

## Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil

Health administrators and public policies to deal with gender violence against women in São Paulo, Brazil

Gestores de salud y lucha frente a la violencia de género contra las mujeres: políticas públicas y su implementación en Sao Paulo, Brasil

Karina Barros Calife Batista <sup>1,2</sup>  
Lilia Blima Schraiber <sup>1</sup>  
Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00140017

### Resumo

*Estudam-se as políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres no Município de São Paulo, Brasil. Os objetivos foram mapear as políticas públicas e as propostas de organização institucional de uma rede de atenção integral, assim como conhecer suas implementações nos serviços, com destaque ao setor de saúde, pelos relatos de gestores e formuladores da política, trabalhando-se a relação da prática da gestão com o enunciado nas políticas públicas, o peso dos valores e da perspectiva pessoal dos gestores e o peso do discurso socialmente dominante nas tomadas de decisão para a implementação destas políticas. A produção dos dados foi realizada por intermédio de entrevistas semiestruturadas com 32 gestores operando em diferentes níveis da organização institucional da Secretaria Municipal da Saúde, dentre eles alguns formuladores das políticas nos cenários estadual e nacional. A análise desse cópulo de dados foi temática de conteúdo, examinando-se cada uma das entrevistas e relacionando-as com a literatura e referencial conceitual utilizado. Concluiu-se que os gestores, como agentes de práticas, são influenciados pelas estruturas e crenças vigentes, pela referência ao contexto sociohistórico a que estão inseridos para tomadas de decisão de gestão. Porém, são também capazes de, ao relacionar-se com tais estruturas, interferir nas formas de produzir e ofertar cuidado às mulheres em situação de violência, em especial ao aproximarem-se de processos de formação e sensibilização e de novos referenciais acerca do reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos.*

*Violência Contra a Mulher; Direitos da Mulher; Gênero e Saúde; Política de Saúde; Política Pública*

### Correspondência

K. B. C. Batista  
Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina,  
Universidade de São Paulo.  
Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar, São Paulo, SP 01246-903,  
Brasil.  
karinacalife@gmail.com

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil.



## Introdução

Este estudo trata da gestão ligada às políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres, articulando-a com o reconhecimento desta violência como questão de gênero e os direitos das mulheres como direitos humanos relativamente às questões que permeiam o feminino na sociedade. Tomando as políticas e sua implementação no Município de São Paulo, Brasil, buscamos entender a distância entre o que se formula e o que, de fato, se oferta na opinião dos gestores.

A violência contra a mulher já é reconhecida como um importante problema mundial de saúde <sup>1</sup>. No Brasil e em São Paulo, além da alta magnitude, sabe-se que seus episódios tendem a ser graves e repetitivos <sup>2,3</sup>, tornando, muitas das mulheres, usuárias de alta frequência <sup>4</sup> dos serviços de saúde.

A dificuldade de acolhimento que as mulheres têm para seguir um percurso terapêutico relacionado a situações de violência está descrita na literatura nacional e internacional <sup>5,6,7,8</sup>. Esses estudos apontam a necessidade de apoio de políticas públicas afirmativas <sup>7</sup>.

Ao se produzir cuidado, se o olhar e conhecimento do trabalhador forem partilhados no processo de construção de projetos terapêuticos com quem os vivenciará, desenham-se caminhos e soluções antes não pensados, que talvez possam interferir e produzir algo novo na organização dos processos de gestão, aproximando seu planejamento macropolítico das necessidades reais dos sujeitos <sup>9,10</sup>.

Estudos da sociogênese de políticas ligadas ao atendimento às pessoas vivendo com HIV ou ao câncer de mama e a interferência das corporações profissionais e dos conselhos de classe, entre outros determinantes, na França <sup>11</sup>, também levam em conta os atores sociais na produção e implementação dessas políticas, com base na sociologia reflexiva de Bourdieu <sup>12</sup>. No Brasil, para análise das políticas públicas de saúde, utiliza-se essa mesma abordagem em que, além dos sujeitos, seus desejos e implicações racionais, levam-se em conta o momento histórico e a interferência das estruturas, dos espaços e campos sociais, valendo-se dos conceitos de *habitus* e *illusio*, e também a interferência dos agentes de práticas nestas estruturas, como numa mão dupla e de maneira dialética <sup>13</sup>.

Diríamos atualmente que existe o discurso e existe, para além deste discurso, o fazer acontecer <sup>12</sup>, que segue diretrizes e responde a interesses político-institucionais diferentes no plano de formulação das políticas, comparativamente ao da produção do cuidado <sup>14</sup>, ainda que esta produção também interfira neste fazer acontecer, ao pertencerem às práticas de gestão aqui consideradas também ao campo da saúde.

## O sujeito e as estruturas nas práticas sociais

Analisar de forma mais profunda as políticas públicas e o contexto sociohistórico do qual fazem parte tem sido a preocupação dos que tentam acompanhar, monitorar e entender os motivos, momentos e possibilidades para a implementação dessas políticas. Pinell <sup>11</sup> levanta a hipótese de que as ações dos gestores e profissionais da saúde são dependentes tanto do conhecimento quanto das motivações pessoais e culturais dos envolvidos no processo. O poder das corporações, principalmente dos médicos, faz diferença no desenvolvimento prático das políticas.

