayo,

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado (...) corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (1995: 21).

A análise dos artigos, de abordagem qualitativa, foi baseada na técnica de análise de conteúdo. *Através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses).* (Minayo, 1995: 74). Através desta técnica é possível identificar e compreender os conteúdos, indo além da aparência dos dados analisados. (Gomes, 2001). Após a coleta foi realizada uma leitura flutuante de todo os artigos encontrados para registrar as percepções de cada autor. Posteriormente, através de uma leitura sistemática, esses artigos foram selecionados e organizados. Em seguida, esses artigos foram classificados tendo por base as categorias previamente estabelecidas. Concluída essa etapa, foi realizada uma leitura vertical, a partir dessa leitura buscou-se as idéias centrais (núcleos de sentido) viabilizando a definição dos eixos temáticos.

Os artigos analisados foram codificados e para apresentação dos fragmentos foram utilizados os seguintes códigos: “Artigo”, em seguida o número correspondente à seqüência dos artigos, acompanhados respectivamente do nome da base a que se referem.

1 A categoria palavra-chave se refere a análise das palavras-chaves dos conjuntos de palavras-chaves dos 8 artigos da base de dados BVS e 14 da base de dados Elsevier Doyma.

A análise dos artigos coletados está centrada na articulação das abordagens quantitativas e qualitativas, pois essas duas perspectivas são complementares e juntas possibilitam conhecer melhor a realidade (Gomes, 1999). Segundo Minayo,

a diferença entre qualitativo - quantitativo é de natureza. (...). O conjunto dos dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. (1995: 22).

A relação dos artigos coletados para a tabulação e análise estão descritos nos quadros abaixo:

Quadro 1 - Artigos pesquisados na base de dados BVS por palavra-chave

Palavra-chave: violência sexual e atenção primária		
Nº	Autor	Título do artigo
1	Kronbauer & Meneghel (2005)	Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro
2	Pedreira FA (2005)	Violência doméstica e saúde da mulher
3	Schraiber et al. (2003)	Violência vivida: a dor que não tem nome
4	Schraiber (2002)	Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde
5	Cavalcanti (2006)	Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro
6	Cléa (2006)	Violência doméstica: análise das lesões em mulheres
7	Marinheiro (2006)	Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde
8	Mattar et al. (2007)	Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo

Quadro 2 - Artigos pesquisados na base de dados Elsevier Doyma por palavra-chave

Palavra-chave: violência sexual e atenção primária		
Nº	Autor	Título do artigo
1	Alonso et al.(2003)	Violencia en la pareja: papel del médico de familia
2	Castaño (2004)	Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica
3	Delgado (2006)	Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres
4	Gómez (2003)	Violencia doméstica. Papel del médico de atención primaria
5	Ramón (2004)	El médico de familia ante las agresiones sexuales
6	Pérez et al. (2006)	La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria
7	Pérez (2004)	Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias
8	Cobos (2001)	Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada
9	Alonso (2004)	Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?
Palavra- chave: violência contra a mulher e atenção primária		
10	Alonso (2006)	Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica
11	Alonso (2003)	Violencia doméstica: reto y compromiso para el médico de familia
12	Blanco (2004)	La violencia de pareja y la salud de las mujeres
13	Rourera (2004)	Algunas aportaciones respecto al maltrato a la mujer y la atención primária
14	Ortega et al. (2004)	La violencia contra la mujer em pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica

4. ANÁLISE DOS ARTIGOS

4.1 Perfil dos artigos

Foram analisadas as seguintes variáveis: **ano de publicação, local de publicação, palavra-chave, sexo do primeiro autor, vinculação com pós-graduação.**

Em relação ao **ano de publicação**, observou-se que os artigos da base de dados BVS foram publicados a partir de 2002 (Tabela 1), com discreto predomínio nos anos de 2005 e 2006.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por ano de publicação

ano de publicação	nº
2002	1
2003	1
2005	2
2006	3
2007	1
Total	8

Considerou-se que este resultado está associado às conquistas do movimento feminista a partir da década de 90. Nas últimas décadas o movimento feminista tem se posicionado no cenário político pressionando o Estado a desenvolver ações de enfrentamento à violência sexual contra a mulher. Segundo Diniz,

na última década do século 20, a violência de gênero se tornou cada vez mais visível como problema saúde pública, tendo havido uma aceleração da criação de respostas do setor de saúde e de pesquisas de campo, com seus alcances e limites. (2006:169).

Conforme a Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SPM),

surgiram na década de 80 as DEAMs, a área de saúde incorporou a violência de gênero na sua agenda e foram sendo mais frequentemente criados serviços de proteção e assistência às mulheres que vivem em situação de violência, como as Casas Abrigo e Centros de Referência. (2004: 76).

Constatou-se que os artigos da base de dados BVS foram publicados a partir do ano de 2002 porque a incorporação do tema violência sexual no campo da saúde pública é recente.

Os artigos da base de dados Elsevier Doyma, tiveram como ano de publicação os anos de 2001 a 2006 (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por ano de publicação

ano de publicação	nº
2001	1
2003	2
2004	8
2006	3
Total	14

Observou-se que houve um predomínio do ano 2004. Esse resultado corresponde ao estado das políticas públicas na Espanha. Conforme a OMS, na 49ª Assembléia Mundial da Saúde realizada em 1996, os estados membros (incluindo a Espanha) acordaram que a violência contra a mulher é uma prioridade de saúde pública.

Nos artigos da base de dados BVS foram identificados como **local de publicação** 3 estados: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por local de publicação

local de publicação	nº
Rio de Janeiro	1
Rio Grande do Sul	1
São Paulo	6
Total	8

O estado de São Paulo publicou o maior número de artigos. Historicamente esse estado promove ações de enfrentamento a violência contra a mulher, o que pode estar relacionado com a maior produção de publicações.

Conforme Diniz (2006), em 1990, uma parceria entre a Coordenadoria Especial da Mulher de São Paulo e a Secretaria de Saúde possibilitou a abertura da Casa Eliane de Grammont, que é um centro de referência para o atendimento a mulher em situação de violência sexual.

No mesmo ano, o Seminário Municipal chamado “Violência – É possível viver sem ela?”, reuniu representantes do governo e da sociedade civil para definir estratégias de enfrentamento a violência contra a mulher. Neste Seminário, foram discutidos projetos voltados para a violência contra a mulher no setor de saúde (Diniz, 2006).

Este reconhecimento no âmbito das políticas públicas propiciou o crescimento de pesquisas acadêmicas abordando a violência contra a mulher nas unidades de saúde (Diniz, 2006).

Quanto ao **local de publicação** nos artigos da base de dados Elsevier Doyma foram observados os seguintes locais: Granada, Valladolid, Málaga, Barcelona (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por local de publicação

local de publicação	nº
Granada	5
Valladolid	4
Málaga	1
Madrid	2
Barcelona	1
Sem informação	1
Total	14

Identificou-se que predominou a cidade de Granada, onde está localizado o Instituto de Estudos da Mulher da Universidade de Granada. Esse Instituto é um centro de investigação de carácter multidisciplinar dedicado aos Estudos da Mulher e de Gênero, tendo como preocupação o conhecimento de novas práticas acadêmicas que cooperem com um futuro de igualdade de gênero. Este instituto participa de redes nacionais e internacionais de cooperação acadêmica articulado com universidades européias e latino-americanas. Considerou-se que este instituto pode ter contribuído com a maior produção de artigos da cidade de Granada.

Em relação às **palavras-chaves** anunciadas nos artigos da base de dados BVS, predominou “*violência doméstica*”, “*saúde da mulher*” e “*mulheres maltratadas*” (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por palavras-chaves*

palavras-chaves	nº
Agressão	1
Assistência	1
Comunicação	1
cuidado pré-natal	1
Estupro	1

invisibilidade da violência	1
maus tratos conjugais	2
mulheres maltratadas	4
saúde da mulher	4
serviços de saúde	1
comunitária	
serviços de saúde da	2
mulher	
saúde reprodutiva	1
Violência	3
violência contra a mulher	1
violência doméstica	5
violência sexual	1
Total	30

* Admite respostas múltiplas

O predomínio da **palavra-chave** “*violência doméstica*” está relacionada a trajetória das políticas públicas do Brasil. A partir da década de 90 no Brasil, a violência doméstica tornou-se um fenômeno visível. Em 1999, foi implementada a Câmara Temática sobre Violência Sexual e Doméstica pelo Ministério da Saúde. Esta teve como um de seus objetivos a criação e execução da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (Diniz, 2006).

Houve o predomínio da palavra-chave “saúde da mulher” porque historicamente a área de saúde é concebida como espaço privilegiado de atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

Conforme Diniz (2006), a violência sexual é considerada uma questão do campo da saúde, especialmente na área denominada saúde coletiva.

se considerarmos as primeiras iniciativas informais, criadas ainda na década de oitenta, podemos dizer que no Brasil temos quase vinte anos de desenvolvimento de respostas e políticas na interface da violência com a saúde. (2006: 169).

Os autores adotaram a palavra-chave “*mulheres maltratadas*” porque esse termo é um descritor da base de dados BVS. Essa base de dados, define “*mulheres maltratadas*” como mulheres que são fisicamente e mentalmente abusadas por um longo período, normalmente por parceiro íntimo. A base de dados BVS também traz as características da síndrome de mulher maltratada, como o desamparo e medo constante.

As **palavras-chaves** que predominaram nos artigos da base de dados Elsevier Doyma (Tabela 6) foram “*atenção primária*” e “*violência doméstica*”.

Tabela 6 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por palavras-chaves*

palavra-chave	nº
agressões sexuais	1
abuso sexual	2
atividades preventivas	2
atenção primária	8
questionários	1
detecção	1
efetividade	1
ensaio clínico	1
epidemiologia	1
españa	1
estudo multicêntrico	1
formação	1
guia para atendimento de	1
violência doméstica	
gênero	1
maus tratos	1
maus tratos a mulheres	2
maltrato conjugal	2
mulher maltratada	2
mulheres	1
saúde da mulher	2
saúde mental	1
sem informação	3
serviços de saúde	1
violência	1
violência de gênero	1
violência doméstica	12
violência física	1
violência psicológica	1
gênero	1
total	55

*Admite respostas múltiplas

Observou-se que o predomínio das **palavras-chaves** “*atenção primária*” e “*violência doméstica*” tem relação com as estratégias de enfrentamento da violência doméstica no âmbito da atenção primária da Espanha.

O Instituto da Mulher de Aragón formulou o I Plano Integral para a Prevenção e Erradicação da Violência contra as mulheres em Aragón 2004-2007. Esse Plano levou o Departamento de Saúde e Consumo a desenvolver o Guia de Atenção Sanitária às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. Este Guia pretende assessorar os profissionais na detecção, atenção, cuidados, informação e apoiar a mulher em situação de violência.

Esse Guia pretende: *oferecer uma atenção integral e unificar as atuações dos profissionais de saúde do Sistema de Saúde de Aragón, tanto de Atenção Primária como de Atenção Especializada*. (Governo de Aragón; 2004: 5).

A Espanha reconhece a magnitude da violência doméstica e busca promover estratégias de enfrentamento. Dentre essas estratégias, a Espanha valoriza a atenção primária em saúde como espaço privilegiado de identificação da violência sexual.

Em relação ao **sexo do primeiro autor**, nos artigos da base de dados BVS (Tabela 7), predominou o feminino.

Tabela 7 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por sexo do primeiro autor

sexo do primeiro autor	nº
Feminino	5
Masculino	3
Total	8

O predomínio do sexo feminino tem relação com a vivência das desigualdades de gênero. As desigualdades de gênero trazem consequências distintas para homens e mulheres, sendo as mulheres mais atingidas. Conforme a OMS,

as consequências da violência de gênero são diferentes para homens e mulheres, bem como os motivos que levam as pessoas a praticá-las (...). Em situações em que ocorre a violência praticada por mulheres é mais provável que ela seja uma forma de autodefesa. (2002: 94).

Nesse sentido, as mulheres podem estar mais motivadas a pesquisar sobre a violência de gênero, contribuindo para mensurar a magnitude desse fenômeno e fomentar políticas públicas de enfrentamento.

Também predominou o sexo feminino do **primeiro autor** dos artigos da base de dados Elsevier Doyma (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos artigos da base de dados Elsevier Doyma por sexo do primeiro autor

sexo do primeiro autor	nº
Feminino	9

Masculino	5
Total	14

Observou-se que na Espanha os autores também são profissionais das unidades de atenção primária. Conforme os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE), em relação aos profissionais de saúde que compõem as unidades da Espanha, no ano de 2000, 37,82% eram médicas, em 2005 esse dado aumentou para 42,10%. Em 2000, haviam 66, 80% farmacêuticas, já em 2005 esse valor subiu para 68,69%. Há um crescimento do número de profissionais do sexo feminino no decorrer dos anos.

Apenas 2 artigos da base de dados BVS possuem **vínculo com pós-graduação** (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos artigos da base de dados BVS por vínculo com pós-graduação

vínculo com pós-graduação	nº
Sim	2
Não	6
Total	8

As instituições de pós-graduação são: Programa de Pós-graduação do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz e Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Universidade Vale dos Sinos. Constatou-se que o vínculo com pós-graduação propicia a maior publicação de artigos.

Na análise dos artigos da base de dados Elsevier Doyma foi identificado que nenhum artigo tem **vínculo com pós-graduação**. Esse resultado foi atribuído ao fato dos autores pertencerem exclusivamente a rede de atendimento.

4. 2 Conceito de violência sexual

Foi possível identificar que 7 artigos da base de dados BVS abordaram o **conceito de violência sexual**.

Os artigos que abordaram o conceito de violência sexual podem ser classificados nos seguintes núcleos de sentido: **violência contra a mulher**; **violência de gênero**; e **problema de saúde pública**.

O primeiro núcleo de sentido se refere à **violência contra a mulher**. Os artigos situam a violência sexual no conjunto das violências contra a mulher.

Desde o início da década de 70, a violência contra a mulher tem recebido crescente atenção e mobilização. O problema inclui diferentes manifestações, como: assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial, por causa de dote ou por opção sexual. A violência pode ser cometida por diversos perpetradores: parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado. (Artigo 4 BVS).

Considera-se um avanço os autores conceituarem a violência sexual no conjunto das violências contra a mulher. Conforme Schraiber, a violência contra a mulher são atos dirigidos contra a mulher que correspondem a agressões físicas ou sua ameaça, a maus-tratos psicológicos e abusos ou assédios sexuais. Quando referida como violência doméstica, são atos cometidos por um membro da família ou pessoa que habite, ou tenha habitado, o mesmo domicílio (Schraiber, 2005). Segundo Aliaga,

a violência contra a mulher se refere a violência física, sexual e psicológica, a violação pelo esposo, a mutilação genital e outras práticas tradicionais que venham contra a mulher, a exploração sexual, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada, a intimidação sexual no trabalho e em instituições educacionais e violência física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado. (2003:2).

Os autores apontam as diferentes expressões da violência contra a mulher. Os resultados de uma pesquisa realizada pela OMS realizado em diversos países sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica indicam que em algumas partes do mundo até metade das mulheres vivenciaram alguma forma de violência (Hane & Ellsberg, 2002). Segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM),

são muitas as formas de violência contra a mulher: desigualdades salariais; assédio sexual; uso do corpo como objeto; agressões sexuais; assédio moral; tráfico nacional e internacional de mulheres e meninas. (2004: 73).

Conforme a SPM, a violência contra a mulher ocorre em diferentes países e afeta mulheres de todas as idades, classes sociais, etnias e orientação sexual.

Os autores apontam os diferentes perpetradores da violência contra a mulher. Nesse sentido, Araújo ressalta que a violência doméstica, não se limita à família, envolve todas as pessoas que convivem no mesmo espaço doméstico, possuindo ou não laços de parentesco. Contudo, a violência contra a mulher, embora ocorra freqüentemente no espaço doméstico e familiar, não se restringe a

ele, pode ser perpetrada por familiares ou desconhecidos, dentro e fora do domicílio (Araújo, 2002).

O segundo núcleo de sentido se refere à **violência de gênero**. Os artigos compreendem que a violência sexual se fundamenta nos papéis feminino e masculino na sociedade.

‘Gênero’ é um conceito cultural vinculado a forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo status diferente a homens e mulheres. Refere-se à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana. (Artigo 1 BVS).

Observou-se que os autores concebem que a subordinação da mulher está associada aos estereótipos construídas culturalmente. Conforme Gama (2004), a concepção de gênero propõe mudanças culturais, que transformem os estereótipos e desconstruam o papel masculino e feminino, possibilitando que a relação entre homens e mulheres seja igualitária. Segundo Hane & Ellsberg,

milhões de meninas e mulheres estão em situação de violência de gênero e sofrem suas consequências, devido às desigualdades nas relações de gênero em muitas sociedades. A violência contra as mulheres (frequentemente denominada violência de gênero) representa uma grave violação dos direitos humanos das mulheres. (2002: 1).

Há um crescente enfrentamento da violência de gênero por parte do governo brasileiro. A SPM, ressalta que

homens e mulheres, em razão da especificidade de gênero, são atingidos pela violência de forma diferenciada. Enquanto a maior parte da violência cometida contra os homens ocorre nas ruas, nos espaços públicos, e, em geral é praticada por outro homem, a mulher é mais agredida dentro de casa, no espaço privado, e o agressor é ou foi uma pessoa íntima: namorado, marido, companheiro ou amante. (SPM, 2004: 73).

Nesse sentido, a violência de gênero exige ações no campo do direito e cultura. Conforme Schraiber,

a violência de gênero (...) deve ser objeto das sanções que regem a violação dos direitos e das leis; em outra medida, objeto de intervenções que melhorem o convívio social e privado das pessoas, que não dizem respeito apenas à ordem ou à legalidade do viver em sociedade, mas sobretudo à ética da igualdade entre humanos, sejam quais pessoas forem,

e ao estímulo à ética da solidariedade, tanto social quanto interindividual. (2005: 35).

A concepção das relações de gênero como base para a violência sexual predominou nos artigos da BVS. Sobre essa perspectiva avançada, presente nesses artigos. Araújo (2002) salienta que o termo violência de gênero é o conceito mais amplo. Segundo a SPM,

qualquer que seja o tipo, física, sexual, psicológica, ou patrimonial, a violência está vinculada ao poder e à desigualdade das relações de gênero, onde impera o domínio dos homens, e está ligada também à ideologia dominante que lhe dá sustentação. (2004: 73).

O terceiro núcleo de sentido se refere a violência contra a mulher como **problema de saúde pública**.

O tema do presente artigo, a violência de gênero contra a mulher, é entendida como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde. (Artigo 1 BVS).

Os artigos consideram a violência sexual contra a mulher como um problema de saúde que exige o enfrentamento na esfera da saúde pública. Conforme preconiza o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, é necessário *reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública*. (SPM, 2004:34). Contudo, apenas um artigo aborda a violência sexual como uma questão de saúde pública.

Nos artigos da base de dados Elsevier Doyma, sobre o **conceito de violência sexual** foi identificado que 13 artigos abordaram essa categoria.

Os artigos que abordaram este conceito foram subdivididos nos seguintes núcleos de sentido: **violência doméstica**; **violência de gênero**; e **problema de saúde pública**.

O primeiro núcleo de sentido se refere à **violência doméstica**.

(...) a violência doméstica inclui a violência física, emocional e sexual que se produz contra ela no âmbito familiar, perpetrada pelo seu companheiro. (Artigo 6 Doyma).

Observou-se que os autores concebem a violência sexual no âmbito da violência doméstica. Segundo Fernández, *no contexto da violência doméstica, além da violência física e psicológica existe a violência sexual. Este conceito pode compreender tanto as agressões sexuais como os abusos sexuais*. (2006: 132).

Pode-se dizer que essa visão corresponde à crescente preocupação do governo espanhol com essa temática. Na Espanha, em março de 1998, houve um avanço nessa discussão com a formulação do I Plano de medidas contra a violência contra as mulheres.

O I Plano contra a violência, nasceu com a pretensão de reduzir, erradicar os atos violentos e ajudar as vítimas. Segundo os dados disponíveis, é possível falar de resultados relativamente satisfatórios. (II Plano Integral contra la violencia doméstica 2001-2004, 2004: 40).

Considerando que a erradicação da violência contra as mulheres deve ser desenvolvida a longo prazo, após o período de vigência do I Plano, o governo espanhol definiu o II Plano contra a violência doméstica. O II Plano Integral contra a violência doméstica, define que

a violência contra as mulheres é um fenômeno social de múltiplas e diferentes dimensões. (...) A violência, manifestação da desigualdade entre os gêneros, é uma fórmula que muitos homens recorrem para dominar as mulheres e manter seus privilégios em âmbito familiar, produzindo terríveis efeitos para suas vítimas. (II Plano Integral contra a violência doméstica 2001-2004: 40).

O segundo núcleo de sentido se refere à **violência de gênero**.

Quando falamos de violência de gênero fazemos referência à violência masculina contra as mulheres, definida pela ONU como “todo ato de violência perpetrada contra o sexo feminino que tenha o possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para a mulher, assim como as ameaças para tais atos, a coação ou a privação arbitrária da liberdade, tanto se produz na vida pública como na privada.” (Artigo 4 Doyma).

Os autores adotam o conceito de violência de gênero da ONU. Nesse conceito a violência sexual é compreendida como uma das expressões da violência de gênero.

Cases (2006) ressalta que o conceito de gênero, foi protagonizado pela reivindicação do movimento feminista. Como resultado das mobilizações desse

movimento, em 2004, foi reconhecida no contexto europeu a necessidade de institucionalizar estratégias de intervenção sobre esse assunto.

A Lei Orgânica de Medidas de Proteção Integral contra a Violência de Gênero preconiza que

a violência de gênero não é um problema que afeta o âmbito privado. Ao contrário, se manifesta como o símbolo mais brutal da desigualdade existente em nossa sociedade. Se trata de uma violência que se dirige às mulheres, por serem consideradas, pelos seus agressores, carentes de direitos mínimos de liberdade, respeito e capacidade de decisão. (Lei Orgânica de Medidas de Proteção Integral contra a Violência de Gênero, 2004: 1).

O INE, em seu Plano de Atuação de 2004, aprovou o projeto Mulheres e Homens na Espanha. Este projeto tinha como objetivo introduzir a perspectiva de gênero em toda a informação estatística e promover medidas sociopolíticas para estabelecer a igualdade de gênero em todos os campos de interesse social. (Cantero et al, 2006).

Há uma crescente mobilização por parte do governo espanhol no enfrentamento da violência de gênero. Conforme Cases, *a Espanha tem produzido uma construção política da violência de gênero que pode levar ao desenvolvimento de verdadeiras estratégias*. (2006: 142).