Igualmente valendo-nos dos conceitos de *habitus* e *illusio*, compreenderemos os gestores como agentes de práticas que representam uma diversidade de atuação na gestão, pois são exercícios plurais de subjetividade como o produto da interiorização pelo indivíduo das normas resultantes das condições históricas e sociais do contexto macrossocial, daquelas do campo da saúde em particular e, ainda, das posições que ocupam na tecnoburocracia do setor público, experimentadas ao longo de sua trajetória pessoal e social. Também Pinell <sup>11</sup>, Vieira-da-Silva et al. <sup>13</sup> e Schraiber <sup>14,15</sup> são autores que nos trazem a noção de que, nessa interação entre o sujeito individual e a norma social, a presença das crenças, incluindo referenciais ideológicos, se dá por dentro da preocupação em realizar algo, ou seja, se dá por razões práticas. Esse processo produz sistemas de disposições duráveis que funcionam como princípios geradores de práticas.

O *habitus* é importante para a análise de atitudes subjetivas que são capazes de construir as representações, pensamentos e comportamentos que produzem a reprodução dessas estruturas, conservando a sociedade. No entanto, nessa reprodução os agentes são capazes de gerar novas práticas <sup>12</sup>. Já o *illusio* representa a adesão dos agentes de prática às normas e valores existentes em seu campo de

pertencimento, com os efeitos que daí resultam; trata-se de um certo “jogar dentro das regras do jogo”, aparecendo como investimentos, interesses e formas de atuação nas várias questões que estão envolvidas, no campo da saúde, para o cuidado à saúde das mulheres em situação de violência <sup>12</sup>. Tome-se nesse sentido o caráter ideológico, quer da adesão à medicalização do social própria ao campo da saúde quanto da reprodução dos tradicionais papéis de gênero na sociedade.

Para Carapinheiro <sup>16</sup>, resolver situações práticas é algo que parece importante para os profissionais de saúde, e à medida que a saúde vai adentrando em domínios que não lhe são tradicionais, como o trabalho, a velhice, a sexualidade etc., estes profissionais vinculam-se cada vez mais a traços que condicionam seus interesses com o desenvolvimento de competências e técnicas que se adaptam à possibilidade de intervenção, mesmo que estas se ampliem num domínio maior do que o de competências tradicionais da profissão. Ampliam-se, por exemplo, para um campo onde outras funções sociais, como orientar, controlar, aconselhar fazem parte de suas ferramentas, inaugurando situações e, claro, apropriações de autoridades, talvez não experimentadas anteriormente por esses profissionais, tal como caberia pensar para a questão da violência e seu enfrentamento nos serviços de saúde. Isso ocorrerá, a menos que os profissionais não percebam o sentido pragmático, muito caro ao campo da saúde, dessas novas possibilidades de intervenção, tal como avaliado em Kiss & Schraiber <sup>17</sup>.

Schraiber <sup>14</sup> ao diferenciar a importância de determinantes técnicos e científicos na esfera da formulação e aprovação de políticas públicas, relativamente àquela da produção da assistência no trabalho, ao interior dos serviços de saúde, traz a ligação não imediata e mecânica entre o discurso das políticas públicas e as práticas dos profissionais de saúde ao produzir cuidado, apontando para as diferentes construções das necessidades de saúde nestas esferas. Acrescentando a importância de mudanças culturais, éticas e políticas para um “agir crítico das desigualdades de gênero” na produção do cuidado em saúde, demonstra grande preocupação ao perceber que os profissionais da assistência não incluem no espectro de sua prática uma perspectiva ou noção de direitos.

Assim, buscamos, ao entender os gestores como agentes das práticas na saúde, reconhecer quem é esse sujeito, como ele opera no campo da saúde e de que forma ele se relaciona com as questões estruturais da sociedade brasileira e as do contexto particular de São Paulo, mediados também pela estruturação própria do campo da saúde. Levaremos em conta que o gestor detém lugar específico na produção da assistência em saúde e não é alguém sem interesses ou crenças pessoais próprias, agindo apenas com base em recomendações. Aceitando as regras do jogo, no caso o da saúde, mesmo assim os gestores se diferenciarão em posições diversas como as que atuam na conservação do campo e aquelas voltadas para sua transformação <sup>18</sup>.

Outra questão para o enfrentamento da violência é o apontamento da educação em direitos humanos das mulheres como um dos mais importantes veículos de mudança cultural. A urgência em promover reflexões baseadas em gênero acerca dos direitos <sup>19</sup> faz parte da busca por formas de erradicar as enormes desigualdades estabelecidas e socialmente construídas entre homens e mulheres com base nas representações sociais de gênero <sup>20</sup>, o que como veremos também diferenciará os gestores, entre os que aderem a esta perspectiva transformadora e aqueles que a rejeitam.