O reconhecimento da violência de gênero por parte do governo europeu, de certo modo, incidiu nos artigos analisados. Ao conceituar a violência sexual no conjunto das violências de gênero, observa-se um avanço porque torna esse fenômeno mais visível e exige ações na esfera pública.

O terceiro núcleo de sentido se refere ao conceito de violência sexual como **problema de saúde pública**. Foi identificado que este núcleo de sentido predominou nos artigos da base de dados Elsevier Doyma.

Os maltratos contra a mulher devem ser considerados um problema de saúde que provoca consequências emocionais e físicas. Deixa de ser, portanto, um conflito unicamente pessoal-privado, e é um objeto de cuidado prioritários nos serviços de atenção primária. (Artigo 11 Doyma).

Em 1998, a OMS a declara [a violência doméstica] como um problema de saúde pública de primeira ordem e, em consequência, uma prioridade internacional para os serviços de saúde; no mesmo ano a Espanha reconheceu de forma explícita a violência doméstica como um problema do Estado e foi formulado o Plano de Ação contra a violência doméstica. (Artigo 8 Doyma).

Identificou-se que os autores adotam o conceito da OMS, que é considerado uma referência internacional. Conforme a OMS,

qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles. (2002: 148).

Os autores concebem que os serviços de saúde como um espaço privilegiado no atendimento às múltiplas expressões da violência contra a mulher. Nesse sentido, Silveira ressalta que *pesquisas internacionais apontam os serviços de saúde como locus privilegiado para identificar e referir violência contra a mulher*. (2006:74).

4. 3 Bases conceituais da atenção primária

Todos os artigos da base de dados BVS abordam a categoria **primeiro contato**.

Os núcleos de sentido encontrados foram: **falta de capacitação; invisibilidade da violência doméstica; falta de instrumentos; e atendimento acolhedor**.

O primeiro núcleo de sentido se refere à **falta de capacitação**. Os autores demonstram que os profissionais de saúde não se sentem capacitados para abordar a violência sexual junto as usuárias. Houve um predomínio desse núcleo nos artigos da base de dados BVS.

No campo da saúde, os profissionais não perguntam porque não vêm qual a intervenção a ser feita, não se sentem habilitados, acham que não têm tempo para atender como deveriam, por ser este um problema por demais complexo, ou sentem o assunto muito próximo e, acima de tudo, não admitem que este seja um problema da atenção à saúde (Sugg & Innui, 1992; Salber & McCaw, 2000). Assim, estamos propondo acrescentar às questões já levantadas, o fato de que, em especial no campo da saúde, a dificuldade de expressar a violência vivida também é problemática da comunicação nas relações interpessoais, pela ausência de linguagem comum que dê conta de tornar esse vivido parte dos problemas que os profissionais de saúde concebem como atinentes à sua intervenção. (Artigo 3 BVS).

Foi apontado que os profissionais não se sentem capacitados para identificar e acompanhar a mulher em situação de violência sexual. Isso é confirmado pelos resultados de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde, onde esses associaram o atendimento à mulher em situação de violência sexual como abrir a caixa de Pandora, demonstrando o medo em trabalhar com as questões que são suscitadas ao abordar este assunto (Schraiber, 1999).

Considerando a necessidade de propiciar uma formação e capacitação aos profissionais de saúde, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, preconiza *formar e capacitar servidores(as) públicos(as) em gênero, raça, etnia e direitos humanos, de forma a garantir a implementação de políticas públicas voltadas para a igualdade*. (SPM, 2004: 35).

O segundo núcleo de sentido se refere à **invisibilidade da violência doméstica**.

A dominação presente na violência sexual cometida no casamento, mais do que em outras violências de gênero, dificulta sua compreensão pela maioria dos profissionais de saúde entrevistados, como um ato que contraria a vontade da vítima. (Artigo 5 BVS).

Os autores apontam que há uma dificuldade dos profissionais de saúde identificarem a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo. Entretanto, desde os anos 80 a violência doméstica passou a ser enfrentada na esfera pública.

Conforme Diniz, nas décadas de 60 e 70 a violência doméstica foi considerada como um tema central na agenda do movimento feminista internacional.

Já no Brasil, a violência doméstica ganhou visibilidade na década de 80. Nesse contexto, foram formuladas políticas públicas no âmbito da segurança pública, com a criação das delegacias legais, e no campo da saúde com o PAISM (Diniz, 2006). Schraiber & D'Oliveira ressaltam que *o que era uma situação comum mantida em segredo no mundo privado, passa a ganhar o espaço público e a “exigir” soluções.* (1999: 16).

No conjunto das instituições que compõem a rede de atendimento, as unidades de saúde são um espaço relevante para a identificação da violência sexual contra a mulher, porque as mulheres em situação de violência utilizam freqüentemente os serviços de saúde (Schraiber, 1999).

Segundo Ortega, *o primeiro nível de atenção é uma das melhores opções para captar, orientar e ajudar a diminuir a problemática da violência e em especial a violência intrafamiliar.* (2001: 49). Apesar disso, os artigos analisados apontam que os profissionais de saúde não reconhecem a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo.

O terceiro núcleo de sentido se refere a **falta de instrumentos**.

A falta de instrumentos de acolhimento e arsenal resolutivo para o problema faz com que os profissionais de saúde compactuem com essa invisibilidade. (Artigo 7 BVS).

Foi identificada uma insuficiência de instrumentos para o atendimento a mulher em situação de violência sexual, no entanto, as unidades de saúde deveriam dispor, sistematicamente, de insumos e instrumentos para possibilitar um atendimento resolutivo.

Conforme preconiza a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes,

a unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a contar com autonomia e resolutividade. Os materiais e equipamentos necessários para o atendimento são os mesmos que compõem a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia. Equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópio, aparelho de ultra-sonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas. (Ministério da Saúde, 2005: 11).

O quarto núcleo de sentido se refere ao **atendimento acolhedor**.

O primeiro contato com a Casa da Mulher é feito com o atendimento pela equipe de enfermagem: são estas profissionais que acolhem a paciente no ambulatório, procurando estabelecer relacionamento que garanta sua aderência ao serviço. (Artigo 5 BVS)

Os autores ressaltam que o primeiro contato é estabelecido pela equipe de enfermagem, que não se restringe a medicação, mas propicia uma escuta diferenciada. Ibañez et al. (2006) ressalta a atenção primária como o primeiro nível de contato dos usuários com o sistema de saúde. Conforme Santos,

acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade. (2007: 83).

Os autores não mencionam que o primeiro contato é realizado por uma equipe interdisciplinar. Conforme ressalta Santos:

o processo de acolhimento poderia ser disparador potencial na recondução das práticas. Para tanto, teria de se constituir uma equipe específica para acolher a demanda na porta de entrada dos serviços de saúde, partindo da premissa de que todo usuário tem direito à escuta. Nesse caso, a equipe acolhedora deve ser composta por diferentes trabalhadores dispostos a receber, ouvir e fazer o encaminhamento mais adequado a todos que procuram o serviço de saúde que, por sua vez, deve funcionar de portas abertas. (2007: 81).

Os autores enfocam um aspecto do primeiro contato que se refere ao acolhimento. No entanto, conforme Ibañez et al., *o acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, o horário e os dias em que está aberta para atender, e o grau de tolerância para consultas não agendadas.* (2006: 688).

Em relação ao **primeiro contato**, foi identificado que 13 artigos da base de dados Doyma abordaram essa categoria.

Os núcleos de sentido encontrados foram: **despreparo profissional**; **abordagem medicalizante**; e **escuta ativa**.

O primeiro núcleo de sentido se refere ao **despreparo profissional**.

As causas mais freqüentes da falta de detecção dos maus tratos pelos médicos são o despreparo, não saber como perguntar a mulher, o temor de invadir a esfera privada da mulher, o medo de perder o controle da situação, as limitações do tempo, o medo de ofender a paciente, não saber como abordar uma vez detectado, a ausência de protocolos e carências de ações formativas, a maioria dos profissionais manifestou a necessidade da formação neste campo. (Artigo 8 Doyma).

Os autores demonstram que o despreparo profissional acarreta uma frágil abordagem da violência sexual nos atendimentos. O despreparo profissional afeta o acolhimento, pois os profissionais não se sentem capacitados para abordar a violência sexual. Conforme Santos, *só existe acolhimento quando há diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co-responsabilização e procura pelo melhor cuidado.* (2007: 81).

Compartilhando da perspectiva dos autores Ibañez et al. *pressupõe que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções.* (2006: 688).

O segundo núcleo de sentido se refere a **abordagem medicalizante**.

Em nossa opinião a maioria dos profissionais são eminentemente biologicistas e não contemplam os aspectos psicossociais da mulher, e os condicionantes de gênero que perpassam sobre ela. (Artigo 10 Doyma).

A abordagem medicalizante impede o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e as usuárias. Esse vínculo é essencial para que a mulher em situação de violência sexual sinta confiança para relatar a violência sofrida. Conforme Santos (2007), o acolhimento na atenção primária pode ser considerado um espaço de relação entre o profissional e o usuário. Nesta relação, se estabelece uma escuta ativa e se constroem um processo de decisões que pode viabilizar intervenções pertinentes e/ou eficazes em torno da necessidade dos usuários.

Além de inviabilizar o vínculo entre os profissionais de saúde e as usuárias, a abordagem medicalizante também não incorpora a dinâmica de gênero. Segundo Gama (2004),

o enfoque biomédico não incorpora compreensivamente os aspectos objetivos e subjetivos implícitos na situação de saúde das mulheres, nem as necessidades destas que se ocultam por trás do motivo da consulta, estabelece uma relação incompleta com as mesmas. (Gama, 2004: 82).

Nesse sentido, os artigos da base de dados Doyma apontam que as unidades de atenção primária acabam por reforçar as desigualdades de gênero. Conforme Gama, *as instituições médicas, cumprem seu papel socializador, tanto na organização, como na regulação e reprodução das relações de gênero*. (2004: 83).

Observou-se nos artigos da base de dados Doyma, que os profissionais de saúde da Espanha se restringem ao atendimento das lesões físicas. Segundo Schraiber,

a área da saúde, assim como a polícia, tem dificuldades em trabalhar questões percebidas como culturais, ou sociais e até psicológicas. A proposta mais divulgada para os serviços, de simplesmente detectar a violência contra a mulher com busca ativa, de rotina, ou screening, pode ter o efeito inesperado de, detectada a violência, a demanda ser rejeitada como não doença, porque social, ou por outro lado ser percebida como patologia, o que também levanta questões, por reduzir ao corpo individual aquilo que é por definição das interações humanas. (1999: 22).

O terceiro núcleo de sentido se refere a **escuta ativa**. Os autores apontam que os profissionais consideram a autonomia das usuárias.

A atenção sociosanitária se centra na escuta ativa e na acolhida psicológica das mulheres com essa especial problemática sócio-familiar, respeitando o direito de decidir seu futuro e assegurando especialmente a confidencialidade. (Artigo 11 Doyma).

Os autores enfatizam que o primeiro contato é estabelecido na escuta ativa. Nessa perspectiva, o Guia de Atenção de Saúde da Mulher Vítima de Violência Doméstica da Espanha preconiza que há uma série de evidências para a identificação de uma situação de violência. No entanto, é necessário que o profissional tenha uma escuta ativa e um olhar diferenciado para perceber esses sinais.

Na análise do universo de artigos da base de dados BVS sobre **longitudinalidade** foi identificado que apenas 1 aborda essa categoria.

Foi identificado um núcleo de sentido: **protocolo de atendimento**. Os autores apontam que a referência entre a usuária e a profissional é importante para a mulher sentir-se mais confortável em expor a situação de violência.

O protocolo de atendimentos tem como pressuposto a assistência personalizada, ou seja, os mesmos profissionais que atendem a mulher na

primeira consultam acompanham o caso até o seu desfecho, seja qual for. (...) Essa personalização do atendimento médico traz para a mulher maior segurança e tranquilidade, em especial quando ocorre uma gravidez. (Artigo 8 BVS).

O artigo da BVS aponta o protocolo como um instrumento para viabilizar a longitudinalidade. Conforme a OMS, *o uso de protocolos e diretrizes padrões pode aumentar significativamente a qualidade do tratamento e apoio psicológico à vítimas, assim como as evidências coletadas.* (2002: 165).

Para estabelecer essa referência é necessário que o profissional tenha uma escuta diferenciada, não restringindo o atendimento à medicação. Conforme ressalta Santos,

afinal, quem co-participa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade em sentido duplo, cuida-faz clínica-e, inoexavelmente, estabelece acolhimento e vice-e-versa. (Santos, 2007: 76)

Em relação a **longitudinalidade**, 5 artigos da base de dados Elsevier Doyma abordam essa categoria. Foi identificado 1 núcleo de sentido: **estabelecimento de vínculo**.

Os artigos da base de dados Elsevier Doyma que concebem que a longitudinalidade é realizada, enfatizam que a mesma contribui para o desenvolvimento do papel preventivo, o aumento na identificação de mulheres em situação de violência sexual e o desenvolvimento de um trabalho assistencial.

Nossas atuações em consulta podem estar dirigidas a várias frentes, aproveitando da longitudinalidade da nossa atenção, do conhecimento das estruturas familiares, da multiplicidade de contatos em consulta, de nossas intervenções na comunidade, etc.

- Podemos desenvolver um papel preventivo
- Devemos aumentar a detecção precoce dos casos de violência
- Devemos desenvolver um trabalho assistencial frente ao casos de violência. (Artigo 4 Doyma).

Observou-se que estabelecer um vínculo entre a usuária e o profissional facilita a identificação da situação de violência sexual. Além do comprometimento por parte do profissional pelo seguimento do atendimento, possibilita novas formas de enfrentamento para a mulher em situação de violência sexual. Nessa perspectiva, o Guia de Atenção a Saúde das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica preconiza que

nestes casos a atitude dos profissionais de saúde é muito importante, demonstrar interesse pela situação da mulher em futuros atendimentos contribui para criar um ambiente de confiança e ajuda para que estas se reconheçam como mulheres em situação de violência. (Governo de Aragón; 2004: 28).

Os artigos salientam a importância dos profissionais de saúde estarem atentos em viabilizar essa categoria da atenção primária.

(...) o profissional de saúde em um clima de confiança e escuta, poderia começar sua intervenção oferecendo a mulher apoio e seguimento na tomada de decisões para mudar sua situação. (Artigo 2 Doyma).

O número expressivo de artigos agrupados nesse núcleo revela que os artigos da base de dados Elsevier Doyma reconhecem a importância da longitudinalidade. No entanto, estes artigos ressaltam que os profissionais de saúde nem sempre viabilizam a longitudinalidade no atendimento.

Dessa forma, nota-se uma lacuna na efetivação dos pressupostos do Guia de Atenção a Saúde das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, pois este preconiza que

na entrevista é preciso criar um clima de confiança recebendo a paciente sozinha e sem pressa. A mulher deve se sentir acolhida (sem ter sentimento de culpa e desconfiança) e ouvida, e as perguntas devem ser feitas de forma clara e direta escutando o relato da paciente sem interrupções e nem juízos de valor. Na entrevista deve-se relacionar as perguntas com os motivos da consulta, ajudando a paciente a refletir sobre seu estado e as causas que o provocam. (Governo de Aragón; 2004: 24).

Nessa perspectiva Ibañez et al. resalta que,

a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde deveria estar refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde. (2006: 688).

Quanto à **integralidade** foram identificados que apenas 2 artigos da base de dados BVS abordaram. Foram encontrados dois núcleos de sentido: **rede de atendimento**; e **integração entre os profissionais**.

O primeiro núcleo de sentido se refere à integralidade promovida pela **rede de atendimento**. A integralidade entre as instituições de diversas esferas que compõem a rede de atendimento propicia um atendimento que contempla as múltiplas repercussões na vida da mulher em situação de violência sexual.

Somente através da integração dos serviços de saúde, polícia, escolas, órgãos de assistência jurídica e preparo dos profissionais é que poderá ser melhorado o atendimento às mulheres violentadas. (Artigo 6 BVS).

Um número pouco expressivo de artigos da BVS abordou a integralidade realizada pela rede de atendimento. No entanto, a trajetória histórica da política de saúde do Brasil vem consolidando ações para promover a integralidade. Conforme Klingelhofer,

no Brasil, a discussão sobre a questão da visão integral se deu inicialmente na medicina preventiva, berço do movimento sanitário e, posteriormente, com o surgimento da Saúde Coletiva nos anos 70 do século passado encontrou um campo de expressão mais amplo, que associava questões de ordem preventiva às sociais. (2003: 42).

O debate que se iniciou na década de 70 se perpetuou nos anos 80, nesse período houve um reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da importância de se assegurar um atendimento com integralidade (Klingelhofer, 2003).

A Constituição Federal de 1988 preconiza como uma das diretrizes da saúde: *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*. (1988: 46). Já para Pinho & Siqueira,

a integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS, mas pode ser percebida como um conjunto de ações pertinentes a assistência livre do reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições. (2006: 43).

Essa perspectiva é relevante no atendimento à mulher em situação de violência sexual porque esse tipo de violência pode não acarretar lesões físicas. Exige-se que o profissional de saúde conceba a usuária como um sujeito de direitos que deve ser atendida em suas múltiplas questões. Contudo, o baixo número de

artigos da base de dados BVS abordando essa categoria demonstra que há barreiras para a concretização da integralidade.

Os autores reiteram um dos princípios da Lei Orgânica da Saúde, que define: *integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.* (1990: 173).

Os autores compartilham os pressupostos da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes de 2005, ou seja,

é fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde deve buscar identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros. (Ministério da Saúde, 2005: 22).

Constata-se que o Brasil tem avançado na formulação de políticas públicas no campo da integralidade. Nesse sentido, Hartz & Contandriopoulos ressaltam que

no Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias. (2004: 331).

A trajetória das políticas públicas brasileiras tem avançado na direção da implementação da integralidade, exemplo disso é a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que define como uma de suas prioridades para o período de 2004 a 2007,

ampliar e qualificar a atenção integral à saúde de grupos da população feminina, ainda não considerados devidamente nas políticas públicas: trabalhadoras rurais, mulheres negras, na menopausa e na terceira idade, com deficiência, lésbicas, indígenas e presidiárias. Além disso, promover a saúde mental das mulheres, com enfoque de gênero. (2004: 6).

Considerando que essa proposta ainda está no período de vigência é necessária a ampliação da produção de artigos avaliando até que ponto essa política está sendo implementada.

O segundo núcleo de sentido se refere à **integração entre os profissionais**. Os autores ressaltam a realização de reuniões semanais entre as diferentes profissões de saúde como uma estratégia para implementação da integralidade.

A equipe interdisciplinar reúne-se semanalmente para discussão dos casos, garantindo a sincronia no atendimento e permitindo uma visão integral e única de todos os profissionais sobre cada paciente atendida. Essa dinâmica de trabalho possibilita atualizar a visão de cada profissional sobre a violência, e ao mesmo tempo assegura maior qualidade na assistência às vítimas. (Artigo 8 BVS).

Observou-se que reuniões com periodicidade entre a equipe de saúde possibilitam que cada profissional exponha sua vivência com o atendimento, além de assegurar que as usuárias não necessitem relatar o que sofreram para diferentes profissionais. Nessa perspectiva, Hartz & Contandriopolus destacam que uma forma dos usuários constatarem que existe um sistema integrado de serviços é a superação das seguintes lacunas:

não precisar repetir sua história em cada atendimento; não precisar se submeter a repetições inúteis de exames; não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos. (2004: 334).

A superação dessas lacunas é relevante para as mulheres em situação de violência sexual porque é desconfortável ter que recordar e relatar para diferentes profissionais da unidade o ocorrido; a profilaxia é composta por muitos exames e medicações e ter que repetir algum desses exames torna-se doloroso para a mulher; a rede de atendimento engloba diferentes esferas e relatar em cada instituição o ocorrido acaba por gerar uma outra violência a mulher.

Os autores apontam que os profissionais de saúde se comprometem em realizar reuniões sistemáticas, demonstrando responsabilidade pelas decorrências de seu atendimento. Segundo Pinho & Siqueira,

a integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível as dimensões do processo saúde/doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica. (2006: 43).

Dessa forma, os profissionais de saúde que adotam uma postura de integralidade nos atendimentos não se restringem às lesões físicas, aumentando a identificação da violência sexual. Conforme Klingelhofer,

a atitude de um profissional de saúde frente a um paciente que traz uma necessidade, em geral apresentada por algum tipo de sofrimento, ao buscar conhecer todos os aspectos que envolvem a sua vida em prol da construção de uma imagem mais ampla desse campo de necessidades, permitiria que as ações a serem definidas contemplassem, para além do sofrimento, fatores de risco à saúde e condições outras que não relacionadas somente ao motivo da consulta. (2003: 42).

Klingelhofer ressalta que na atenção primária a perspectiva de integralidade inicia no atendimento do agente comunitário até os profissionais e gestores.

essa seria a marca maior desse sentido da integralidade, não sendo uma característica exclusiva dos médicos, mas sim, de todos os profissionais de saúde. A visão integral do indivíduo deveria fazer parte das práticas de todos os profissionais de saúde, desde o agente comunitário, passando pelo agente administrativo, até o próprio médico, em todos os níveis do sistema de saúde. Na verdade, essa visão integral deveria fazer parte também da visão dos gerentes, gestores, lideranças comunitárias, membros de Conselhos de Saúde e políticos do sistema, que estabelecem as regras que poderão possibilitar ou não a realização da integralidade. (2004: 44).

Contudo, a análise dos artigos aponta para uma frágil incorporação da perspectiva de integralidade por parte dos profissionais de saúde.

Foi identificado que 10 artigos da base de dados Doyma abordam a categoria **integralidade**. Os núcleos de sentido encontrados são: **rede de atendimento**; e **integração entre os profissionais**.

O primeiro núcleo de sentido se refere a integralidade estabelecida pela **rede de atendimento**. Os autores concebem que a integralidade se concretiza na articulação das unidades que fazem parte da rede de atendimento. Reforçam que as unidades de saúde devem buscar se articular com as demais unidades de diferentes esferas de atendimento.

Devemos trabalhar de forma coordenada com as equipes de saúde e com os serviços sociais. As associações de vítimas de maltrato e agressões sexuais são um recurso muito útil porque oferecem ajuda psicológica especializada, assessoramento legal, acolhida e ajuda mútua. (Artigo 5 Doyma).

Observou-se que este resultado relaciona-se com as políticas de enfrentamento na Espanha.

O I Plano foi formulado como proposta de enfrentamento da violência contra a mulher. Nesses três anos de vigência, obteve como um de seus avanços a ampliação da rede de atendimento com a criação dos Serviços de Atenção Especializada da Polícia (SAM) e da Guarda Civil (EMUME), Centros de Acolhida, Corporações Locais, Centros de Informação e Oficinas de Assistência (II Plano Integral contra a violência doméstica 2001-2004, 2000).