## Desenho e métodos do estudo

Buscamos conhecer o que pensam e como atuam os gestores acerca das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência, para alcançar as razões pelas quais a implementação destas políticas dá-se em uma multiplicidade de atuações.

Para a produção dos dados empíricos foi feito um estudo qualitativo, baseado em entrevistas semiestruturadas, analisadas conforme seu conteúdo <sup>21</sup>. Este estudo passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer nº 388.436).

Procuramos olhar os diferentes períodos e as políticas propostas na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Também nos valem de relatórios de reuniões de implantação dos serviços, assim como o levantamento das leis do campo jurídico e do campo da saúde, as propostas de organização dos serviços, as normas técnicas, as resoluções concernentes à atenção às mulheres em situação de violência e o desenvolvimento de linhas de cuidado em protocolos de atenção.

Os entrevistados foram elencados no sentido de representarem a diversidade institucional de gestor, incluindo-se alguns formuladores de políticas e a diversidade de serviços. Constituíram uma amostra de 32 entrevistas, gravadas, transcritas e conferidas quanto à fidelidade da transcrição. Para apresentarmos os nossos resultados, o que faremos já discutindo os achados, usamos como categorias de análise: o contexto institucional e a caracterização da amostra; a temática de gênero, violência e direitos humanos; a esfera da gestão e da prática, buscando diferenças entre as esferas de atuação na gestão; a complexidade e a sensibilidade da violência como questão de saúde e as políticas para atendimento às mulheres em situação de violência; o desafio da integralidade nas políticas que enfrentam a violência; e as crenças pessoais, a ideologia ocupacional e a ideologia de gênero. Essas categorias estarão articuladas entre si ao longo do texto.

### **As políticas de saúde para o enfrentamento à violência contra a mulher no Município de São Paulo**

É interessante perceber que a área técnica responsável pelas políticas públicas referentes às mulheres em situação de violência no Município de São Paulo contou com diferentes fases e nomes, e que isto parece se articular com o simbólico da expectativa de atuação e do pensar de cada uma delas. Essas divisões e denominações são cobertas de intencionalidade e conceitos diferentes acerca da violência, bem como sobre o seu significado ético-político, e aparecem na voz de alguns entrevistados.

No período de 2001 a 2004, época da gestão da Prefeita Marta Suplicy, a área técnica que atendia às pessoas em situação de violência intitulava-se Resgate Cidadão e dizia respeito a uma forma específica de desenvolver essa política, com olhar e investimento na retomada da cidadania dos sujeitos em situação de violência. O Resgate Cidadão, conhecido também uma “rede de apoio à vida em situações de violência, urgência e emergência”, apontava para o reconhecimento da violência como questão de saúde.

Apesar de apontada na formulação da política como problema de saúde, a invisibilidade da violência também aparece como uma preocupação da gestão. Identificamos na formulação do referido programa a seguinte descrição que, em nossa interpretação, reconhece a invisibilidade da violência na saúde: “...além disso, [a violência] pode deixar sequelas que, muitas vezes, não são computadas nos dados de morbidade...”<sup>22</sup> (p. 1).

Ainda no enunciado da política, existia o reconhecimento dos diferentes contextos regionais e de sua importância. O projeto era operado por 56 equipes de referência para o atendimento à violência no Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, distribuídas pela cidade de São Paulo. Também propunha uma assistência integral à saúde das pessoas em situação de violência e fazia referência a várias formas existentes como, por exemplo, as violências doméstica e sexual, a institucional, os homicídios, os suicídios, os acidentes de trânsito e a violência no ambiente de trabalho, que estão mencionadas no referido material. Porém, é muito interessante perceber que, apesar das violências doméstica e sexual estarem discriminadas, não havia nenhuma referência específica à violência contra a mulher ou às questões de gênero a ela relacionadas, mesmo sendo as mulheres reconhecidas como as principais vítimas deste tipo de violência<sup>23</sup>.

Em uma formulação extremamente avançada e moderna para a época em que o Resgate Cidadão foi montado, ainda assim chama a atenção a invisibilidade da perspectiva de gênero para tratar a violência contra a mulher. Contudo, o tema da violência contra a mulher aparece como ponto específico na lista de temas das capacitações que foram realizadas na rede assistencial do município.

Segundo dados do referido documento, para organizar a rede de atenção à pessoa em situação de violência foram necessárias ações de sensibilização, capacitação e supervisão de trabalhadores nas unidades de saúde, assim como oficinas e reuniões de acompanhamentos. Foram realizadas 572 oficinas de sensibilização, em conjunto com uma rede de 23 parceiros de organizações não-governamentais (ONGs) e núcleos universitários. Entre os temas apontados como abordados, destacamos a presença do aborto legal, a violência contra a mulher, e violência e direitos humanos<sup>22</sup>.

No período de 2005 a 2008 e de 2009 a 2012, gestões dos Prefeitos José Serra e Gilberto Kassab, consecutivamente, a área técnica passou a se chamar Cultura da Paz, Saúde e Cidadania<sup>24</sup>, acompanhando outro referencial relativamente à gestão anterior, qual seja, as referências da cultura da paz e da não violência. Na apresentação do documento relativo a essa proposta, repetiram alguns dos

pressupostos com escrita muito semelhante aos da época do Resgate Cidadão <sup>22</sup>, mas no texto aparecem como novas questões as referências da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, consideradas importantes para o enfrentamento da violência na saúde.

Constam também datadas dessa fase algumas publicações, como o *Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra as Mulheres* <sup>25</sup> e o *Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo* <sup>26</sup>. As publicações são bem estruturadas e fazem referência tanto a questões de gênero quanto ao tema dos direitos humanos, além de sugerirem fluxos de atendimento e manejo da violência contra a mulher. Apesar disso, chama a atenção não se ter encontrado referências a processos de sensibilização/capacitação dos profissionais, como nos documentos do Resgate Cidadão <sup>22</sup>. Além disso, a adoção do referencial da cultura da paz dá certa “homogeneidade” às várias formas de violência, como se estas não implicassem distinções importantes de concepções acerca do fenômeno, e tivessem todas elas igual impacto nas formas de se buscar a alternativa cultural da não violência. Ainda assim, nesse referencial adotam-se processos de mediação entre as partes, intervenção que requer uma leitura muito específica e cuidadosa quanto à sua pertinência à violência contra a mulher, pela grande desigualdade nas condições de negociação, como é apontado na literatura <sup>23</sup>.

No período de 2013 a 2016, época da gestão do Prefeito Fernando Haddad, a área técnica passou a ser denominada de Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Porém, essa mudança na denominação só aconteceu a partir de 2015, depois de dois anos de iniciada a gestão, demonstrando que esta não foi desde o início uma das prioridades da Prefeitura. No entanto, essa área técnica faz referência à necessária articulação de um sistema em redes e, por conseguinte, à articulação entre os diversos pontos de atenção, reforçando a noção da integralidade. A produção do documento *Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência* <sup>27</sup> demonstrou preocupação com os sujeitos e seu itinerário na rede de saúde. Tendo sido construído por um grupo condutor municipal com representação das várias coordenadorias regionais, isso fortaleceu uma construção compreendida como pertencente a esses atores. Também se mostra importante um olhar para as realidades e serviços locais, o destaque a questões na articulação da rede intersetorial dentro dos espaços de gestão da Prefeitura para além da saúde, por exemplo, com ONGs e universidades.

Não obstante as particularidades de cada época, fica claro o reconhecimento crescente dessa violência como uma questão de saúde. Contudo, esse espaço de reconhecimento não pareceu estar garantido na implantação da política, dependendo das conduções diferentes em cada serviço, como percebemos nas entrevistas.

### **Entrevistados**

Quanto aos sujeitos da amostra, foram escolhidos gestores de nível central (G1) que fizeram parte da implantação de ações específicas em relação às políticas em tela e gestores de nível local (G2) nas regiões centro-oeste e sudeste, entrevistados, no período de abril de 2014 a fevereiro de 2015. Do total das entrevistas, dez foram G1, e dentre eles dois formuladores de políticas e 22 G2.

A maioria possuía tempo de serviço na gestão superior a cinco anos, mesmo que não no mesmo local que atuava no momento da entrevista. Majoritariamente eram mulheres (28). Quanto à faixa etária, há pessoas experientes, com maior concentração de participantes entre aqueles de 51 a 60 anos de idade. A distribuição pelas demais faixas encontra-se apresentada na Tabela 1.

Quanto à categoria profissional, a maioria dos entrevistados era enfermeiros (15), sete médicos, quatro assistentes sociais, três cirurgiões-dentistas, dois psicólogos, um nutricionista e um fonoaudiólogo. Os entrevistados mostraram uma diversidade de conhecimentos, saberes e referências de ideologias ocupacionais para o desenvolvimento do papel na gestão. Uma das entrevistadas tem duas graduações (enfermagem e odontologia).

Quanto à pós-graduação, 22 profissionais tinham especialização em Saúde Pública, seis cursaram mestrado, três possuíam doutorado e sete tinham residência médica, sendo assim profissionais bem-formados, em especial na área de Saúde Coletiva.

Em relação à capacitação dos profissionais no tema da violência contra a mulher, o resultado acompanha o que temos visto na literatura: uma baixa aproximação com o tema, o que gera desconhecimento quanto às questões de gênero, de direitos humanos e de legislações correlatas, além da relação dos direitos das mulheres como direitos humanos <sup>20</sup>. Apenas sete profissionais referiram

**Tabela 1**

Distribuição dos entrevistados por sexo, idade, categoria profissional, tipos de pós-graduação, formação em saúde da mulher e capacitação em enfrentamento da violência contra a mulher.