Após o período de vigência do I Plano, foi formulado o II Plano Integral contra a violência doméstica para o período de 2001 a 2004, que teve como objetivo ampliar, otimizar, aumentar os recursos e apoiar as instituições que foram conquistas do I Plano (II Plano Integral contra a violência doméstica 2001-2004, 2000).

Em 2004, foi formulada a Lei Orgânica de Medidas de Proteção Integral contra a Violência de Gênero, que concebe o enfrentamento da violência de gênero de forma integral e multidisciplinar, incorporando medidas para prestar assistência. Define como uma de suas funções: *realizar propostas de atuação, em diferentes âmbitos, para prevenir, sancionar e erradicar a violência de gênero e melhorar a situação das mulheres vítimas da mesma*. (Ministério da Presidência, 2006: 10167).

Nesse contexto, na Espanha há o reconhecimento da magnitude da violência sexual contra a mulher e da importância de disponibilizar uma rede articulada de atendimento.

Os artigos da base de dados Elsevier Doyma se fundamentam em experiências de unidades de atenção primária da Espanha onde estão consolidadas ações de integralidade entre as unidades de atendimento. Confirmando essa perspectiva, Ibañez et al. ressalta que cabe a atenção primária, considerada o primeiro nível de atenção, *conectar-se a outros níveis do cuidado, pressupondo uma rede integrada de serviços de saúde*. (2006: 685). Segundo esse autor,

a integralidade implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde. Isto inclui o encaminhamento para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários. (2006: 688).

O Guia de Atenção à Saúde das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica preconiza que

os profissionais de saúde devem informar os recursos sociais disponíveis para a atenção as mulheres vítimas de maus-tratos, diretamente ou através do assistente social da unidade de saúde. Além de informar o telefone do centro de atenção a mulher mais próximo, assim como o telefone gratuito 24 horas do IAM: 900 504 405. O encaminhamento aos serviços sociais de atenção a mulher é fundamental, já que dispõem de recursos para a atenção psicológica, social e jurídica das vítimas de maus-tratos, assim como das casas de acolhida. (Governo de Aragón; 2004: 27).

As publicações e as políticas públicas da Espanha ressaltam a atribuição do profissional de saúde de se articular com as demais instituições que compõem a rede.

O segundo núcleo de sentido se refere a integralidade realizada através da **integração entre os profissionais**. Os autores que abordam a integralidade através da integração entre os profissionais concebem que essa articulação é importante entre a equipe e os demais profissionais da rede de atendimento.

Os profissionais de saúde, e particularmente os profissionais de atenção primária, constituem um elemento chave para a abordagem integral dos maus tratos por estar em um lugar estratégico, e pela atenção integral que prestam. (Artigo 8 Doyma).

A articulação entre os profissionais de saúde é importante para assegurar que a equipe preste o atendimento contemplando as diversas conseqüências para a saúde da mulher em situação de violência sexual.

Essa integração entre os profissionais contribui para o seguimento do atendimento. Quando há falhas na integralidade entre os profissionais da rede de atendimento, possivelmente a usuária não continuará o acompanhamento.

Na análise dos artigos da base de dados BVS referente à **abrangência**, foi identificado que 2 artigos abordam essa categoria.

Na análise dos artigos da base de dados BVS que abordaram esta categoria da atenção primária, foi identificado um núcleo de sentido: **modelo medicalizante**.

Embora no âmbito dos serviços de saúde, o reconhecimento dos danos causados pela violência sexual seja fundamental à orientação das condutas, o modelo explicativo medicalizante acaba por obscurecer a abrangência (...). (Artigo 5 BVS).

Os artigos da base de dados BVS apontam o modelo medicalizante como um fator que impede a realização da abrangência. Nessa perspectiva, o CONASS ressalta que

a abrangência envolve a capacidade dos serviços em oferecer o que está sendo planejado. Nesse sentido, deve ficar claro que as equipes de APS devem encontrar o equilíbrio entre a resolatividade da clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional, como condição sine qua non para apresentar os resultados esperados. (2004: 29).

Identificou-se que um número pouco considerável de artigos abordou essa categoria e aqueles que abordaram ressaltaram que a abrangência não é realizada. Esse resultado demonstra uma fragilidade na incorporação dessa categoria nos artigos da base de dados BVS.

Através da análise dos artigos da base de dados Elsevier Doyma, em relação a **abrangência**, foi identificado que apenas 2 artigos abordam essa categoria.

Na análise dos artigos que abordam, foi identificado um núcleo de sentido: **uso do protocolo**.

O reconhecimento com fins periciais de uma vítima de agressão sexual tem objetivos diferentes de um reconhecimento com fins clínicos e em nenhum caso deve limitar-se somente ao atendimento ginecológico. É melhor seguir um método, tal como o Protocolo do Serviço Interterritorial, com fim de não esquecer nada. [o Protocolo] Compreende 3 dimensões: lesões físicas, lesões psicológicas e prevenção. (Artigo 5 Doyma).

Os artigos compreendem que o uso do protocolo favorece a realização da abrangência na medida em que preconiza que o atendimento deve assegurar a medicação, assim como, medidas de prevenção. Confirmando essa perspectiva, Botell & García (2005) ressaltam que o atendimento em atenção primária não deve se restringir ao processo de diagnóstico e tratamento, é necessário ter uma visão integral, estratégica e preventiva. Dessa forma, a atenção primária possibilita,

atenção médica integral, sistemática, contínua, em equipe e com a participação da comunidade, e que tem como objetivo a prevenção das enfermidades, assim como, alcançar melhores níveis de saúde e qualidade de vida da população e promover a reabilitação quando necessário, com uma elevada preparação científica, humanista, ética e solidária, sustentada com recursos humanos qualificados. (Botell & García, 2005: 4).

Considerou-se que o número pouco expressivo de artigos agrupados nesse núcleo de sentido está relacionado à realização insuficiente dessa categoria nas unidades de atenção primária na Espanha. Ribera et al. relataram uma pesquisa nas unidades de atenção primária em Catalunia na Espanha sobre as percepções de profissionais e usuários sobre a atenção primária, obtendo como um de seus resultados que

os profissionais e usuários identificam 4 dimensões da APS que coincidem com suas responsabilidades e atributos básicos: acessibilidade, coordenação e continuidade, relação profissional e paciente, qualidade científica-técnica e capacidade resolutive. Consideram que os serviços atuais não cumprem todas as suas expectativas nestas dimensões. (2006: 209).

Em relação à categoria **coordenação da atenção**, foi identificado que apenas 3 artigos da base de dados da BVS abordam essa categoria.

Foram identificados os seguintes núcleos de sentido: **encaminhamento a abrigos**; e **capacitação para os profissionais**.

Conforme Ibañez et al., a coordenação (ou integração dos serviços)

pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos e do encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados deveriam ser avaliados nas consultas subseqüentes. (2006: 688).

O primeiro núcleo de sentido se refere ao **encaminhamento a abrigos**. Os autores ressaltam que, ao traçar um perfil socioeconômico, o profissional pode definir os encaminhamentos adequados às usuárias. Para esse encaminhamento ter resolutividade é necessário que o profissional de saúde acompanhe a usuária.

(...) é feita entrevista individual visando conhecer a história da vida da paciente e traçar seu perfil socioeconômico. Esta abordagem visa minimizar as dificuldades que possam interferir na aderência ao serviço, nas decisões a serem tomadas relativas à violência, a uma eventual gestação e à retomada do cotidiano, além de orientar em relação a documentos, transporte, contatos com família e trabalho. Também é feito contato com outras entidades, visando auxiliar a mulher na busca de abrigo, quando a violência sexual se dá no contexto doméstico. (Artigo 8 BVS).

A coordenação da atenção é importante no atendimento às mulheres em situação de violência sexual porque possibilita a referência e contra-referência. O atendimento restrito a uma instituição não assegura a respostas às múltiplas conseqüências da violência sexual, é necessária a articulação entre as diferentes esferas que compõem a rede de atendimento. No entanto, os autores restringem o encaminhamento aos abrigos para as mulheres em situação de violência doméstica. Conforme a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes,

a equipe de saúde deve buscar identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros. (2005: 22).

O segundo núcleo de sentido se refere à **capacitação para os profissionais**. Os autores fazem referência à proposta da OMS em capacitar os profissionais de saúde para o atendimento à mulher em situação de violência sexual.

Embora o problema da violência seja complexo, assim como sua resolução, acredita-se que o primeiro passo para abordá-lo é tirá-lo da invisibilidade. Algumas medidas têm sido propostas para diminuir a sua invisibilidade nos serviços de saúde. Reconhecendo a violência de gênero como problema de saúde pública, a OMS propõe que haja capacitação de profissionais para reconhecê-la e abordá-la por meio do acolhimento; reconhecer a integridade das mulheres como sujeitos com direitos humanos; informá-las sobre os recursos da sociedade, tais como delegacias de mulheres e casas-abrigo; e reconhecer as situações de risco de vida para proteger a paciente, trabalhando em articulação com os outros setores da sociedade. (Artigo 7 BVS).

Os autores enfatizam que a capacitação profissional potencializa a coordenação da atenção. Nessa perspectiva, o Segundo Plano de Ação Regional de Prevenção da Violência 2001-2005 preconiza

capacitação dos profissionais de saúde e de outros setores, assim como a comunidade na administração de conflitos, relações equitativas de gênero, atenção às vítimas, além dos aspectos relacionados a prevenir a violência contra a mulher. (2005: 9).

Quanto à **coordenação da atenção**, foi identificado que apenas 4 artigos da base de dados Elsevier Doyma abordam essa categoria. Identificou-se apenas um núcleo de sentido: **realização de seguimento**.

Os autores enfatizam que os profissionais de saúde devem possibilitar o seguimento dos atendimentos.

Os profissionais de saúde precisam aprender a detectar os casos de violência e oferecer as mulheres que sofrem um seguimento para apoiá-las na análise do que estão passando, na tomada de decisões e no encaminhamento a outros serviços. (Artigo 7 Doyma).

O profissional de saúde, em um clima de confiança e escuta, poderia começar sua intervenção oferecendo a mulher apoio e seguimento na tomada de decisões para mudar sua situação. Além disso, uma vez detectado o problema, o profissional poderia encaminhar a mulher em situação de violência sexual aos serviços legais e sociais de proteção pertinentes. (Artigo 2 Doyma).

Os autores salientam que os profissionais de saúde devem encaminhar as mulheres em situação de violência sexual à rede de atendimento, assim como estabelecer o acompanhamento para garantir a resolutividade nos atendimentos. Compartilhando dessa perspectiva, Botell & García afirmam que

a atenção primária não deve ser somente a porta de entrada ao sistema de saúde, mas deve possibilitar a interação entre esta e o paciente. O aspecto integral em equipe de atenção primária para solução dos problemas é outro aspecto importante, assim como a continuidade permanente desta atenção de forma sistemática e em coordenação com a família e a comunidade. (2005 :6).

Conforme Gérvas, a atenção primária tem *a capacidade de encaminhar à atenção especializada quando necessário e de trabalhar para assegurar a continuidade dos cuidados*. (2006: 459). Nesse sentido, os artigos podem contribuir para os profissionais estarem mais atentos em efetivar essa categoria.

Martín et al, demonstra que em uma pesquisa realizada com usuários de unidades de atenção primária da Espanha *os usuários valorizam muito a continuidade dos cuidados, embora seja uma variável pouco indicada. Por um lado, fazem referência ao conhecimento mútuo profissional-paciente como um marco de boa relação*. (2005: 361).