Gestor	Sexo	Faixa etária	Categoria profissional	Pós-graduação	Formação em saúde da mulher	Capacitação em enfrentamento da violência contra a mulher
G1(10); e G2 (22)	28 mulheres e 4 homens	8 até 40 anos; 8 entre 41 e 50 anos; 14 entre 51 e 60 anos e 2 acima de 61 anos	15 enfermeiros; 7 médicos; 4 assistentes sociais; 3 cirurgiões-dentista; 2 psicólogos; 1 nutricionista; 1 fonoaudiólogo	22 com especialização em Saúde Pública; 7 com residência médica; 6 com mestrado e 3 com doutorado	23 com formação e 5 sem formação	7 capacitados e 25 não capacitados

ter participado de algum processo de capacitação ou sensibilização em violência contra a mulher e direitos humanos, mesmo considerando que todos os entrevistados estão à frente de serviços que têm entre seus objetivos cuidar da saúde das mulheres em situação de violência, ou ainda de serviços de atenção primária que são a maior porta de entrada no sistema de saúde para os casos de violência contra a mulher <sup>28</sup>. Sabe-se também da diferença na qualidade do cuidado ofertado, quando contamos com oportunidades de treinamentos e sensibilizações e com a maior implicação por parte dos profissionais ao identificarem o tema da violência como tecnologicamente passível de intervenção e de seu reconhecimento como problema de saúde <sup>28</sup>. Chamou-nos atenção também o fato de que ter formação na área de saúde da mulher não garantiu aproximação ao tema da violência contra a mulher e direitos humanos, e que o inverso também aconteceu: nem sempre quem participou de sensibilizações ou processos de formação nos temas de violência e direitos humanos teve contato com a questão da violência contra a mulher.

A oferta de processos de sensibilização em violência e direitos humanos parece ter acompanhado os movimentos das políticas formuladas e disponibilizadas pela gestão e, desta forma, acompanhava também o referencial utilizado em cada momento. Essa distância entre o conhecimento e a prática dificulta a integralidade no cuidado ofertado às mulheres em situação de violência. O que nos mostra ainda que a despreocupação com a integralidade ocorre tanto no nível da implementação das políticas no cotidiano dos serviços quanto no nível das formulações, reiterando a literatura <sup>29</sup>.

Adicionalmente, observamos que alguns gestores não dominam o conceito de gênero, no sentido de identificar todos os conteúdos significativos que o termo encerra que, conforme Scott <sup>30</sup>, ao tomá-lo como referido sempre à dimensão relacional entre as masculinidades e as feminilidades, implica ao menos dois núcleos: levar em conta as diferenças sociais e culturais entre estas identidades; compreendê-las como desigualdades de poder. Contudo, mesmo dentre alguns deles há os que reconhecem, de algum modo, as lutas feministas sobre as quais o conceito foi construído e outros nem isto. Um estudo que pesquisou o uso do termo gênero na Saúde Coletiva <sup>31</sup> analisou a polaridade de se valer do termo como um lema para as lutas do movimento social, uso chamado de adesão à perspectiva de gênero, e aquele em que, de fato, usou-se o conceito de gênero. Adotando tais referências, diríamos que a perspectiva de gênero aparece no discurso da maior parte dos entrevistados, sendo muito mais destacado entre os G1 do que entre os G2. Porém, o uso do conceito de gênero nas práticas profissionais é bem menor.

Assim, encontramos em nosso estudo a antes mencionada pluralidade de sujeitos e de gestores.

Poucos dos gestores disseram não conhecer ou nunca ter pensado no tema da violência contra a mulher como um assunto possível, demonstrando que estas questões estão presentes no dia a dia das pessoas e da gestão, apesar do seu difícil enfrentamento. Embora pertinente, contudo permanece a

invisibilidade da questão, principalmente se dividimos essa visibilidade em duas categorias: a de reconhecer e a de fazer ver. O reconhecimento muitas vezes existe, mas o fazer ver, completando o ciclo da visibilidade, aparece muito menos<sup>28</sup>.

*“Acho que ainda nós temos uma sociedade muito machista, muito dividida entre o ser homem, o ser mulher, na inserção social, nas relações familiares, nas responsabilidades, né, na questão do corpo e tal. Na concepção, na contracepção etc” (A.W./G1).*

*“Então (...) eu acho que caminhou um pouco (...), mas a gente percebe claramente que o patriarcado está aí (...) firme e forte, né, e que as mulheres ainda não têm toda a autonomia que a gente gostaria de ter, em conjunto com os homens...” (I.G./G2).*

Percebemos maior distanciamento do tema nos gestores com menor tempo de serviço e também naqueles que trabalhavam em serviços de menor complexidade. Outra grande diferença que se percebe é aquela entre os que já tiveram acesso a algum treinamento de sensibilização ou processos de capacitação nos temas da violência contra a mulher e dos direitos humanos, e os que não tiveram tais oportunidades: os primeiros são mais apropriados ao apresentarem suas considerações sobre a questão e mais comprometidos com o enfrentamento da violência, uma vez que abordam, de algum modo, questões das desigualdades de gênero.

*“...como obstáculos acho que soma à nossa ignorância a falta de ferramentas, o não saber o que fazer, o preconceito da vítima, o preconceito do profissional...” (M.D./G2).*

Relativamente ao conhecimento das leis e normas técnicas, a maioria conhece por “ouvir falar”, não sendo estas apontadas como incluídas em sua formação profissional, nem mesmo em capacitações posteriores às suas graduações.

*“...não conheço o PAISM (...) não sei o que é (...) sei da lei do planejamento familiar, da prevenção do câncer de colo de útero, de mama...” (J.L./G2).*

Um percentual bem menor conhece normas e protocolos e sabe o que fazer para implantar ações práticas para o enfrentamento da violência contra as mulheres nos serviços de saúde pelos quais são responsáveis. Mas relatam que isso não está na “ordem do dia”. Tal percepção melhora quando as normas ou leis, ou ainda, orientações de cuidado, dizem respeito ao ciclo gravídico puerperal ou às ações que se relacionam com a saúde das crianças.

*“Nós conhecemos [normas técnicas], sim, acho que todas as unidades têm que conhecer, né (...) na unidade a gente tem muita interface com a assistência pré-natal (...) as políticas de rastreamento (...) Papanicolau e mamografia. Acesso ao planejamento familiar, sendo que a gente aqui na nossa unidade oferece todos os métodos que são preconizados pelo município. A gente faz toda a discussão com a mulher em relação aos métodos de esterilização (...) como a laqueadura e a gente faz a discussão da vasectomia. Da importância da vasectomia e de diminuir a resistência que os homens têm a acesso a esse método. Em relação ao Aborto Legal a gente tem aqui na Rede do Butantã o Hospital Mario Degni, que é uma referência, tanto de aborto legal como também de violência sexual” (A.E.L./G2).*

A maioria não teve contato com o tema na universidade, exceto os assistentes sociais, demonstrando que a questão da violência não é de fato abordada como parte do campo profissional/ocupacional dos profissionais de saúde, sendo compreensível o estranhamento relativo à presença do tema nas ações de saúde. São os G1, em especial os que tipificamos como “gestores militantes” das questões de gênero e da saúde da mulher, os que mais conhecem as leis e normas técnicas relativas ao enfrentamento da violência contra a mulher.

*“Conheço, conheço o PAISM [Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher], a lei do planejamento familiar, a norma técnica do aborto humanizado, a contracepção de emergência...” (I.G.P./G2).*

*“Na saúde eu conheço todas as normas, de enfrentamento do agravo da violência (...) a Lei Maria da Penha, as próprias modificações que foram incluídas no novo código civil que buscam deixar mais igualitários os direitos entre homens e mulheres (...) são mecanismos legais que tendem a enfrentar a questão da violência, a jurisprudência que se criou com o ‘Quem Ama Não Mata’ (...) que foi ao longo do tempo impedindo que os homens pudessem se safar. E agora essa última lei que obriga o atendimento em todo hospital público da mulher vítima de violência” (T.L./G1).*

O apoio da gestão de nível mais central é apontado como fundamental para o enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde, e também parece ser determinante para o passo da ação/realização.

*“...acho que sim (...) dois anos que a nossa nova coordenadora veio com essa intenção de discutir a violência no território, de implantação do aborto previsto por lei (...) acho que tem sido mais discutido nos vários (...) nos vários níveis aí essa (...) as propostas para melhoria da atenção da mulher aqui na região” (A.P./G1).*

Por outro lado, são esses também, além das categorias com mais poder hierárquico, em especial os médicos, que atrapalham e são apontados como os principais entraves para a realização de ações assistenciais:

*“...para cada um [médico] que se dispõe a trabalhar as questões da violência, tem muitos outros que são contrários...” (I.G./G2).*

Esses valores defendidos pelos outros profissionais dos serviços e a desqualificação da assistência às mulheres em situação de violência interferem na escolha, na qualidade e na continuidade dos profissionais neste tipo de atenção.

*“Os funcionários me achavam uma pessoa legal, mas ao saber que eu participava da equipe (...) não acreditavam que eu era uma aborteira...” (I.G./G2).*

Outro abismo é aquele que se coloca entre a norma ética e a norma legal ou onde se colocam os direitos com base neste olhar <sup>31</sup>. A norma ética seria aquela produzida pela sociedade, a norma legal ou jurídica é aquela produzida pelo Estado. A primeira tem origem na sociedade, tem relação com os usos e costumes e conta com recomendações baseando-se na aprovação ou reprovação social. Já a norma legal tem origem no Estado e tem como fonte a lei, seu caráter é imperativo e sua sanção são as penas da própria lei. Nesse sentido, a Lei Maria da Penha foi um marco importantíssimo na legislação brasileira. Foi fundamental para o enfrentamento da violência contra a mulher em nosso país.

A Lei Maria da Penha apareceu em todas as entrevistas. Ela foi citada como conhecida por cem por cento dos entrevistados de todos os campos profissionais, sejam estes G1 ou G2, mesmo que nem todos soubessem exatamente do que tratava e de como poderia ser usada. Ainda assim, todos os entrevistados fazem uma conexão direta entre violência contra a mulher e a Lei Maria da Penha.

*“A gente conhece a Lei Maria da Penha, sabe que existe, mas a gente não conhece exatamente como é (...) essas outras que você falou e perguntou eu não sei” (M.M./G2).*

*“Maria da Penha é uma lei conhecida por todos os gestores, né?” (M.D./G2).*

Entender que a distância entre as leis, normas técnicas e suas implementações e realizações práticas afasta as mulheres do acesso ao que foi pensado e formulado para o exercício do cuidado integral às mulheres em situação de violência nos pareceu muito importante, mas raramente essa relação apareceu na fala dos entrevistados. Quando se deu, foi pela voz dos G1 e em poucos G2, em especial aqueles que estavam mais próximos das ações técnicas específicas de atendimento às mulheres em situação de violência como, por exemplo, aqueles que participam dos núcleos de prevenção à violência e os que ofertam algum cuidado específico às mulheres, além da escuta qualificada, como é o caso da oferta e acesso à contracepção de emergência, às quimioprofilaxias para as doenças sexualmente transmissíveis ou à interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

*“Eu era assistente social do PS, entendeu? E eu atendia às mulheres (...) elas tinham sido violentadas, esturpadas e vinham procurando atendimento para uma interrupção, mas naquela época demorava muito (...) tinha que encaminhar para o juiz, quatro, cinco meses (...) porque a gente sabe que nunca foi prioridade” (I.G./G2).*

*“Quem está no núcleo de violência, está sensibilizado para ter um olhar para a violência, para o acolhimento, o encaminhamento...” (F.S./G2).*

A referência a políticas integrais no atendimento à saúde da mulher não é muito frequente, assim como o reconhecimento desta atenção como uma perspectiva de direito social e humano. A perspectiva dos direitos é algo muito longe do repertório da maioria dos G2, e incipiente nos G1.

*“...essa questão de os direitos da mulher ser mais pautada, por exemplo, nas escolas (...) esse tema não é muito discutido na nossa educação. Muitos outros pontos não são visivelmente colocados dentro da nossa educação. Eu acho que esse tema teria que ter mais visibilidade. Vários espaços sociais que a gente tem, deveria haver mais debates, mais (...) acho que mais visibilidade mesmo. Acho que falta um pouco disso” (C.M./G1).*

A maior parte dos G1 e duas G2, que em suas identificações se mostraram próximas a movimentos feministas ou de mulheres, consideram os direitos humanos das mulheres como questões significativas e conseguem reconhecer os direitos das mulheres como direitos humanos em busca da igualdade de oportunidades, no que diz respeito à formulação das políticas e à implementação das ações que estejam em seu escopo de governabilidade. Esses gestores interferem nas estruturas das unidades de

saúde e hospitais e realizam ações importantes. Tal interferência ocorre por conta dessas adesões de cunho pessoal, mas não como um padrão desenhado pela política pública local.

*“...acho que a expectativa é que as mulheres possam ter expressões diferentes na sociedade, mais direitos sociais iguais aos dos homens (...) que elas possam ter uma trajetória de vida não pré-determinada e que tenham direito a circular, tanto na vida privada como na vida pública, em igualdade de condições com os homens. Agora, até isso acontecer...”* (T.L./G1).

## Considerações finais

São poucos os gestores dos serviços de saúde que compreendem o enfrentamento da violência contra a mulher como algo que faça parte do seu papel, e ainda menor o número deles que conhecem normas e leis ou protocolos de atuação. Por outro lado, foi importante perceber a existência de gestores mais implicados nas mudanças e apostando em dispositivos de criação de redes.

O presente estudo apontou para o fato de que capacitações específicas e maior atenção a elas em nível local podem produzir resultados positivos importantes. Embora a adesão à perspectiva de gênero apareça como característica pessoal, os resultados também sugerem que tomar a violência como parte do escopo profissional pode ser resultado de políticas mais integradas, mais claras quanto a seus propósitos e mais responsáveis quanto à implantação das normas e formulações gerais que constam de seus discursos, ao gerarem ações específicas de implementação. Também é preciso garantir que a saúde possa se relacionar com redes intersetoriais tão necessárias à construção da integralidade do cuidado. O momento da implementação das políticas parece ser, assim, não só uma dimensão específica e que requer ser cuidada como tal, como ser uma esfera de atuação que guarda certa autonomia relativamente à formulação das políticas, não sendo nunca uma decorrência direta e imediata daquela formulação. A gestão não é uma dimensão homogênea do trabalho em saúde, sendo importante que reconheçamos a diversidade de situações em seu interior, como as dos dois tipos de gestores, para que uma política formulada possa ter algum sucesso na prática dos serviços de saúde.

## Colaboradores

Todos os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa (306881/2013-6 e 404822/2012-6)

## Referências

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360:1083-8.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludemir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:797-807.
3. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:1293-304.
4. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:237-45.
5. Sagot M. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de caso de diez países). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

6. Meneguel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:743-52.
7. Callou JLL. Rotas percorridas por mulheres em situação de violência nos serviços do Município de Juazeiro – BA [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.
8. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med (São Paulo)* 2013; 92:134-40.
9. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos AR, organizadores. *Gestão em redes. Rio de Janeiro: Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco*; 2006. p. 459-73.
10. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comun Saúde Educ* 2010; 14:593-605.
11. Pinell P. *Análise sociológica das políticas públicas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
12. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
13. Vieira-da-Silva LM, Chaves CL, Esperidião MA, Barros SG, Souza JC. Análise sociohistórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: Teixeira CF, editor. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: EdUFBA; 2016. p. 15-40.
14. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2635-44.
15. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício do julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface Comun Saúde Educ* 1997; 1:123-40.
16. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital. *Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento; 1993.
17. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra as mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:1943-52.
18. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus; 1996.
19. Saffioti H. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
20. Gierycz D. A educação em direitos humanos das mulheres como veículo de mudança. In: Claude RP, Andreopoulos G, organizadores. *Educação em direitos humanos para o século XXI*. São Paulo: EDUSP; 2006. p. 165-93. (Série Direitos Humanos, V).
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
22. *Coordenação de Desenvolvimento e Gestão Descentralizada, Secretaria Municipal da Saúde. Projeto Resgate Cidadão*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2003.
23. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports* 1999; 27:1-44.
24. *Secretaria Municipal da Saúde. Área Técnica de Cultura da Paz, Saúde e Cidadania*. <http://www.cidadao.sp.gov.br/servicos.php> (acessado em Mai/2017).
25. *Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde. Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2007.
26. *Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania, Coordenação da Atenção Básica, Secretaria Municipal da Saúde. Documento norteador para a atenção integral às pessoas em situação de violência do município de São Paulo*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2012.
27. *Secretaria Municipal da Saúde. Linha de cuidado para atenção integral à pessoa em situação de violência*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015.
28. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora Unesp; 2005.
29. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colect* 2014; 10:301-12.
30. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* 1990; 16:5-22.
31. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15:805-18.

## Abstract

*The study focuses on policies to deal with violence against women in the city of São Paulo, Brazil. The objectives were to map the public policies and the proposals for institutional organization of a network of comprehensive care, in addition to analyzing the implementation of these policies, highlighting the health sector, with reports by administrators and policymakers. The study addresses the relationship between management practice and the public policy provisions, the weight of administrators' personal values and perspectives, and the weight of the socially dominant discourse in decision-making for implementation of these policies. Data were produced through semi-structured interviews with 32 administrators working at different levels in the institutional organization of the Municipal Health Department, including some policymakers in the state and national scenarios. The body of data were submitted to thematic content analysis, examining each of the interviews and relating them to the literature and conceptual framework. The study concludes that health administrators, as agents of practices, are influenced by the prevailing structures and beliefs and reference to their social and historical context for decision-making. However, when they relate to such structures, they are also capable of intervening in the ways care is produced and provided for women in situations of violence, especially by addressing the training and awareness-raising processes and new references concerning recognition of women's rights as human rights.*

*Violence Against Women; Women's Right; Gender and Health; Health Policy; Public Policy*

## Resumen

*En este trabajo se estudian las políticas de lucha frente la violencia contra las mujeres en el municipio de São Paulo, Brasil. Los objetivos fueron mapear las políticas públicas y las propuestas de organización institucional de una red de atención integral, así como conocer sus implementaciones en los servicios, destacando el sector de salud, por los relatos de gestores y formuladores de políticas, trabajando la relación de la práctica de gestión con el enunciado en las políticas públicas, el peso de valores y la perspectiva personal de los gestores, así como el peso del discurso socialmente dominante en las tomas de decisión para la implementación de estas políticas. La producción de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con 32 gestores operando en diferentes niveles de la organización institucional dentro de la Secretaría Municipal de Salud, entre ellos, algunos formuladores de las políticas en los escenarios estatal y nacional. El análisis de ese corpus de datos fue la temática de contenido, examinando cada una de las entrevistas y relacionándolas con la literatura y marco de referencia conceptual utilizado. Se concluye que los gestores, como agentes de prácticas, son influenciados por las estructuras y creencias vigentes, por la referencia al contexto sociohistórico en el que están insertados para las tomas de decisión en la gestión. No obstante, son también capaces de, al relacionarse con tales estructuras, interferir en las formas de producir y ofertar cuidado a las mujeres en situación de violencia, en especial al aproximarse a procesos de formación y sensibilización, así como nuevos marcos de referencia acerca del reconocimiento de los derechos de las mujeres como parte de los derechos humanos.*

*Violencia Contra la Mujer; Derechos de la Mujer; Género y Salud; Política de Salud; Política Pública*

---

Recebido em 14/Ago/2017

Versão final reapresentada em 12/Mar/2018

Aprovado em 06/Abr/2018