A coordenação da atenção é fundamental no conjunto das categorias da atenção primária. Conforme Novás et al,

a continuidade da atenção é o elemento chave da atenção primária, porque ela perpassa por todos os seus aspectos: primeiro contato, atenção integral, longitudinalidade, integração e coordenação da atenção, e ao conceito da família como unidade de atenção. (2005: 5).

4.4 Alternativas de prevenção da violência sexual

A análise dos artigos da base de dados BVS quanto às **alternativas de prevenção da violência sexual** permitiu identificar quatro núcleos de sentido:

melhora na acessibilidade; formação profissional; capacitação profissional; e ampliação de estudos.

O primeiro núcleo de sentido se refere à **melhora na acessibilidade**. Os autores apontam para a necessidade da melhoria do atendimento como uma forma de possibilitar a prevenção da violência sexual.

Em relação aos profissionais da saúde, salienta-se que é preciso promover a discussão do tema sempre que houver oportunidade. A presente pesquisa serviu como dispositivo para fomentar uma discussão na unidade de saúde, motivando a equipe para o enfrentamento do problema. Também foi ao encontro de uma necessidade local reprimida, fato inferido pelo interesse e procura das mulheres para responder ao inquérito. Em conclusão, as mulheres em situação de violência de gênero procuram mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê a elas condições de acolhimento e de escuta. Portanto, recomenda-se que os serviços de atenção primária em saúde criem espaços para ouvir, entender e enfrentar a violência de gênero. (Artigo 1 BVS).

Os autores sugerem que as unidades de atenção primária devem assegurar um espaço de escuta ativa. A escuta diferenciada por parte dos profissionais de saúde possibilita identificar situações de risco, dessa forma, pode contribuir para prevenir situações de violência sexual.

Nesse sentido, o Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher salienta que

os estudos sobre impacto das ações do Estado sobre o problema da violência apontam uma difícil trajetória às vítimas (1998), repercutindo, inclusive, em situações de revitimização. Esta revitimização origina-se seja nas dificuldades do atendimento, que vão desde um acolhimento inadequado, a falta de uma escuta não-julgadora, a imposição de condutas e resoluções que não encontram adesão de parte das usuárias dos serviços, até a ausência de acesso aos meios jurídicos e de proteção que viabilizem o respaldo da vítima frente ao agressor, levando muitas vezes à perda de vidas. (2003: 47).

Ao propor a melhoria no atendimento como alternativa para a prevenção da violência sexual, os artigos da base de dados BVS podem contribuir para o processo de capacitação dos profissionais de saúde.

O segundo núcleo de sentido se refere à **formação profissional**. Os autores dos artigos da base de dados BVS assinalam que a formação profissional é importante para assegurar que o profissional de saúde propicie um atendimento humanizado.

É possível detectar os casos de violência, porém é necessário especificidade de abordagem e cuidados próprios para que essa violência contra a mulher possa emergir como parte da demanda usual na saúde pública. A intervenção nas situações de violência cabe a todos os serviços estatais, polícia, justiça e saúde, e os que atuam nesses setores devem ser preparados para atender esse tipo de usuário. Essa preparação deveria acontecer ainda nas Universidades, de modo a formar não só melhores profissionais, mas profissionais mais humanos. (Artigo 6 BVS).

Os autores apontam a formação profissional como um componente essencial para identificar, nos atendimentos diários, mulheres em situação de violência. Nessa mesma direção, a SPM recomenda *garantir a inclusão das questões de gênero, raça e etnia nos currículos, reconhecer e buscar formas de alterar as práticas educativas, a produção de conhecimento, a educação formal, a cultura e a comunicação discriminatórias*. (2004: 34).

Os artigos da base de dados BVS reafirmam a proposta da universidade rever a formação em medicina. Conforme Azevedo & Vilar,

a insuficiência e inadequação do conteúdo disciplinar das escolas médicas ao formar médicos despreparados para abordagem da clientela em ambiente extrahospitalar vêm sendo há muito criticada, na medida em que se priorizam a formação especializada e científica. A prática focada em diferentes espaços, tais como o ambulatório, a família, o trabalho, a escola, por trabalhar com um referencial de objeto que não somente a medicina hospitalar, mas também o social, não tem encontrado correspondência adequada na abordagem das escolas médicas. (2006: 407).

Nesse sentido, Oliveira (2006), ressalta que a universidade vem enfrentando o desafio de redefinir seu papel na formação dos alunos. Segundo esse mesmo autor, *a reforma dos sistemas educativos aparece como prioridade, de forma a estabelecer novos currículos, profissionalização de professores, gestão educacional e avaliação institucional*. (2006: 28).

A formação profissional adequada pode viabilizar a resolutividade nos atendimentos. Segundo Gama (2004), a formação acadêmica reforça nos profissionais de saúde sua auto-estima e sua capacidade.

Acredita-se que os autores suscitaram, mesmo que indiretamente, a necessidade de capacitação dos professores universitários. Assegurar uma formação profissional apropriada exige professores universitários capacitados. Conforme Oliveira,

se os novos tempos exigem novos procedimentos, métodos, currículos, gestão, também novas tarefas e responsabilidades são esperadas dos professores. Estes, agora, aparecem como agentes inovadores nos processos pedagógicos, curriculares e organizacionais, para a transformação da escola e dos sistemas escolares. Exige-se que sejam mais bem preparados para lidar com novas exigências curriculares, especialmente pelo desenvolvimento de competências e habilidades profissionais em novas condições e modalidades de trabalho. (2006: 28).

Oliveira destaca ainda que para tal realização é necessária *a valorização e capacitação adequada e contínua desta categoria profissional*. (2006: 29).

O terceiro núcleo de sentido se refere à **capacitação profissional**. Os autores apontam que a capacitação é necessária para que os profissionais proporcionem ações de prevenção.

É importante, portanto, aprofundar essa discussão na capacitação dos profissionais que atuam na prevenção da violência sexual, buscando fundamentar este esforço no fato de que as representações, que expressam a espessura da cultura, podem ser modificadas e não apenas reproduzidas. (Artigo 5 BVS).

Os autores concebem que a capacitação profissional é essencial para que novas percepções sejam produzidas. Nesse sentido, Ibañez et al. pressupõe *que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções*. (2006: 688).

Esse entendimento também é compartilhado pela Política Nacional para as Mulheres que preconiza *oferecer cursos de capacitação na temática de gênero para os profissionais de segurança pública, saúde, educação e assistência psicossocial*. (2004: 80).

A perspectiva dos autores reitera a prioridade estabelecida no documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Conforme esse documento,

o Ministério da Saúde definiu como prioritários para a capacitação de profissionais de saúde na atenção integral à saúde da mulher os seguintes temas: assistência em planejamento familiar, assistência pré-natal, assistência humanizada à mulher em situação de abortamento e no pós-abortamento, climatério, violência sexual e doméstica, urgências e emergências obstétricas e atenção humanizada e baseada em evidências científicas ao parto e ao nascimento. (Ministério da Saúde, 2005: 16).

O quarto núcleo de sentido se refere à **ampliação de estudos**. Os autores propõem a ampliação da produção teórica sobre a violência contra a mulher.

Por fim, queremos apontar para a própria complexidade da percepção e das representações que cercam o termo violência e das conexões que isto acarreta para a decisão da mulher de enfrentar as situações de agressão vividas, bem como as possibilidades de estabelecer interações assistenciais mais produtivas nesse mesmo sentido. De um lado, nossa conclusão remete necessariamente para a importância de estudos ulteriores, que detalhem e aprofundem as concepções acerca da violência pelas mulheres em geral e em especial pelas que a sofrem. (Artigo 3 BVS).

Os autores concebem que a ampliação de estudos pode contribuir para a prevenção da violência sexual. Nesse sentido, a OMS ressalta que

o que contribui para a falta de visibilidade do problema nas agendas não só das pessoas que elaboram as políticas mas também dos doadores é a ausência de um consenso sobre a definição de violência sexual e a escassez de dados que descrevam a natureza e a extensão do problema no mundo todo. Há necessidade de pesquisas significativas a respeito de quase todos os aspectos da violência sexual. (2002: 169).

Segundo Ibañez et al., *apesar do crescimento no número de estudos, apenas 9% destes discutem a APS na perspectiva do sistema de saúde, sendo a maioria com enfoque clínico ou de serviços de saúde*. (2006: 684). Dessa forma, ao apontar para a ampliação de estudos, os autores da base de dados BVS, de certo modo, contribuem para a compreensão desse fenômeno no âmbito da atenção primária.

Os artigos da base de dados da BVS não situaram os sites como fonte de informação nessa temática. No Brasil, há sites que são formulados por núcleos de pesquisa e organizações não-governamentais que disponibilizam dados e textos para reflexão sobre a violência contra a mulher.

O Instituto Patrícia Galvão é uma organização não-governamental, localizada em São Paulo, e desenvolve projetos sobre direitos da mulher e meios de comunicação de massa. O site desse Instituto disponibiliza textos e campanhas sobre violência contra a mulher. O Núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino é vinculado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e vem realizando pesquisas na área de violência sexual contra mulher no âmbito da saúde pública. O site vinculado a esse Núcleo disponibiliza informações sobre a rede de atendimento, textos, material educativo e bibliotecas virtuais.

Quanto às **alternativas de prevenção da violência sexual** foi identificado que 13 artigos da base de dados Elsevier Doyma abordaram essa categoria.

Identificou-se 4 núcleos de sentido: **ampliação de estudos; igualdade de gênero; formação profissional; e melhora na acessibilidade.**

O primeiro núcleo de sentido se refere à **ampliação de estudos** e aponta para insuficiência de estudos sobre violência doméstica.

Levando em conta o grande impacto da violência doméstica sobre a saúde e a escassez de trabalhos a respeito na Espanha, vale a pena destacar a urgência de levar a cabo estudos em nosso país para identificar e conhecer a magnitude do problema. (Artigo 2 Doyma).

Os autores dos artigos da base de dados Elsevier Doyma concebem que o maior número de estudos possibilita uma melhor compreensão sobre o fenômeno da violência sexual, que por sua vez contribui para a construção de alternativas de prevenção à violência sexual.

Compartilhando dessa mesma noção, o Plano de Ação do Governo de Andaluz para a Violência contra as Mulheres 2001-2004 preconiza como um de seus objetivos: *desenvolver estudos que contribuam para conhecer os custos sociais da violência de gênero.* (2001:17).

O segundo núcleo de sentido, **igualdade de gênero**, se refere à construção de uma nova sociedade que desconstrua os papéis masculinos e femininos na sociedade.

São necessárias ações de prevenção no seio da família, na escola e na sociedade, orientadas a modificar atitudes sexistas, a criar um clima de respeito, a fomentar a igualdade, a tolerância e a não violência, e criar um clima de não tolerância frente aos agressores, a melhorar o papel da mulher na sociedade e exigir transformações nas normas sociais. (Artigo 4 Doyma).

Os autores da base de dados Elsevier Doyma propõem a modificação de ações sexistas em diversas esferas da sociedade. Essa concepção reitera as propostas do Guia de Sensibilização e Formação em Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens. Conforme esse Guia,

na infância, nos ensinam principalmente a utilizar os códigos de comunicação verbal e não verbal que são os instrumentos que servem para nos relacionarmos com as demais pessoas e mediante as quais transmitimos de uma geração a outra nossa forma de ver o mundo e nossa cultura (idéias, comportamentos...). (Fundação Mulheres; sem data: 4).

Observou-se que os artigos da base de dados Doyma enfatizam que a modificação da visão sexista na família, na escola e na sociedade. Essa concepção reforça os objetivos do Plano de Ação do Governo de Andaluz para a Violência contra as Mulheres 2001-2004. Conforme esse Plano é necessário

abrir um espaço de reflexão e análise entre os professores e alunos e as associações de pais e mães sobre a construção e transformação das relações de gênero para ajudá-los a identificar e prevenir as desigualdades, as dependências e as situações de violência. (2001: 20).

O terceiro núcleo de sentido se refere à **formação profissional**. Os autores apontam que a formação profissional é considerada relevante para a prevenção da violência sexual.

Os profissionais devem contar com a motivação e a formação profissional, que constitui uma necessidade sentida por muitos profissionais e recomendado por organizações de saúde e sociais. (Artigo 8 Doyma).

Os autores apontam que é necessário qualificar a formação dos profissionais de saúde da Espanha. Nesse sentido, compartilham com as medidas governamentais.

Em 1998, O Instituto da Mulher de Andaluz elaborou e distribuiu manuais baseados na perspectiva de gênero. Esses manuais são destinados aos profissionais que realizam atendimento às mulheres em situação de violência sexual e tem por objetivo assegurar que esses profissionais identifiquem e abordem de forma adequada essa temática. Através desse material, espera-se que os profissionais prestem um melhor atendimento, disponibilizando uma maior atenção, informação e vínculo (Plano de Atuação do Governo Andaluz para avançar na erradicação da Violência contra as Mulheres 1998-2000, 1998).

Em 2001, O Plano de Ação do Governo de Andaluz para a Violência contra as Mulheres 2001-2004 definiu como um objetivo: *prevenir e sensibilizar os distintos setores profissionais sobre a violência de gênero*. (2001: 18).

O quarto núcleo de sentido se refere à **melhora na acessibilidade**.

Como conclusão do nosso estudo ressaltamos que a adequação e a melhora da acessibilidade na atenção prestada às famílias vítimas de

violência doméstica melhora sua participação em atividades de prevenção. (Artigo 11 Doyma).

Os autores concebem que a melhora na acessibilidade possibilita a promoção de ações de prevenção. Na perspectiva dos usuários da atenção primária, incluindo as mulheres em situação de violência sexual, a facilidade de acesso é um aspecto relevante para a qualidade no atendimento. Segundo Martín et al., uma pesquisa realizada com usuários de unidades de atenção primária da Espanha revelou que

um dos aspectos mais valorizados pelos participantes é a acessibilidade às unidades de atenção primária. Destacam a proximidade da residência, a facilidade de contato telefônico e o atendimento no horário da manhã/tarde. (2005: 360).

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo analisar os artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha. Buscou-se mapear os artigos que abordam a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha; caracterizar e analisar os artigos selecionados; e ampliar o conhecimento sobre a violência sexual no contexto da atenção primária no Brasil e na Espanha.

O mapeamento aconteceu através da coleta de artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma. Os artigos foram caracterizados através da construção do perfil e analisados a partir de categorias previamente estabelecidas.

Quanto ao **ano de publicação**, nos artigos da base de dados BVS houve um discreto predomínio nos anos 2005 e 2006, enquanto nos artigos da base de dados Elsevier Doyma predominou o ano de 2004. Quanto ao **sexo do primeiro autor**, houve semelhança entre os artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma, predominando o sexo feminino. Também houve convergência nos artigos das duas bases de dados em relação ao **vínculo com pós-graduação**, foi identificado que poucos autores pertencem a núcleos de pós-graduação.

Houve convergência quanto ao **conceito de violência sexual** nas duas bases de dados. Foram identificados três núcleos de sentido nos artigos da base de dados BVS: **violência contra a mulher; violência de gênero; e problema de saúde pública**. Já na base de dados Elsevier Doyma foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: **violência doméstica; violência de gênero; e problema de saúde pública**.

Notou-se que os núcleos de sentido violência de gênero e problema de saúde pública são comuns às duas bases de dados. Os artigos da base de dados BVS compreendem que a violência sexual se fundamenta nos papéis feminino e masculino na sociedade, já os autores da base de dados Elsevier Doyma fazem referência ao conceito de gênero definido pela ONU. Os autores da base de dados BVS e Elsevier Doyma reafirmam a perspectiva da OMS, que concebe a violência sexual como um problema de saúde pública. Na base de dados BVS predominou o núcleo de sentido violência de gênero, que é considerado um conceito abrangente. Na base de dados Elsevier Doyma predominou o núcleo de sentido problema de saúde pública. Esse resultado está relacionado com a trajetória das políticas públicas no âmbito da saúde na Espanha.

Um número expressivo de artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma abordaram o **primeiro contato**. Os autores apontam que os profissionais de saúde não realizam essa categoria nos atendimentos às usuárias. Na análise dos artigos da base de dados da BVS predominou o núcleo de sentido **falta de capacitação**. Os artigos demonstram que os profissionais de saúde não se percebem capacitados para identificar situações de violência sexual. Foi identificado nos artigos da base de dados Elsevier Doyma o predomínio do núcleo de sentido **abordagem medicalizante**. Os autores apontam que os profissionais de saúde possuem uma perspectiva biologicista, restringindo o atendimento à medicação e não considerando a abordagem de gênero.

Na análise comparativa dos artigos da base de dados BVS e Elsevier Doyma, observou-se um número pouco expressivo de artigos em ambas as bases de dados que abordaram a categoria **longitudinalidade**. Nos artigos da base de dados BVS foi identificado que a longitudinalidade é realizada através do **protocolo de atendimento**. Os artigos apontam que o protocolo possibilita que o profissional que prestou o primeiro atendimento continue realizando o acompanhamento da usuária. Na base de dados Elsevier Doyma foi identificado o núcleo de sentido **estabelecimento de vínculo**. Os autores enfatizam que o vínculo profissional-usuária promove o desenvolvimento do papel preventivo, o aumento na identificação de mulheres em situação de violência sexual e o desenvolvimento de um trabalho assistencial.

Observaram-se diferenças na abordagem da **integralidade** entre os artigos da base de dados BVS e Doyma. Apenas 2 autores da base de dados BVS abordou essa categoria, enquanto 10 artigos da base de dados Elsevier Doyma abordaram a mesma categoria. Nos artigos de ambas as bases foram identificados dois núcleos de sentido em relação a integralidade: **rede de atendimento e integração entre os profissionais**. Os autores da BVS concebem que as instituições de diversas esferas que compõem a rede de atendimento propiciam um atendimento que contempla as múltiplas repercussões na vida da mulher em situação de violência sexual. No primeiro núcleo de sentido os autores das duas bases de dados apontam que a articulação de diferentes esferas que compõem a rede é essencial no atendimento às mulheres em situação de violência sexual. No segundo núcleo de sentido, os autores das duas bases de dados apontam que essa integração é fundamental para assegurar uma atenção integral à mulher em situação de violência sexual.

Foi identificado que poucos artigos das bases de dados BVS e Elsevier Doyma abordaram a categoria **abrangência**. Nos artigos da base de dados BVS foi identificado o núcleo de sentido **modelo medicalizante**, os autores ressaltam que esse modelo impede a realização da abrangência. Já nos artigos da base de dados Elsevier Doyma, os autores apontam que os profissionais realizam a abrangência através do **uso do protocolo**. Nesse sentido, os autores enfatizam que o protocolo compreende as diversas dimensões, não se restringindo ao aspecto biológico.

Um número pouco expressivo de artigos das bases de dados BVS e Elsevier Doyma abordam a categoria **coordenação da atenção**. Foram identificados dois núcleos de sentido na base de dados BVS: **encaminhamento a abrigos e capacitação para os profissionais**. Os autores da base de dados BVS apontam que os profissionais de saúde traçam um perfil socioeconômico e posteriormente encaminham para abrigos. No segundo núcleo de sentido, os autores fazem uma articulação com o Relatório da OMS e ressaltam a necessidade de capacitação para os profissionais. Na base de dados Elsevier Doyma foi encontrado um núcleo de sentido: **realização de seguimento**, os autores propõem que os profissionais de saúde devem possibilitar o seguimento dos atendimentos.

Em relação às **alternativas de prevenção da violência sexual** foram identificados 4 núcleos de sentido em cada uma das bases de dados. Na base de dados BVS foram identificados os seguintes núcleos de sentido: **melhora na acessibilidade; formação profissional; capacitação profissional; e ampliação de estudos**. Já na base de dados Elsevier Doyma foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: **ampliação de estudos; igualdade de gênero; formação profissional; e melhora na acessibilidade**. Nota-se que os núcleos de sentido **formação profissional** e **melhora na acessibilidade** foram encontrados nas duas bases de dados. Os autores das bases de dados BVS e Elsevier Doyma concebem que a formação profissional viabiliza medidas de prevenção da violência sexual no atendimento. Os autores da base de dados BVS assinalam que a melhora na acessibilidade, promove um espaço de escuta ativa, enquanto os autores da base de dados Elsevier Doyma apontam que a melhora na acessibilidade possibilita maior participação das famílias em situação de violência doméstica. Não houve o predomínio de um núcleo de sentido nas duas bases de dados.

Considerou-se que a abordagem dos autores reafirma a atenção primária como espaço privilegiado na identificação e acompanhamento das mulheres em

situação de violência sexual. Dessa forma, aponta para os governos a necessidade de um maior incentivo nesse nível de atenção.

Os artigos analisados apontam para a necessidade de capacitação sistemática dos profissionais de saúde relativa ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Nesse sentido, esse estudo enfatiza que é necessário um maior investimento por parte dos governos do Brasil e da Espanha na capacitação e no treinamento profissional.

Observou-se nos artigos analisados que a Espanha está mais avançada em relação às ações governamentais de enfrentamento à violência sexual. Foi identificado que a Espanha possui um Protocolo voltado para a mídia, que preconiza a capacitação dos profissionais de mídia; determina a forma como a violência contra a mulher deve ser exposta; e desconstrói as imagens sexistas vinculadas nos meios de comunicação. A Espanha possui ainda um Guia direcionado à igualdade de gênero, que busca desconstruir os papéis masculino e feminino. Acredita-se que os Planos e Guias formulados na Espanha podem contribuir para a formulação desses documentos no Brasil.

Na análise dos artigos, foi identificado que um número expressivo de comunidades autônomas da Espanha possui um Instituto da Mulher. Esses Institutos promovem o debate sobre os direitos das mulheres, divulgam campanhas de enfrentamento, buscam desconstruir as desigualdades de gênero e estimulam as produções teóricas centradas na discussão da violência contra a mulher. Acredita-se que essa experiência da Espanha pode estimular o Brasil a valorizar os grupos de pesquisa e incentivar novas instituições que promovam o debate sobre esse fenômeno.

Ao final desta análise é possível enfatizar que é preciso incentivar a produção de artigos que articule o contexto do Brasil e Espanha sobre violência sexual contra a mulher no âmbito da atenção primária.

Nesse sentido, esse estudo ressalta que são necessárias investigações de abordagem quantitativa e qualitativa para aprofundar as pesquisas sobre essa temática. A ampliação dos estudos pode contribuir para mensurar o fenômeno; demonstrar as consequências para saúde da mulher em situação de violência sexual; e apontar alternativas de prevenção da violência sexual.

As ações de enfrentamento da violência sexual no Brasil e Espanha podem contribuir para a formulação e implementação de novas políticas públicas voltadas ao atendimento da mulher em situação de violência sexual.

O cenário construído nesse estudo pode contribuir na elaboração de projetos e programas de enfrentamento da violência sexual no âmbito da atenção primária no Brasil e na Espanha.

Acredita-se ser necessário estimular o debate sobre violência sexual contra a mulher no âmbito da atenção primária nos núcleos de pesquisa das universidades do Brasil e da Espanha. As universidades promovem a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, sendo assim, podem formar profissionais mais preparados para abordar e acompanhar mulheres em situação de violência sexual.

Referências Bibliográficas

Aguiar DS. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Aguir VE, Vilar CB, Calvo CM, Gesta MLC, Montoro AF. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. Gac Sanit 2006; 20: 510-2.

Aliaga P, Ahumada G, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Rev. chil. obstet. Ginecol. 2003; 68: 75-78.

Alonso MCF, Velázquez SH, Guevara JAC, Fernández JAM, Castro MLG. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica. Aten. primaria. 2006; 38: 168-73.

Alonso MCF, Velázquez SH, Ramírez FB, Misol FC, Bentata LC, Campayo JG et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. Aten. primaria. 2003; 32: 425-33.

Alonso MCF. Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?. Aten. primaria. 2004; 34: 125-7.

Alonso MCF. Violencia doméstica: reto y compromiso para el médico de familia. Aten. primaria 2003; 32: 193-4.

Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. Psicol. Estud. 2002; 7: 3-11.

Araujo MF. Violência e abuso sexual na família. Psicologia em Estudo 2002; 7: 3-11.

Azevedo GD, Vilar MJP. Educação Médica e Integralidade: o Real Desafio para a Profissão Médica. Rev bras. reumatol. 2006; 46: 407-409.

Berger SMD, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cad. saúde pública 2005; 21: 417-425.

Blanco P, Jarabo CR, Vinuesa LG, García MM. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac Sani 2004; 1: 182-8. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Botell ML, García LAP. La atención primaria de salud y los estudiantes latinoamericanos de medicina. Rev. cuba. med. gen. integr. 2005; 21: 1-7. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Brasil. Presidência da República. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004.

Brasil. Presidência da República. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2003.

Cantero MTR, Gálvez NP, Ruiza VC, Martínez AR. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. Gac Sanit 2006; 20: 427-34. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Cases CV, González DG, Portiño MC, Dardet CA. La violencia de género en la agenda del Parlamento español (1979-2004). Gac Sanit 2006; 20: 142-8. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Cases CV, Ruíz MT, Dardet CA, Martín M. Historia reciente de la cobertura periódica de la violencia contra las mujeres en el contexto español (1997-2001). Gac Sanit 2005; 19: 22-8. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Castaño JP, Pérez IR. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin 2004; 122: 461-7. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22: 31-39.

Cléa Adas Saliba Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad. Saúde Pública 2006; 22: 2567-2573.

Cobos FM, Carretero MLM, Escobar DV, Barba FB, Carrión TR, Ramos MR. Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada . Aten. primaria. 2001; 28: 241-8. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Editora Cortez; 2005.

Conferência Mundial dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.eselx.ipl.pt/ciencias-sociais/tratados/1993.htm> (acessado em 02/ago/2006).

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. saúde pública 2004; 20: 1417-1423.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2004.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Disponível em: www.dhnet.org.br/direitos/sip/oea/mulher2.htm (acessado em: 02/ago/2006).

CRESS. Assistente Social: ética e direito. Coletânea de Leis e Resoluções. 4ª edição, Rio de Janeiro: Editora CRESS; 2003.

Cuadrado MJM. La visión de la atención primaria. Rev. Adm. Sanit 2005; 3: 143-51. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Delgado A, Aguar M, Castellano M, Castillo JDL. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Aten. Primaria. 2006; 38: 82-9. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad. saúde pública 1997; 13: 103-107.

Díez AF, Rubio MSI. La atención primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. Rev Adm Sanit 2005; 3:9-12. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Diniz CSG, Silveira LP, Mirim LAL. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra as mulheres no Brasil (1980-2005). São Paulo: Editora Coletivo Feminista; 2006.

Drezett J. Aspectos Biopsicossociais da violência sexual. Reunión Internacional Violencia: ética, justicia y salud para Mujer; 2000 p.1-11; Monterrey, Nuevo León. México; 2000.

Echeburúa E, Corral PJ. Mujeres Maltratadas em convivência prolongada com el agresor: variáveis relevantes. Rev acción psicológica; 2002: 135-150.

Faúndes A, Atendimento a mulher vítima de violência sexual. www.cemicamp.org.br/forum/Relatorio_IV_Forum.pdf (acessado em 6/ago/2006).

Federação de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. La salud de las mujeres en atencion primaria. Madrid: Instituto de la Mujer; 1991.

Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev Adm Sanit. 2006; 4: 357-82. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Fernández AA. Violencia doméstica y maltrato sexual. Legislación. Semergen 2006; 32:132-7. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Fundación Mujeres. Guía de Sensibilización e Formación en Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Madrid; sem data. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Gama AS. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. In: Bravo MIS, Vasconcelos AM, Gama AS, Monnerat GL, organizadores. Saúde e Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora Cortez; 2004. p. 79-95.

García BM. La atención primaria: recomendaciones de la Asamblea Mundial de la OMS. Aten. primaria 2003; 32: 321-2. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Gérvás J. Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardíaca en los países desarrollados. Aten. primaria. 2006; 37: 457-9. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Gobierno de Aragón. Guía De Atención Sanitaria a La Mujer Víctima de Violencia Doméstica en el Sistema de Salud de Aragón. España: Departamento de Salud y Consumo; 2004. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. Rev Latinoam. Enfermagem 2001; 9: 62-7.

Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Brasil. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 340.

Gomes R, Silva CMF, Njaine K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Rev Ciênc. saúde coletiva*. 1999; 4: 171-181.

Gomes, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 199-222.

Gómez MP, Garrido JA. Violencia doméstica. Papel del médico de atención primaria. *Jano*. 2003; 65: 53-5. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Hane B, Ellsberg M. Violência contra as Mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. *Outlook* 2002; 20: 1-8.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. saúde pública*. 2004; 20: 331-336.

Iamamoto, MV. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Editora Cortez; 1998.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCS, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência. saúde coletiva* 2006; 11: 683-703.

II Plan Integral contra la violencia doméstica 2001-2004. 2004. http://w3.cnice.mec.es/recursos/secundaria/transversales/instituto_mujer/plan_integral_vdomestica_2001.pdf (acessado em 5/Junh/2007). Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Kalckmann, S. Violência Sexual contra mulher: caso de violência epidemiológica? *Boletim do Instituto de Saúde* 2004; 33: 16-18.

Klingelhoef PS. A integralidade da atenção no programa médico de família de Niterói/RJ [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Pública 2005; 39: 695- 701.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. med. (São Paulo). 2005; 39:695-701.

Ley Orgánica 1/2004. Medidas de Protección Integral contra la Violencia <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf> (acessado em 5/junh/2007).

Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev. saúde pública. 2006; 40: XX-XX.

Martín SR, Gallardo EB, Gómez A, Fernández JAM. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Aten. primaria. 2005; 36: 358-66.

Martínez AR. La satisfacción de los usuarios con los servicios públicos de Atención Primaria. Rev Adm 2005; 3: 33-48. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Mattar R, Abrahão AR, Neto JA, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Cad. Saúde Pública 2007; 23: 459-464.

Miñana JS, Camacho JG, Díaz MS, González RP, Velázquez JD. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. Aten. primaria 2004; 34: 472-81. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1994.

Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos uma prioridade do governo. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005.

Ministério da Saúde. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes. Área Técnica Saúde da Mulher, Brasília: Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretarias de Políticas; 2005.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasil: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saude da Mulher. Brasília; 2003.

Novás JD, Machado BG, Cortina MD. Caracterización del médico de familia. Rev. cuba. med. gen. Integr. 2005; 21: 1-7. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Novell MMI. VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Conclusiones. Rev fisioterapia 2005; 27: 1-5. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Oliveira AJS. Reforma do Ensino Superior e Extensão Universitária. Rio de Janeiro: Editora Decania do Centro de Ciências da Saúde; 2006.

Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AA, Kossel K, Moreli K, Botello LF, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev Saúde Pública 2005; 39: 376-82.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Relatório mundial de violência e saúde. Geneva: OMS; 2002.

Organização Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. Segundo Plan de Acción Regional de Prevención de Violencia 2001-2005. División de Prevención y Control de Enfermedades; 2005.

Ortega IR, Pérez IR, Castaño JP, Abisab SBL, Lozano DR, Vinuesa LG et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten. primaria 2004; 34: 117-27. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Ortega MAF, Terrés BEV, Bannack MED, Quintanilla EG, Ramírez MPP, Ortega VS, et al. La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. Rev Fac Med UNAM 2001; 44: 49-54. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Pedreira FA, Biondo M, Kotovicz F, Souza FAAJ, Schraiber LB. Violência doméstica e saúde da mulher. Rev. Med. 2005; 84: 45-54.

Pérez IR, Castaño JP, Prieto PB, Barranco JMG, Martín PA, Pinãr MIM et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006; 20: 202-8. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Pérez IR, Prieto PB, Cases CV. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. 2004; 18:4-12. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. Rev. eletrônica enferm. 2006; 42-51. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Pinto MP. Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? Semergen 2004; 30: 68-71. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Plan de Acción del Gobierno Andaluz contra la Violencia hacia las Mujeres 2001-2004.<http://www.andaluciajunta.es/aj-lis-html?p=/Servicios/Publicaciones/&s=/Organismos/,/Organismos/lam/&c=41432&idtt=/Servicios/Publicaciones/> (acessado em 5/Jun/2007).

Ramón SS, Velázquez SH, Vilas MDR. El médico de familia ante las agresiones sexuales. Aten. Primaria 2004; 34: 437-41. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê Violência Contra a Mulher.<http://www.redesaude.org.br/2006/imgs/Dossi%C3%AA%20Viol%C3%AAncia%20Contra%20a%20Mulher.pdf> (acessado em 4/ago/2006).

Ribera EP, Badia JG, Corrales MS, Colome LS, Ruaf MIP, Pérez BI, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. Gac Sanit 2006; 20: 209-19. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Rourera PB, Fontanals AR, Rivera EP, Lorente NM. Algunas aportaciones respecto al maltrato a la mujer y la atención primária. Aten. primaria 2004; 34:269. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Saffioti IB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo em perspectiva; 1999. <http://www.scielo.br/pdf/spp/v13n4/v13n4a08.pdf> (acessado em 5/ago/2006).

Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. saúde pública. 2007; 23 :75-85.

Schraiber L B, D'Oliveira FLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação 1999; 5: 11-26.

Schraiber L, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo WC, Kiss M, Durand L, Pinho J. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface comun. saúde educ. 2003; 7: 41-54.

Schraiber LB & D'Oliveira AFP. Violência de Gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. Jornal da Rede Saúde; 1999: 19.

Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior, IPL. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. saúde pública. 2002; 36: 470-477. Texto em espanhol com tradução paralela em português.

Schraiber LB. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html (acessado em 4/ago/2006).

Souza CM, Adesse I. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Editora Lidador; 2004.

Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Teles, A. Pesquisa nacional registra a evolução do Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde: Ministério da Saúde; 2005.

Anexo 1 - Banco de Dados:

Título:

Ano de publicação:

Área de produção:

Local de Publicação:

Palavras-chaves:

Sexo do autor:

Vinculação com pós-graduação: () Sim () Não
Qual?

Conceito de violência sexual:

Alternativas de prevenção da violência sexual:

Primeiro contato:

Longitudinalidade:

Integralidade:

Abrangência:

Coordenação da atenção: