

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

JANAINA MATHEUS COLLAR BECCON

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
O ENCONTRO DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DA CARTOGRAFIA**

PORTO ALEGRE/RS

2018

JANAINA MATHEUS COLLAR BECCON

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
O ENCONTRO DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DA CARTOGRAFIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Izabella Barison Matos.

PORTO ALEGRE/RS

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Collar Becon, Janaina Matheus
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER O ENCONTRO DA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DA CARTOGRAFIA / Janaina
Matheus Collar Becon. -- 2017.
57 f.
Orientador: Izabella Barison Matos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Violência doméstica. 2. Violência doméstica
contra a mulher. 3. Violência de gênero. 4. Lei
Maria da Penha. 5. Cartografia. I. Matos, Izabella
Barison, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JANAINA MATHEUS COLLAR BECCON

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
O ENCONTRO DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DA CARTOGRAFIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Izabella Barison Matos.

APROVADA EM 18 DE JANEIRO 2018.

BANCA EXAMINADORA

Izabella Barison Matos
Doutora em Ciências – Saúde Pública
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Alcindo Antônio Ferla
Doutor em Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Vanderléia Laodete Pulga
Doutora em Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul

Denise Antunes de Azambuja Zocche
Doutor em Enfermagem
Universidade do Estado de Santa Catarina

RESUMO

Esta dissertação é estruturada pela análise do que dizem os dois principais periódicos da Saúde Coletiva (Revista de Saúde Pública e Cadernos de Saúde Pública) após os dez anos da promulgação da Lei nº 11.340 de 2006 (Lei Maria da Penha/LMP). Na sequência foi feita a revisão de literatura, estruturação e síntese dos principais resultados, que foram categorizados a partir do foco (a) perfis das vítimas de violência doméstica contra a mulher, (b) perspectiva de atuação de profissionais da saúde e (c) olhar integral. Essa tipologia permitiu refletir sobre avanços, desafios e o contexto da produção de conhecimentos frente à efetiva implementação da LMP. Os resultados desta discussão me fizeram refletir sobre quem é esta mulher? O que ela deseja? O que pode fazer? Neste contexto a escrita do segundo artigo acontece. Através do cartografar de uma estrangeira na saúde coletiva, proponho a reterritorialização como caminho possível pós episódios de violência. Construo a minha caixa de ferramentas como pesquisadora em Saúde Coletiva, utilizando as obras de Sueli Rolnik (2012): Cartografia Sentimental, Alcindo Antônio Ferla (2007): Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde, e Emerson Elias Merhy (2002): Cartografia do Trabalho Vivo, como forma de estruturar minha trajetória. A narrativa cartográfica vai mostrando o deslocamento de um território a outro, as afetações de algumas referências que constituem um modo de olhar o contexto da violência doméstica contra a mulher e sua superação.

Palavras-chave: Violência doméstica; Violência doméstica contra a mulher; Violência de gênero; Lei Maria da Penha; Cartografia.

ABSTRACT

This dissertation is structured by the analysis of what the two main journals of Public Health (Revista de Saúde Pública and Cadernos de Saúde Pública) say after ten years of the enactment of Law 11,340 of 2006 (Maria da Penha Law / LMP). The literature review, structuring and synthesis of the main results were categorized from the focus (a) profiles of domestic violence victims against women, (b) perspective of health professionals, and (c) integral look. This typology allowed us to reflect on advances, challenges and the context of the production of knowledge before the effective implementation of the LMP. The results of this discussion made me think about who this woman is? What does she want? What you can do? In this context the writing of the second article happens. Through the cartography of a foreigner in collective health, I propose reterritorialization as a possible way after episodes of violence. I construct my toolbox as a researcher in Public Health, using the works of Sueli Rolnik (2012): Cartografia Sentimental, Alcindo Antônio Ferla (2007): Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde, e Emerson Elias Merhy (2002): Cartografia do Trabalho Vivo as a way to structure my trajectory. The cartographic narrative shows the displacement of one territory to another, the affectations of some references that constitute a way of looking at the context of domestic violence against women and their overcoming.

Keywords: Domestic violence; Domestic violence against women; Gender violence; Maria da Penha Law; Cartography.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
PRIMEIRO ARTIGO: O que revela a produção científica da Saúde Coletiva, após dez anos da Lei Maria da Penha.....	11
SEGUNDO ARTIGO: Um movimento de reterritorialização como caminho para mulheres vítimas de violência doméstica: reflexões cartográficas de uma estrangeira na saúde coletiva.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	46

INTRODUÇÃO

Na qualificação pretendia investigar as principais violações dos direitos humanos no século XX, como se estabelecem as políticas públicas pelos atores internacionais/nacionais em prol desta agenda e como a Saúde Coletiva através da Educação Permanente em Saúde, pode desenvolver a prática do cuidado, levando em consideração a singularidade de cada trajetória. O projeto teve como título “Todos somos estrangeiros em um Estado que segrega: Um caminho entre direitos humanos, políticas públicas e Saúde Coletiva.” No entanto, após recortes sugeridos pela banca direcionei meus estudos para o tema de violência doméstica contra mulher, especificamente da violência intrafamiliar. E assim, a dissertação contemplará violência doméstica contra a mulher, após dez anos de promulgação da Lei Maria da Penha (LMP) Lei nº 11.340, de 07/08/2006. Iniciei abordando de forma ampliada os direitos humanos e suas questões e direcionarei para o direito da integridade e o combate à violência contra a mulher.

Os direitos humanos englobam muito mais do que o fim dos conflitos, mas a luta pela vida, pela singularidade de cada indivíduo e o respeito às diferenças, em seus mais diferentes contextos sociais, culturais e econômicas. Seguindo a conjuntura mundial, vivemos a dicotomia de uma sociedade cada vez mais heterogênea, cheia de ideais e valores morais, onde dependendo da dureza/conservadorismo não há diálogo sobre borrarmentos, mas exclusivamente o rígido dentro e fora (DELEUZE; GUATTARI, 1996). Seja na binária segregação dos direitos fundamentais, do certo e errado, seja dos nacionais perante os estrangeiros, que aqui são todos aqueles que não se enquadram em uma determinada moldura e por esta condição são marginalizados.

Descrevendo uma sociedade segregadora do direito daquele dito/tido como estrangeiro, e que corrobora para a discriminação/subjugação de indivíduos, como refugiados das mais diferentes origens, como as mulheres, como transexuais e outros tantos que tiveram suas vidas devastadas por perseguições e violências. Há uma dupla contradição expressa nesse padrão de pensamento: de um lado, a negação da compreensão moderna de direitos humanos; de outro, a perda da ideia de que a base do debate é o direito de ter direitos que dialoguem com necessidades humanas e que, portanto, há necessidade de um processo de aprendizagem como estranhamento e, para tal, de afirmação radical da diversidade.

Cortella (2015), ilustra essa ideia dizendo que, “na vida coletiva, a minha liberdade não acaba quando começa a do outro. A minha liberdade acaba quando acaba a do outro. Se alguém não for livre, ninguém será livre” (CORTELLA, 2015, p.11-12). Sendo assim, enquanto o outro não

for livre e tiver acessos a questões fundamentais não haverá uma sociedade livre e igualitária. A história da humanidade é farta em demonstrar que o totalitarismo produziu esgotamento da vida e o triunfo dos grupos que impunham as ideias hegemônicas.

Essa concepção, antes de um ideal abstrato, está ancorada na Declaração Universal de Direitos Humanos/DUDH, que registra que só pode ser realizado o ideal do ser humano livre, isento do temor e da miséria, se forem criadas condições que permitam a cada pessoa gozar dos seus direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos (DUDH, 1948). Em base conceitual similar, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como direito das pessoas e a propõe como o alcance de patamares de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1978). Em ambos as definições temos a vigência de um pensamento representativo, do tipo conceito ideal weberiano (LUZ, 1993). Mesmo assim, há uma composição de movimento e complexidade, considerando as condições históricas e sociais, não prescrevendo um modelo universal único a ser alcançado, mas um olhar múltiplo para as necessidades de cada indivíduo e o contexto em que está inserido. Essas temáticas tem uma grande atualidade no momento atual, em diferentes países, inclusive no Brasil.

Como exemplo, no Brasil somos signatários de todos os acordos internacionais que legislam sobre o direito da integridade e combate à violência contra a mulher, mas mesmo assim, temos os maiores índices desta violência, demonstrando “que esse problema ainda é tão extenso e disseminado que se configura como questão de segurança pública (posto que é crime) e de saúde pública, porque afeta a integridade física e mental das pessoas” (DESLANDES; LIMA, 2014, p.789). Também educacional e cultural, na medida em que os padrões de violência são, como a compreensão sobre o direito do outro, aprendidos com base nas relações sociais e nos imaginários produzidos no cotidiano.

É necessário fortalecer o debate sobre a insuficiência da concepção empobrecida/restrita de saúde, indo além da oferta de procedimentos biomédicos e construindo alternativas de cuidado integral – em afirmação da singularidade de cada sujeito desejante - para assim fomentar variações na produção de saúde (MERHY, 2002). As modelagens tecnoassistenciais disponíveis no interior dos sistemas de saúde, como nos lembra Merhy (2002), são arranjos de ações e serviços oferecidos seletivamente a certos grupos populacionais, considerando o valor da vida e o grau de reconhecimento da diversidade de cada um. O avanço necessário, é a oferta de cuidado como parte do direito à saúde, como assegura a Constituição brasileira, tendo/vendo o humano não como um genérico diagnóstico fisiopatológico, mas como singular, e, portanto, colocando ao direito

e às iniciativas que o tem como base, novos desafios e movimentos de afirmação (FERLA, 2007). Para fugir do plano de pensamento que reduz as iniciativas do mundo do trabalho ao conhecimento que já está sistematizado, a afirmação radical da saúde como direito requer a construção de pensamentos rizomáticos (DELEUZE; GUATTARI, 1996), sem polo fixo de pertencimento (raiz pivô), mas que se espraia e se constitui como pensamento complexo, que alcança os desafios existentes no cenário atual, onde as coisas e os afetos não são estáticos, mas sim com permanentes e caóticos atravessamentos.

Sagot (2000) já comentava a importância do debate sobre violência doméstica contra a mulher, a qual não pode ser respondida como uma questão regional, mas percebida em toda a sua complexidade, pois está presente em diferentes países, sendo produto de uma sociedade patriarcal e misógina. Partindo de diferentes relatos de mulheres vítimas de violência doméstica, bem como através de políticas públicas realizadas em diferentes países percebe-se o quanto a reprodução cultural está introjetada nesta forma de violência. Não é somente pelo agressor, mas o quanto também os próprios serviços de referência (multisetoriais) são reprodutores desta violência. Esta reprodução não acontece de forma deliberada, mas pelo próprio desconhecimento dos caminhos que as mulheres vítimas de violência doméstica devem ser encaminhadas, onde os diferentes cuidados especializados muitas vezes não dialogam entre si.

A violência doméstica contra mulher é uma das formas em que a violência por discriminação de gênero ocorre, sendo importante ressaltar que esta tem conceito mais amplo. Enquanto que a violência doméstica e familiar contra mulher ocorre em relações de intimidade onde a ofendida conhece seu agressor, a violência por discriminação de gênero apresenta diferentes aspectos, geralmente vinculados ao reforço ou reiteração de padrões sociais que inferiorizam ou oprimem pessoas em razão de sua identidade (BAÊTA; ALMEIDA NETO, 2016; TELES, 2010). Não se resume a dicotomia desigualdade entre homens e mulheres, pois também está presente na população LGBT, onde, por exemplo, a discriminação de gênero constitui motivo de 15,21% das denúncias de violações de direitos (BRASIL, 2012).

Por ser um tema multisetorial, envolvendo tanto aspectos jurídico-penais, quanto aspectos do cuidado em saúde, e levando em conta a transversalidade dos aspectos socioculturais presente neste tema, me questionei sobre a forma em que pesquisas acadêmicas na Saúde Coletiva tratam do tema. Neste sentido, buscou-se nos principais periódicos brasileiros do campo publicações que versassem sobre a violência domésticas contra mulher, partindo como marco

temporal o ano de 2006, publicação do dispositivo legal, que especificamente inaugura em nosso ordenamento jurídico uma política multiprofissional de atenção a mulher em situação de violência, ampliando as dimensões de acolhimento e integração dos diferentes setores.

A imersão nesta pesquisa, me fez um (re)pensar sobre minha trajetória, percebendo a forma como naturalizei práticas e o quanto a imposição de outras fizeram a construção de territórios. Aspectos como a falta de escuta qualificada (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; SALIBA, 2007; BRUSCHIL; PAULALL; BORDINL, 2006; OSIS; DUARTE; FAÚDES, 2012) e a subnotificação dos casos de violência doméstica contra mulher (KIND *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2008), me fizeram pensar sobre o quanto o cuidado não é algo dado ou assistido ao outro. Mas que é construído pelo encontro, cujos afetos de fato devam se afetar, de forma a modificar não só quem está sendo cuidado, mas o cuidador da mesma forma. E assim, escrevo o segundo artigo que é um ensaio cartográfico, onde a discussão do cuidado acontece, partindo do potencial produtivo da subjetividade e seu reterritorializar. A exposição de minha trajetória ilustra a importância de perceber esse processo como movimento contínuo de auto percepção e de reconhecimento do outro em si. E assim tenho como produto desta pesquisa o Primeiro artigo: O que revela a produção científica da Saúde Coletiva, após dez anos da Lei Maria da Penha e o Segundo artigo: Um movimento de reterritorialização como caminho para mulheres vítimas de violência doméstica: reflexões cartográficas de uma estrangeira na Saúde Coletiva.

ARTIGO 1

O que revela a produção científica da Saúde Coletiva, após dez anos da Lei Maria da Penha

What reveals the scientific production of Public Health, after ten years of the Maria da Penha Law

Resumo

Este artigo faz a análise do que dizem os dois principais periódicos da Saúde Coletiva (Revista de Saúde Pública e Cadernos de Saúde Pública) após os dez anos da promulgação da Lei nº 11.340 de 2006 (Lei Maria da Penha/LMP). Na sequência foi feita a revisão de literatura, estruturação e síntese dos principais resultados, que foram categorizados a partir do foco (a) perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher, (b) perspectiva de atuação de profissionais da saúde e (c) o olhar integral. Essa tipologia permitiu refletir sobre avanços, desafios e o contexto da produção de conhecimentos frente à efetiva implementação da LMP. Um caminho identificado após a análise dos dados é que a violência doméstica contra a mulher não seja vista, em especial pelos profissionais de saúde, como um acontecimento isolado. O respeito a singularidade cultural exige um olhar ampliado. O serviço em saúde é parte, neste contexto, de uma rede em que outros serviços também devem compor. Para evitar uma colcha de retalhos (rotas críticas) seria fundamental a concentração de todo o aporte que congrega a LMP fisicamente em um único local, fazendo com que existam profissionais preparados e uma estrutura enxuta que possibilite um acolhimento inter e multidisciplinar, cuja potência está na soma dos serviços.

Palavra-chave: Violência doméstica; Violência doméstica contra a mulher; Violência de gênero; Lei Maria da Penha.

Abstract

This article analyzes the two main journals of Public Health (Revista de Saúde Pública e Cadernos de Saúde Pública) after the ten years of the promulgation of Law 11,340 of 2006 (Maria da Penha Law / LMP). The literature review, structuring and synthesis of the main results were then categorized from the focus (a) profiles for the victims of domestic violence against women, (b) the perspective of health professionals, and (c) the integral look. This typology allowed us to reflect on advances, challenges and the context of the production of knowledge before the effective implementation of the LMP. One path identified after the data analysis is that domestic violence against women is not seen, especially by health professionals, as an isolated event. Respect for cultural uniqueness

demands an expanded look. The health service is part, in this context, of a network in which other services must also compose. In order to avoid a patchwork (critical routes) it would be essential to concentrate all the contribution that brings the LMP physically in a single place, so that there are prepared professionals and a lean structure that allows an inter and multidisciplinary reception, whose power is in the sum of services.

Keywords: Domestic violence; Domestic violence against women; Gender violence; Maria da Penha Law.

Introdução

Na abordagem desse tema, a produção científica da epidemiologia, desde os anos 70, vem realizando relevantes estudos sobre o impacto da violência nos serviços de saúde. No entanto, as pesquisas apresentavam o tema predominantemente por meio de uma visão unidisciplinar (MINAYO, 2012). Atualmente as abordagens mais frequentes são interdisciplinares sugerindo que o fenômeno da violência doméstica contra a mulher foi reconhecido pela sua complexidade. O borramento entre as fronteiras do conhecimento faz com que redes sejam tecidas, cuja a potencialidade está no encontro das diferentes formas de enfrentar este tipo de violência, pois “saúde não é uma opção e sim uma necessidade vital” (FARFÁN; OLAVE, 2013, p.2). Onde conceito de saúde não se restringe apenas ao bem estar físico e/ou psicológico, mas moral inclusive.

A instrumentalização legal para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher ocorreu em 1983, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004 (MINAYO, 2012). Posteriormente, em 2006, com a Lei Maria da Penha (LMP), Lei nº 11.340, de 07/08/2006, criaram-se mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Em 2016, dez anos após a publicação da lei, o Brasil ocupa o quinto lugar em violência doméstica contra a mulher no mundo (WAISELFISZ, 2015).

Segundo autores a “elaboração de uma lei específica para a violência de gênero foi resultado do trabalho e da mobilização dos movimentos de mulheres”, que foi muito potencializado com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República. Um dos objetivos do movimento de mulheres em relação a essa temática foi “caracterizar a violência

de gênero como violação dos direitos humanos e elaborar uma lei que garantisse proteção e procedimentos humanizados para as vítimas” (MENEGHEL *et al.*, 2013, p.692).

O impacto da violência doméstica contra a mulher tem visibilidade na saúde, conforme números disponibilizados pelo Ministério da Saúde: em 2011 os custos diretos para o sistema de saúde chegaram a R\$ 5,3 milhões. O SUS atendeu mais de 70 mil mulheres vítimas de violência naquele ano, onde 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico; duas em cada três pessoas atendidas no SUS vítimas de violência doméstica ou sexual, são mulheres e em 51,6% dos atendimentos foram registradas reincidência no exercício da violência doméstica contra a mulher (WAISELFISZ, 2015). De acordo com estudo realizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento com 83 mil mulheres da América Latina e do Caribe, em todos os níveis de renda os custos desta violência na vida de cada uma são intangíveis (AGUERO, 2013).

O combate à violência doméstica contra a mulher inclui mais do que informação, uma vez que, em levantamentos feitos por meio de entrevistas pelo Senado Federal desde 2009, 100% das mulheres já ouviu falar da LMP (DATASENADO, 2015). Mesmo assim, cinco mulheres são espancadas a cada dois minutos no país, sendo o parceiro o responsável por mais 80% dos casos reportados (FPA, 2010). As agressões físicas e psicológicas são as principais formas de violência contra mulheres (PORTAL BRASIL, 2016). A temática da violência doméstica contra a mulher é bem visível, mas a cultura misógina ainda é mais forte, como demonstra a banalização desse tema, tomado como demonstração de virilidade e naturalizado em falas no cotidiano de famílias e até no discurso de legisladores do Congresso Nacional. A temática da violência doméstica contra a mulher adquire visibilidade também na produção e circulação de conhecimentos, quando também pode orientar a formação universitária de diversas profissões que atuam no ciclo da vigilância, da assistência e na produção de culturas de não violência.

Neste artigo descrevemos o resultado da pesquisa relacionando a produção de conhecimentos no campo da Saúde Coletiva sobre violência doméstica contra a mulher após dez anos da LMP (2006 a 2016). Assim, a partir dos artigos publicados nos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública, que são os dois periódicos brasileiros de maior reconhecimento científico no campo da Saúde Coletiva¹, nos últimos 10 anos.

¹ Segundo a avaliação de periódicos realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fundação vinculada ao Ministério da Educação responsável pela avaliação da produção científica para fins de avaliação da pós-graduação no Brasil.

O questionamento que orientou a pesquisa foi “o que dizem os principais periódicos da Saúde Coletiva - Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública - sobre a questão da violência doméstica contra a mulher e como essa produção de conhecimentos dialoga com a realidade atual, após dez anos de Maria da Penha?” Para responder a essa pergunta além da revisão integrativa da bibliografia, fizemos uma síntese das principais questões identificadas nos artigos.

A escolha do marco temporal - dez anos da LMP - se dá, pois este é o primeiro instrumento que tipifica a violência doméstica contra a mulher e denominou de violência doméstica aquela que, como resultado de toda e qualquer ação ou omissão relacionada ao gênero, cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial às mulheres, ocorrida em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (LMP, artigo 5º, III).

Essa definição trouxe para o ordenamento jurídico no país instrumentos mais rigorosos em relação aos agressores e, assim, a violência doméstica contra a mulher deixou de ser considerada no conjunto dos crimes de menor potencial ofensivo, para os quais as punições corresponderiam ao pagamento de cestas básicas ou serviços comunitários (MENEGHEL *et al.*, 2013). A LMP criou “mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §, 8º do art. 226 da Constituição Federal”, assim como regulamentou no país os termos de tratados internacionais, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência doméstica contra a Mulher, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência doméstica contra a Mulher e outros (BRASIL, 2006).

No Artigo 2º da LMP está registrado que toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, devendo ser-lhes asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. Assegurando, dentre outros, o direito à vida, à segurança, à saúde, a justiça, à liberdade, à dignidade, ao respeito (BRASIL, 2006).

Metodologia

A metodologia adotada é a pesquisa bibliográfica, com uma pesquisa de contorno descritivo. Foram realizadas duas estratégias de busca de referências: uma de caráter histórico, através da seleção de dados do Mapa da Violência 2015 e a outra foi a pesquisa dos artigos

publicados nos periódicos Revista de Saúde Pública e Caderno de Saúde Pública, utilizando os vocabulários estruturados - palavras-chaves e descritores – (CASTRO, 2001) violência doméstica contra a mulher, violência doméstica, violência de gênero, Lei Maria da Penha. O período da busca foi entre os anos de 2006 a 2016, pois nos interessa especificamente os contornos deste debate após a LMP, em língua portuguesa.

Nesse artigo, inicialmente serão apresentados os dados do Mapa da Violência 2015 (WAISELFISZ, 2015), que sumariza um conjunto de levantamentos de dados realizado pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), com o apoio do escritório no Brasil da ONU Mulheres, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. A sistematização dos dados dessa fonte permite um contorno à análise da produção científica sobre a temática.

A escolha dos periódicos para a busca de artigos levou em consideração a relevância dos dois principais periódicos (Revista de Saúde Pública e Caderno de Saúde Pública) brasileiros na área de Saúde Coletiva, ambos compartilhando o estrato de melhor avaliação de periódicos brasileiros da área da Saúde Coletiva no sistema de avaliação Qualis da CAPES, com a classificação A2. Esse status no campo de conhecimentos é alcançado pelos excelentes índices bibliométricos de ambas as revistas e, portanto, também aponta o *status* dos artigos e, de forma associada, da temática no campo. A Revista de Saúde Pública (RSP) tem indexação em nove bases internacionais, fator de impacto em 2016 de 0.0813 e Google Scholar 2016 - H5 índice: 35/H5 mediana: 50. O Caderno de Saúde Pública (CSP) está indexado em dezesseis bases internacionais, tem fator de impacto em 2016 de 0,9695, Google Scholar 2016 - H5 índice: 35/ H5 mediana: 42.

A pesquisa foi feita diretamente no acervo de cada um dos periódicos, iniciando pelo descritor e seguido pelo refinamento do período (2006 a 2016), tendo como resultado 95 artigos, sendo 43 (RSP) e 52(CSP). Na sequência os artigos pré-selecionados passaram por uma análise de tema e data, com o objetivo de certificar que se enquadravam no objetivo desta pesquisa. Para esta certificação foram lidos os resumos e a metodologia de todos os artigos selecionados, e assim foram retirados da pesquisa os artigos que tinham como foco de análise: Violência doméstica contra idosos, Violência doméstica contra crianças e adolescente, Educação infantil, Violência no trabalho, Prática de profissionais de saúde fora do Brasil, Análise de instrumentos internacionais e Avaliação da relação entre violência física e massa corporal, perfazendo um total de 07 (RSP) e 30 (CSP). E os que haviam sido publicados dentro do período de 2006 a 2016, mas utilizavam dados (base da

pesquisa) fora deste período, perfazendo um total de 17 (RSP) e 09 (CSP). E para finalizar a seleção, verificou-se a duplicidade, ou seja, subtraiu-se da base de pesquisa os artigos que congregavam os dois descritores - violência doméstica e violência doméstica contra a mulher - por isso apareciam duplicados no resultado da pesquisa, perfazendo um total de 08 (RSP) e 05 (CSP). E assim, tivemos como seleção de artigos válidos um total de 11 (RSP) e 10 (CSP), que foram lidos integralmente para a análise.

A análise dos dados originários dos artigos demonstrou três abordagens predominantes, que foram constituídas como categorias empíricas que emergiram da leitura. Essa tipologia permite refletir sobre avanços, desafios e o contexto da produção de conhecimentos frente à efetiva implementação da LMP. As categorias construídas são: os perfis para as vítimas de violência doméstica, a perspectiva de atuação de profissionais da saúde e o olhar integral, como resposta as mulheres vítimas de violência.

Na análise dos artigos os descritores violência doméstica contra a mulher e violência doméstica, foram majoritariamente os mais frequentes. A seguir a relação dos artigos que compõem a pesquisa (Tabela 1).

Tabela I - Caracterização dos artigos selecionados para a pesquisa

	Título do artigo	Periódico	Categoria (continua)
1.	Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007.	CSP	Olhar integral
2.	Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência.	CSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
3.	Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional.	CSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
4.	Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil.	CSP	Profissionais da saúde
5.	Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.	CSP	Olhar integral
6.	Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.	CSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
7.	Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde	CSP	Profissionais da saúde

	Título do artigo	Periódico	Categoria (Conclusão)
8.	Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher	CSP	Olhar integral
9.	Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo	CSP	Olhar integral
10.	Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução	CSP	Olhar integral
11.	Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil.	RSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
12.	Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras.	RSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
13.	Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.	RSP	Profissionais da saúde
14.	Violência e saúde: estudos científicos recentes.	RSP	Olhar integral
15.	Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida.	RSP	Profissionais da saúde
16.	Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida.	RSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
17.	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	RSP	Profissionais da saúde
18.	Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde	RSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
19.	Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes.	RSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
20.	Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF.	RSP	Perfis para as vítimas de violência doméstica contra a mulher
21.	Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde.	RSP	Profissionais da saúde

Fonte: Desenvolvida pelos autores.

O panorama construído pela análise dos artigos aponta avanços e questões que podem ser aprimoradas e repensadas nas estratégias de combate à violência doméstica contra a mulher. Não se teve como objetivo esgotar o tema e muito menos produzir um manual de soluções, mas refletir sobre caminhos possíveis no combate deste tipo de violência e o estágio da produção científica nos periódicos brasileiros melhor avaliados no campo da Saúde Coletiva.

O mapa da violência doméstica contra a mulher

O uso do Mapa da Violência publicado no ano 2015, conforme exposto supra, foi utilizado como fonte histórica e de auxílio no contexto e para a discussão do tema. Muito embora não esteja citado nos estudos analisados a própria discussão dos dez anos de LMP se deu justamente pelos dados contidos no referido Mapa. A busca, portanto, destes estudos procura perceber o quanto os mesmos refletem sobre este cenário.

Segundo Waiselfisz “violência contra a mulher não é um fato novo. Pelo contrário, é tão antigo quanto a humanidade. O que é novo, e muito recente, é a preocupação com a superação dessa violência como condição necessária para a construção de nossa humanidade” (WAISELFISZ, 2015, p.7).

No período de 2006/2013 o Brasil teve uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. Em um grupo de 83 países com dados homogêneos e tratados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa “uma pouco recomendável 5ª posição, evidenciando que os índices locais excedem, em muito, os encontrados na maior parte dos países” (WAISELFISZ, 2015, p.27). Nos estados como Roraima os dados quadruplicaram (343,9%), e na Paraíba triplicaram (229,2%) neste período, demonstrando materialmente que o Brasil tem 48 vezes mais homicídios femininos que o Reino Unido; 24 vezes mais que na Irlanda ou Dinamarca; 16 vezes mais que no Japão ou Escócia (WAISELFISZ, 2015). Esse, portanto, não é um problema de pequena relevância e sua superação implica no envolvimento interinstitucional e a melhor compreensão das necessidades das mulheres que são expostas a essa violência, bem como desencadear iniciativas e reflexões capazes de combater a violência também no que se refere ao lugar que ocupa na cultura. Importante salientar que o feminicídio é entendido como “as agressões cometidas contra uma pessoa do sexo feminino no âmbito familiar da vítima que, de forma intencional, causam lesões ou agravos à saúde que levam a sua morte” (WAISELFISZ, 2015, p.7). Portanto todos os dados referentes a homicídios inferidos no estudo ocorreram no âmbito familiar, cujo o conceito de feminicídio apresenta-se mais restrito do que o previsto na Lei Federal nº 13.104/2015.

A população negra está mais exposta a esta forma de violência, pois enquanto os homicídios de mulheres brancas caíram 9,8% entre 2003/2013, os homicídios de mulheres negras aumentam 54,2% no mesmo período. A maior parte dos homicídios masculinos acontece na rua, enquanto que os femininos acontecem majoritariamente no domicílio da vítima, indicando a alta domesticidade

dos homicídios de mulheres. A maior incidência da violência doméstica entre mulheres negras, que era de 22,9% em 2003, cresceu para 66,7% em 2013, ou seja, houve um aumento de 190,9% na vitimização de negras. No cenário descrito nesse período, há maior prevalência entre 18 e 30 anos de idade, a agressão é perpetrada predominantemente no domicílio da vítima, sendo cometida predominantemente por pessoas conhecidas da vítima. Por meio de registros do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN), constata-se que foram atendidas pelo SUS em 2014 aproximadamente 85,9 mil meninas e mulheres vítimas de violência exercida por pais, parceiros/ex-parceiros/filhos/irmãos (WAISELFISZ, 2015).

A violência letal contra a mulher, tem como grande problema a escassez de fontes e insuficiência de dados, onde a grande maioria das fontes disponíveis fazem convergência sobre a figura das vítimas, sem referências aos causantes ou agressores. Esse problema se acentua com a baixa capacidade de elucidação dos crimes de homicídio, principalmente a identificação dos autores e das circunstâncias desses crimes. Em 2014, o principal agressor, em 67,2% do total de atendimentos contra mulheres na faixa dos 18 aos 59 anos, foi o parceiro ou ex-parceiro. Somando os atendimentos com violência produzida por parentes imediatos, a taxa de atendimentos por violência doméstica contra a mulher foi de 8,3 por 10 mil mulheres (WAISELFISZ, 2015).

Violência doméstica contra a mulher - o que dizem sobre

Traçado o quadro da violência doméstica contra a mulher, foram sistematizados os achados da pesquisa nos periódicos CSP e RSP, conforme descrição apresentada na Tabela I. A base desse estudo para analisarmos o cenário da produção de conhecimentos sobre a violência doméstica contra a mulher, após dez anos da implementação da LMP, é composta por 21 artigos, dos quais seis descrevem a atuação do profissional de saúde no recebimento destas mulheres vítimas de violência; oito tem seus estudos baseados em diferentes regiões do país, com o objetivo de descrever/caracterizar um perfil desta mulher, e assim construir ferramentas em que políticas públicas possam prevenir/proteger estas vítimas; e sete trabalham o tema através de um olhar integral, ou seja, e os problemas que às mulheres vítimas de violência doméstica, enfrentam ao decidir pedir ajuda/apoio para colocar fim a esta violência. E assim, iremos desenhar o cenário – avanços e problemas – pelas lentes dos autores que ao longo destes dez anos pesquisaram sobre o tema.

Atuação dos Profissionais da saúde

Nesta categoria de análise, todos os artigos apontam como questão central o despreparo dos profissionais de saúde para receber/identificar as mulheres vítimas de violência doméstica, explicando o fato com as seguintes constatações: a formação profissional não aborda a violência doméstica contra a mulher como uma questão de saúde pública (KIND *et al.*, 2013); identificam a falta de tempo, de suporte dos serviços de saúde e da comunidade; vergonha de tratar deste assunto com os usuários; medo dos agressores (OSIS; DUARTE; FAÚDES, 2012). Neste cenário podemos entender o motivo que dificulta o reconhecimento da comunidade aos profissionais de saúde como fonte de ajuda e orientação, no combate a esta violência (BRUSCHIL; PAULALL; BORDINL, 2006).

A violência para a área da saúde transcende as especificidades físicas (lesões e mortes) e/ou emocionais (traumas) na abordagem dos serviços e representa um problema de saúde pública de graves dimensões (MOREIRA *et al.*, 2008). Outro tema debatido é a própria relação entre os atendimento e responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde em cumprir as normas previstas em seus códigos de ética frente a indícios de violências (SALIBA, 2007).

Os serviços de saúde têm um importante papel no enfrentamento da violência, podendo atuar no reconhecimento e acolhimento destas mulheres antes da ocorrência de sequelas ou incidentes mais graves. Atualmente, parte considerável dos casos de violência não é identificada, tornando esse fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde, portanto subnotificado. A violência doméstica contra a mulher acarreta “aumento nas taxas de suicídio, abuso de drogas e álcool, incidência de problemas de saúde como cefaléias e distúrbios gastrointestinais, sofrimento psíquico, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo aids, e gravidez indesejada” (MOREIRA *et al.*, 2008, p.1055).

Temos um crescimento gradativo de notificações anuais a partir de 2006, mas ainda se estabelece uma invisibilidade relevante devida a não notificação pelos profissionais de saúde em seu contexto de atuação. No caso da violência contra mulheres, a subnotificação vai muito além do despreparo do profissional de saúde no atendimento, apontando a dificuldade de percebê-la como ferramenta que irá nutrir o sistema de informação e que é responsável pelo desenho do perfil de vítimas, a partir do qual os envolvidos no processo de enfrentamento desta violência planejam ações de políticas públicas que alcancem e combatam este tipo de violência (KIND *et al.*, 2013).

Saliba (2007), ao comparar a violência aos diversos grupos populacionais vulneráveis, infere o quanto a própria estigmatização da mulher interfere no acolhimento, gerando novas formas/continuidade da violência. A violência contra crianças ou idosos goza do privilégio da comoção enquanto que a mulher vítima de violência doméstica “é considerada culpada pela agressão e o preconceito entre os profissionais de saúde promove uma nova ofensa à mulher” (SALIBA, 2007, p.474).

E assim, podemos inferir duas questões: não houve uma construção coletiva dos/com os profissionais de saúde para a elaboração do questionário que embasa a notificação – que causa vergonha - e talvez por isso eles não se sintam responsáveis pelo enfrentamento a violência. Também há muitos relatos de ações pautadas em valores pessoais, em que pese a legislação e os códigos de ética profissional preverem responsabilidades penais nos casos de descumprimento da lei que trata da notificação compulsória de violência doméstica contra a mulher (SALIBA, 2007).

É um desafio para a rede de atenção básica o combate a violência doméstica contra a mulher, onde os próprios profissionais são reprodutores de violência seja através do não acolhimento, seja pela omissão do seu dever profissional. E assim, se percebe a necessidade de efetivação, pois muitos instrumentos já foram construídos e estão prontos para serem implementados.

Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica

A análise e elaboração do perfil das mulheres que sofrem violência doméstica têm como objetivo desenhar a realidade que muitas mulheres estão submetidas. Partindo desta realidade, alguns autores propõem o desenvolvimento de políticas públicas que consigam acolher, através do atendimento integral, desenvolver ações que possam proteger - para não se repetir - e prevenir. A elaboração deste perfil não é estática/dura e por isso sua construção acontece por fatores associados, onde a violência doméstica contra a mulher se constitui por uma gênese multicausal (GARCIA *et al.*, 2016).

O tempo médio de escolaridade de oito anos das vítimas, tendo como fatores associados a esta violência: um maior número de filhos, união informal, violência na família de origem, cor de pele negra, abuso sexual na infância, condições socioeconômicas desfavoráveis e o consumo de bebida alcoólica. Estudos baseados na não adesão de mulheres vítimas de violência doméstica ao seguimento ambulatorial - comparadas com as que prosseguiram - mostra que aquelas têm menor

escolaridade, doenças crônicas e antecedente pessoal de violência sexual, poucas partilham o ocorrido com alguém e as que compartilharam não se sentiram apoiadas após o relato de violência (FACURI *et al.*, 2013; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). A maior parte das ocorrências acontece nos finais de semanas e durante a noite/madrugada (GARCIA *et al.*, 2016), existindo uma alta prevalência de violência sexual entre mulheres grávidas (DE AQUINO *et al.*, 2009). Como fator associado à violência de gênero em mulheres com HIV, apresentou-se a elevada prevalência de ideação suicida (CECCONL; MENEGHEL; HIRAKATALL, 2014). Segundo os autores, tal associação tem origem cultural e acontece por causa do sistema patriarcal, o qual tem legitimado o controle do poder dos homens submetendo “as mulheres em relação ao HIV, às violências e ao comportamento autoagressivo” (CECCONL; MENEGHEL; HIRAKATALL, 2014, p.764). Compreender a relação entre violência e suicídio em mulheres com HIV, poderá contribuir para o atendimento integral e a adoção de ações de prevenção (CECCONL; MENEGHEL; HIRAKATALL, 2014).

Neste cenário, apenas 57% das vítimas pede ajuda/compartilha o relato de violência e 27,1% das mulheres o fizeram em instituições de saúde (SILVA, 2012), demonstrando que há um desconhecimento por parte da comunidade ou o não reconhecimento que os profissionais de saúde são referência formal no acolhimento de mulheres vítimas violência doméstica. A alta prevalência de violências que muitas mulheres são submetidas, através de suas relações íntimo-afetivas, deve ser enfrentada através da tolerância zero em “todas as esferas da ecologia das relações humanas” (MOURA, 2009, p.952).

Olhar Integral

A prática do cuidado de forma integral indica a importância do atendimento interdisciplinar às mulheres vítimas de violência doméstica. A prática interdisciplinar pode significar a “solidariedade das disciplinas, e não suas competições [ou a demonstração da] insuficiência de disciplinas isoladas para conhecer a violência” (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2009, p.119-207). Independentemente da linha teórica escolhida, o acolhimento por profissionais de saúde com preparo e atuação em equipe multiprofissional qualifica o acolhimento das mulheres vítimas de violência doméstica.

O serviço de saúde é a principal fonte de dados para as pesquisas, fornecendo registros ou sendo local de aplicação de questionários e entrevistas, a partir dos quais são produzidas as análises que embasam o desenvolvimento de políticas públicas (ANACLETO *et al.*, 2009). A subnotificação, nesse contexto, vai muito além da demonstração dos números que a violência doméstica contra a

mulher produz, pois quando um profissional de saúde opta por não notificar - mesmo sabendo que há indícios/certeza da ocorrência de violência - protagoniza mais violência, e a instituição de saúde, que deveriam ser fonte de acolhimento, produz ainda mais agravos. Ações como esta exemplificam o quanto a violência é um tema complexo e sensível (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Através das rotas críticas² - lugares e situações - que as mulheres vítimas de violência doméstica percorrem, Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) relatam uma série de procedimentos que podem/devem ser repensadas/transformados, para que o acolhimento não seja mais uma forma de reprodução de violência. Neste cenário, a publicação da LMP foi um importante avanço para a sistematização dos procedimentos, muito embora ainda não seja suficiente: a dificuldade em entender as orientações/processos, os serviços fornecidos de forma fragmentada, a inexistência de um centro de atenção integral e a incapacidade da polícia na proteção, são fatores identificados como limitadores no acolhimento das vítimas de violência doméstica (MENEGHEL *et al.*, 2011). Não é “qualquer profissional que tem condições, em termos emocionais, de sensibilização e capacitação técnica e de crenças pessoais, para atender mulheres violentadas sexualmente” (OLIVEIRA, 2007, p.456).

Outros possíveis entraves ao atendimento integral estão nos acordos intra e interinstitucionais, principalmente em casos de interrupção da gravidez, onde existe a exigência da apresentação Boletim de Ocorrência (B.O.) e do laudo do Instituto Médico Legal (IML) comprovando que a mulher foi estuprada, o que demonstra “o não reconhecimento das mulheres como seres autônomos e responsáveis” (OLIVEIRA, 2007, p.457).

Percebe-se a presença de argumentos maniqueísta na forma de se analisar a violência doméstica contra a mulher, delimitando a questão a partir de uma leitura misógina em que o conflito se estabelece na relação entre homens e mulheres, “sob ameaça de ruptura da dominação tradicional” (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2009, p.209). Sendo a violência uma forma de manutenção deste poder através da força de um sujeito contra o outro, ignorando a própria complexidade que se constitui as formas de violência doméstica contra a mulher. Importante “perceber a violência como uma violação ética dos direitos humanos das mulheres” (MENEGHEL *et*

² O termo rotas críticas foi proposto pela socióloga Montserrat Sagot a partir do projeto “Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar em América Latina”, que se realizou em 16 comunidades em 10 países da América Latina entre os anos de 1996-1998 em parceria com Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (SAGOT, 2000). Pelo termo, a pesquisadora entende como “um processo que se constrói a partir da sequência das decisões e ações executadas pelas mulheres afetadas pela violência e as respostas encontradas em sua busca de soluções” (SAGOT, 2008).

al., 2011, p.749), onde as iniquidades sociais devem ter um papel preponderante, se desejarmos enfrentar a raiz do problema, ao invés de um horizonte limitado por ações paliativas (MENEHEL *et al.*, 2011).

Considerações finais

Conforme pode ser inferido a partir da análise histórica dos dados do mapa da violência (WAISELFSZ, 2015), a violência doméstica contra a mulher tem forte influência cultural. O âmbito doméstico é o local de resguardo e privacidade da família. Ou seja, ao mesmo tempo que deveria servir de proteção acaba abrigando muitas vezes um cenário de violência. A questão doméstica faz com que o foco seja frequentemente a vítima, pois somente a partir dela é externalizado a violência. A associação ambiente doméstico e privacidade trazem dificuldades no próprio trato desta forma de violência, pois culturalmente os serviços públicos tem um desconforto em adentrar neste ambiente. Por isso, que o que é novo não é o tema de violência doméstica contra a mulher, mas sim a importância do quanto as políticas e os serviços públicos devem olhar para esta forma de violência. Assim, associado aos dados históricos, percebe-se que as publicações nos periódicos intensificam o debate neste sentido.

Através da análise dos artigos, percebemos alguns sintomas, como o despreparo dos profissionais de saúde em lidar com mulheres vítimas de violência doméstica, indo além das subnotificações dos casos. As (poucas) mulheres que chegam ao serviço de saúde em busca de acolhimento, muitas vezes se deparam com um sistema reprodutor de violência. O papel reprodutor de violência por profissionais de saúde, reside no sentimento de não pertencimento ao contexto em que a violência se materializa. Não se percebem como peças de uma engrenagem de/para o acolhimento, onde o exercício da atividade profissional prescinde de julgamentos morais.

Os perfis das vítimas de violência doméstica descrevem mulheres com baixa escolaridade, condições socioeconômicas desfavoráveis, histórico de violência na infância e sofrida pela mãe. Este delineamento pode ser utilizado para alcançar a mulher que, por uma infinidade de motivos, não rompe o ciclo da violência. Ampliar o olhar para a questão da violência doméstica contra a mulher, seja percebendo esta mulher como um ser completo - com sua trajetória singular – e respeitar a forma que ela irá construir seu caminho para romper ou não a situação da violência; seja na problematização de como a questão da violência doméstica contra a mulher é tratada em nossa

sociedade com atendimento medicalizantes que ligam a violência a uma ideia de doença onde o foco está no tratamento, constitui-se um caminho necessário.

Um possível caminho identificado após a análise dos dados é que a violência doméstica contra a mulher não seja vista, em especial pelos profissionais de saúde, como um acontecimento isolado. O respeito a singularidade cultural exige um olhar ampliado. O serviço em saúde é parte, neste contexto, de uma rede em que outros serviços também devem compor. Para evitar uma colcha de retalhos (rotas críticas) seria fundamental a concentração de todo o aporte que congrega a LMP fisicamente em um único local, fazendo com que existam profissionais preparados e uma estrutura enxuta que possibilite um acolhimento inter e multidisciplinar, cuja potência está na soma dos serviços. Uma política pública neste sentido respeitará a saúde da mulher, uma vez que os serviços tratarão física e psicologicamente, conjuntamente com orientações sobre os desdobramentos jurídicos singulares a cada vítima. Fortalecendo a autonomia desta mulher e qualificando todos os profissionais envolvidos a trabalharem em rede, para o acolhimento integral da vítima de violência.

Referências

AGUERO, Jorge. *Estimaciones causales de los costos intangibles de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Agosto de 2013. BID, Banco Interamericano de Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.iadb.org/es/investigacion-y-datos/publication-details,3169.html?pub_id=IDB-WP-414&source=eresnews>. Acesso em: 14 jul 2017

ANACLETO, Adriana Jaqueline et al. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):800-808, abr, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006.

BRUSCHIL, Alessandra; PAULALL, Cristiane Silvestre de; BORDINL, Isabel Altenfelder Santos. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):256-64.

CASTRO, Elenice. Terminologia, palavras-chaves, descritores em saúde: Qual a sua utilidade?. *Jornal Brasileiro de AIDS*, jan-mar/2001; 2(1):51-61.

CECONL, Roger Flores, MENEGHEL, Stela Nazareth Meneghel, HIRAKATALL, Vania Naomi. Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Rev Saúde Pública* 2014;48(5):758-765

CORTELLA, Mario Sergio. *Educação, convivência e Ética – Audácia e Esperança*. São Paulo: Cortez, 2015.

- D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):299-310.
- DATASENADO. *Brasileiras sabem da Lei Maria da Penha, mas a violência doméstica e familiar contra as mulheres persiste*. Brasília, 18 de agosto de 2015. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasetado/release_pesquisa.asp?p=67. Acesso em: 14 jul 2017.
- DE AQUINO, Nicole Moraes Rêgo et al. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. *Rev Saúde Pública* 2009;43(6):954-60
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *Mil Platôs*. 2ed. São Paulo: Editora 34, 1996. v.1.
- DESLANDES, Suely Ferreira; LIMA, Claudia Araújo de. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde Soc*. São Paulo, v.23, n.3, p.787-800, 2014.
- DUDH, *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 16 dez 2015.
- FACURI, Cláudia de Oliveira et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(5):889-898, mai, 2013
- FARFÁN, Xenia Fuster; OLAVE, Francisca Rebolle do. Interacciones dialógicas en el consultorio: migrantes haitianos y funcionarios de salud primaria. *Revista Perspectivas* nº 24, 2013. ISSN 0717-1714, p. 111-122.
- FERLA, Alcindo Antônio. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.
- FPA, Fundação Perseu Abramo. Disponível em: <http://compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/FPA-modulo-violencia-domestica-pesq-2010.pdf>. Acesso em: 14 jul 2017
- GARCIA, Leila Posenato et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(4):e00011415, abr, 2016.
- KIND, Luciana et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013
- LINDNER, Sheila Rubia et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(4):815-826, abr, 2015.
- LUZ, Madel Therezinha. *Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 62).
- MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):459-464, fev, 2007
- MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3):691-700, 2013.
- MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(4):743-752, abr, 2011.
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: Impactos no setor saúde e respostas do sistema. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.1011-1036.
- MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1053-9
- MOURA, Leides Barroso Azevedo. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública* 2009;43(6):944-53.
- OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Fórum Violência sexual e saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):455-458, fev, 2007
- OMS, Organização Mundial de Saúde. UNICEF. *Declaração de Alma-Ata*. URSS, 06 de setembro de 1978. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 20 jun 2014.
- OSIS, Maria José Duarte, DUARTE, Graciana Alves, FAÚDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):351-8.
- PORTAL BRASIL. *Ligue 180 registra mais de 555 mil atendimentos este ano*. Brasília, 09 de agosto de 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/08/ligue-180-registra-mais-de-555-mil-atendimentos-este-ano>>. Acesso em: 14 jul 2017
- SAGOT, Montserrat. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Organización Panamericana de la Salud/Programa mujer, Salud Y Desarrollo, 2000.
- SAGOT, Montserrat. Entrevista. WOLFERT, Graziela. “Nenhuma mulher está a salvo em uma sociedade patriarcal e misógina”. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, 255, abril de 2008. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1735&secao=255>. Acesso em: 06 dez 2017.
- SALIBA, Orlando. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(3):472-7.
- SCHRAIBER, Lilia Blima, OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas d', COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S205-S216, 2009
- SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública*, 2006;40(N Esp):112-20.
- SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil (CSP). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.
- SILVA, Raquel de Aquino. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2012;46(6):1014-22.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni, PERDONA, Gleici da Silva Castro, SANTOS, Manoel Antonio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):730-737.
- WASELFSZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2015*. Homicídios de mulheres no Brasil. São Paulo. Instituto Sangari. 2015.

ARTIGO 2

Um movimento de reterritorialização como caminho para mulheres vítimas de violência doméstica: reflexões cartográficas de uma estrangeira na Saúde Coletiva

A reterritorialization movement as a way for women victims of domestic violence: cartographic reflections of a foreigner in Public Health

Resumo

Este artigo tem como objetivo trazer a cena a violência doméstica contra a mulher, após dez anos da Lei Maria da Penha, propondo um olhar pós violência, através do questionamento de quem é esta mulher? O que ela deseja? O que pode fazer? Neste contexto a escrita se desenvolve através do relato de experiência, com o cartografar de uma estrangeira na Saúde Coletiva, propondo a reterritorialização como um caminho possível pós episódios de violência. Construo a minha caixa de ferramentas como pesquisadora em Saúde Coletiva, utilizando as obras de Sueli Rolnik (2012): *Cartografia Sentimental*, Alcindo Antônio Ferla (2007): *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*, e Emerson Elias Merhy (2002): *Cartografia do Trabalho Vivo*, como forma de estruturar minha trajetória. E no final desta análise acredito que um caminho possível seja composto por uma equipe multiprofissional com a produção de rede para/de acolhimento e escuta qualificada. E assim, as mulheres vítimas de violências doméstica, farão parte desta engrenagem e poderão fomentar o seu reterritorializar.

Palavras-chave: Violência doméstica contra mulher; territorialização; cartografia; Lei Maria da Penha.

Abstract

This article aims to bring the scene of domestic violence against women, after ten years of the Maria da Penha Law, proposing a look after violence through the questioning of who is this woman? What does she want? What you can do? In this context, writing develops through the experience report, with the mapping of a foreigner in Public Health, proposing reterritorialization as a possible pathway after episodes of violence. I construct my toolbox as a researcher in Public Health, using the works of Sueli Rolnik (2012): *Cartografia Sentimental*, Alcindo Antônio Ferla (2007): *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*, e Emerson Elias Merhy (2002): *Cartografia do Trabalho Vivo* as a

way to structure my trajectory. And at the end of this analysis I believe that a possible path is composed of a multiprofessional team with network production for / host and qualified listening. And so, women victims of domestic violence, will be part of this gear and may encourage their reterritorializar.

Palavras-chave: Domestic violence against women; territorialization; cartography; Maria da Penha Law.

Contexto de afetações

Treze anos na imersão das relações internacionais.

Aprovada na seleção do mestrado em saúde coletiva; o que escrever? Putz agora grávida, gravidez na era zika – doze ultrassons!

Qualificação no 6º mês do mestrado, estranhamentos de linguagem. Qual seria o produto esperado? Construção da estrangeira, desconstrução da estrangeira, movimentações e afetações para uma escrita que faça sentido.

Curso UPPS a distância, conheço Sueli, começo a minha desterritorialização, que vai muito além dos campos da universidade, como um rizoma, as minhas camadas vão sedimentando/rachando, num jogo de aprendizagem que afecta o corpo, e as reflexões ganham a potência de um ser desejante. Questiono os modelos que nós mulheres somos envelopadas durante diversas fases da nossa trajetória, questiono a minha.

Helena, mulher brasileira, nasce em casa num período de retrocesso democrático e violências disseminadas. Estudei tudo sobre parto domiciliar. Nada sobre o puerpério. Nada sobre puerpério em tempos de dissolução de direitos e disseminação de fascismos no cotidiano. Nada sobre o que poderá a mulher que nasce nesse período, nas próximas décadas, em que Helena irá produzir-se mulher brasileira.

Delimitação do tema – dez anos de LMP, nos dois principais periódicos de saúde coletiva.

Elaboração do primeiro artigo - análise e sistematização dos dados encontrados.

Desta jornada de mestranda/mulher/companheira/mãe germina a escrita do que seria possível somar aos estudos já existentes, como um entre tantos caminhos para estas mulheres vítimas de violência doméstica. Esse lugar constitui um plano de sensibilidade para o tema em estudo, mostrando sutilezas da cultura vigente não percebidas até então, e o agudo da violência física e psicológica, num contexto de fragilidades construídas socialmente.

E assim, após romper com o ciclo de violência, quem é esta mulher?

O que ela deseja? O que pode fazer?

É no contexto acima descrito que esta escrita acontece. O cartografar de uma estrangeira na Saúde Coletiva, como método para transpor a fronteira da revisão de literatura, e assim materializar, através deste relato de experiência, uma pesquisa que congregue o cenário da violência doméstica contra a mulher, propondo a territorialização como um caminho possível pós episódios de violência. Neste artigo, proponho pensar um caminho possível as mulheres que

decidiram romperem com o ciclo de violência doméstica. E neste caminho, teço uma rede de atenção e cuidado em saúde, a partir da territorialização e reterritorialização, onde estes são movimentos permanente e produtores de subjetividades. Neste caminhar cada mulher fabrica/constrói sua caixa de ferramentas, ao revisitar sua trajetória (sua territorialidade). E assim, no movimento de reterritorialização, se deixará no passado o que não se deseja para o futuro, para a construção de um território que faça sentido para esta mulher, ser desejante, em um hoje/amanhã sem violência.

Metodologia

O artigo foi construído como ensaio cartográfico, que pressupõe como elemento fundante a própria experiência do pesquisador, que está indissociável ao objeto ou campo estudado. A postura do pesquisador não é observacional, mas inventiva-intuitiva, uma vez que o encontro entre pesquisador e campo traça as peculiaridades do processo cognitivo (AMADOR; FONSECA, 2009). E assim, o mergulho prático e as reflexões produzidas estão contidos na experiência do pesquisador, sendo mais apropriado para descrever processos do que ilustrações ou estado de coisas. Trata-se de um método que é experimentado e assumido enquanto atitude de pesquisa (KASTRUP; PASSOS; ESCOSSIA, 2015). Atravessada por minhas vivências como pesquisadora “estrangeira” na Saúde Coletiva, utilizando a pesquisa sobre violência doméstica contra mulher (COLLAR; MATOS, 2018) e as obras de Sueli Rolnik (2012): *Cartografia Sentimental*, Alcindo Antônio Ferla (2007): *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*, e Emerson Merhy (2002): *cartografia do Trabalho Vivo*, como forma estruturante da minha trajetória. A narrativa cartográfica vai mostrando o deslocamento de um território a outro, as afetações de algumas referências que constituem um modo de olhar o contexto da violência de gênero contra a mulher e sua superação. A trajetória constitui também uma caixa de ferramentas (FOUCAULT, 2008) para a pesquisadora em Saúde Coletiva.

Trago no cartografar, o estrangeirismo de uma formação fora da área da saúde e, para isso, vou construindo a minha caixa de ferramentas, na qual armazeno o estrangeirismo de Ferla (2007), o olhar de Rolnik (2012) no caminho da territorialização no questionamento de modelos/padrões e os seres desejantes de Merhy (2002). Construindo uma pesquisa que não apenas agregue valor a minha trajetória, mas que valorize o que já foi pesquisado e escrito (COLLAR; MATOS, 2018), mas que possa propor reflexões e um caminho pós violência às mulheres vítimas de violência doméstica.

A caixa de ferramenta se transita na liberdade. Fazer uso dos conceitos teóricos para encontrarem na prática sua aplicação. Os conceitos ajudam a refletir sobre outras dimensões do cuidado às mulheres vítimas de violência. Eles dizem que a relação entre teorias e práticas não é de aplicação; é de transversalidade. Sair do intelectual universal para o intelectual específico é o convite ao uso público das pesquisas; é retirar do intelectual um papel de protagonista, que partir de seus discursos produz verdades universais, “(...) que está circularmente ligada a sistemas de poder (...) ‘Regime’ da verdade” (FOUCAULT, 2008, p.14). Não há uma construção de consciência, mas uma nova politização do encontro entre as diferentes competências, que agora se rearticulam a partir da atividade de cada um dos diferentes saberes, possibilitando “(...) se produzir ligações transversais de saber para saber, de um ponto de politização para um outro” (FOUCAULT, 2008, p.09). Assim, Foucault (2008) comenta a necessidade de se realizar o uso instrumentalizado do trabalho intelectual, fazendo uso do mesmo nos problemas sociais e não predizer ou comentar sobre esse conhecimento.

Desta forma, (re)construo a minha caixa de ferramentas, fazendo uso não só de ferramentas que já possuía, mas as (res)significando e somando outras. Uma metáfora da reterritorialização assentada sobre a ideia deste ensaio cartográfico.

Como se pode propor mecanismos de superação da violência que atuem em processos de subjetivação capazes de organizar caminhos de fortalecimento? Em pesquisa realizada (COLLAR; MATOS, 2018)¹, 60% dos artigos publicados dentro da primeira década de vigência da Lei Maria da Penha, nos dois principais periódicos brasileiros de Saúde Coletiva, descrevem o perfil da mulher que sofre violência: em sua maioria são mulheres de baixa escolaridade, que sofriam violência prévia (pai/irmão/tios...), mães que sofriam violência (marido/pai/...), baixa ou sem qualquer rendimento monetário, usuárias de drogas (álcool ou outras)... (GARCIA et al. 2016; LINDNER et al. 2015, FACURI et al., 2013, SILVA, 2012, D’OLIVEIRA, 2009, CECCONL; MENEGHEL; HIRAKATALL, 2014, VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011, DE AQUINO et al. 2009, MOURA, 2009). Neste cenário, proponho descrever a necessidade de se entender as trajetórias e a partir daí construir o reterritorializar para territorializar.

O desterritorializar através dos mais diferentes processos de subjetivação, a busca por pertencimento, quais são os seus fatores de a(fe)tivação (...) englobam, a liberdade de cada um em

¹ Trabalho este desenvolvido a partir da pesquisa de revisão de literatura realizada sob título “O que revela a produção científica da Saúde Coletiva, após dez anos de Maria da Penha” e que em boa parte provocou a escrita deste texto.

se reterritorializar. E desta forma, Rolnik (2012) questiona valores e modelos (impostos como padrões) em busca de um olhar cuidadoso, envolvendo a subjetividade de cada indivíduo na construção dos seus desejos, no mapeamento e remapeamento desta caminhada, sem modelos estáticos a serem seguidos e com profundo respeito a singularidade e trajetória de cada indivíduo.

Antes do começo

Através da Editora da Rede UNIDA, conheço e inicio meu processo de territorialização sobre as redes da saúde, os estudos ganham aprofundamento e densidade na preparação para a seleção e na sequência como mestrandia. O estrangeirismo aqui descrito, consiste no estranhamento de um determinado território, suas grandes áreas, como bases teóricas, políticas públicas, avanços e lutas (...), até suas redes de linguagens. O desvendar de siglas, que vai além de abreviações, pois são ricas de informações, por exemplo, a abreviação de AB: que significa atenção básica, para uma estrangeira não está implícito ser a porta de entrada para o atendimento em saúde, onde o usuário é recebido por uma equipe multiprofissional que irá trata-lo com um olhar integral.

Por meio do olhar da formação – Graduação em Relações Internacionais - constituo meu reterritorializar dentro desta pesquisa não almejando respostas prontas, mas um olhar culturalmente sensível. E assim, trago para a minha trajetória a Saúde Coletiva, com seu respeito a singularidade de cada indivíduo e seus muitos caminhos a serem construídos/formados na prática do cuidado, onde a simples reprodução de protocolos certamente não atende e acolhe a complexidade das necessidades das mulheres vítimas de violência doméstica.

A produção do cuidado neste artigo não é algo que busca identificar/tratar uma patologia, mas sim a construção e reconstrução da subjetividade desta mulher vítima de violência doméstica. A qual acredito que um caminho possível para romper com o ciclo da violência esteja no reterritorializar desta sua individualidade muitas vezes camuflada por uma trajetória de violência. A violência vai além da agressão promovida pelo agressor, podendo inclusive ser reafirmada pelos próprios serviços de cuidado, uma vez que está culturalmente introjetada. De alguma forma projetamos no outro classificações e condutas a partir de determinados modelos. Perceber isso é um constante reterritorializar.

Mulheres de Rolnik

Rolnik (2012) com sua obra indica uma outra possibilidade de se fazer análises políticas de situações sociais. A autora transita de forma transdisciplinar sobre o campo de pesquisa ligado as políticas de subjetivação. Seu trabalho, desde a década de 1990, interliga arte contemporânea,

política e a clínica. Sua formação e atuação profissional refletem esta interface (psicanalista, crítica de arte e de cultura e curadora). Demonstrando em suas pesquisas influências de autores como Michel Foucault e Simone de Beauvoir. (ATHAYDE, 2009) Traz a cena a reflexão sobre os modelos homogêneos produzidos pela mídia, desterritorialização, subjetivação, afetos, micro e macro (políticas), cartografia, antropofagia, carnavalismo, lutas por pertencimento, liberdade de hibridação, corpo vibrátil, fator de a(fe)tivação e tantos outros. Seus originais têm como base sua tese de doutorado, escrita no seu retorno ao Brasil, após 10 anos de exílio em Paris, em 1986. Mesmo passados vinte anos da sua primeira publicação, a obra congrega elementos atuais e que nos permitem reflexões muito pertinentes a realidade político, econômico, social e cultural - nacional e internacional - demonstrando assim, que há muito a se falar/escrever/lutar. E desta forma, a autora questiona valores e modelos (impostos como padrões) em busca de um olhar cuidadoso, envolvendo a subjetividade de cada indivíduo na construção dos seus desejos, no territorialização e reterritorialização desta caminhada, sem modelos estáticos a serem seguidos e com profundo respeito a singularidade e trajetória de cada indivíduo (ROLNIK, 2012).

A Cartografia Sentimental (ROLNIK, 2012) é composta por vários personagens, mas que ao mesmo tempo podem refletir um só indivíduo, e suas multidões. As 25 noivinhas, juntamente com o cartógrafo, percorrem ao longo da história os conflitos e oposições que congregam os padrões de modelo “ideal de felicidade”, onde a mulher passa boa parte da sua existência a se preparar para ser escolhida para casar – por e com um homem - e depois a servir e colocar todos os seus ensinamentos em práticas no cargo de esposa e mãe. Do homem se espera, a escolha certa de uma mulher que além dos predicados de beleza e dotes domésticos, congreguem o mais famoso trio do momento “bela, recatada e do lar”². A noivinha cabe uma grandiosidade de variantes que ao longo do manuscrito é desvelado pelo cartógrafo, este além de ser parte do contexto narrado, provoca reflexões sobre desejos e aspirações do que se acreditar ser o caminho para a felicidade.

No questionar de modelos homogêneos produzidos e reproduzidos pela mídia, por exemplo, o que se objetiva é fomentar a reflexão, se este ideal de felicidade é o seu? Se todas as mulheres têm este desejo, se a resposta for afirmativa, ótimo, mas se não? Através de sua escrita Rolnik demonstra que ao longo da história o modelo de sucesso e felicidade para as mulheres não se alterou, mas que suas 25 mulheres e seus objetivos de vida, foram e estão em constante

² RIBEIRO, Djamila. Bela, recatada e do lar: matéria da 'Veja' é tão 1792. Publicado 20/04/2016.Revista Carta Capital. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/politica/bela-recatada-e-do-lar-materia-da-veja-e-tao-1792>. Acesso em 12 dez 17.

movimento de transformação. Pois muitas de nós se casaram e o kit felicidade não foi entregue, ou seja, a massificação de uma escolha, assim como um tratamento para uma dor no joelho não é a mesma para todos.

A violência em cada mulher nos conecta, traz para a cena o contato com o outro como aprendizagem. O cuidado não pode se limitar ao rechaço à violência, pois isso favorece o desencontro e não o encontro entre serviços/pessoas/profissionais. Favorece o aparecimento do estrangeirismo, pois a violência é a realidade do outro e não a minha; não tenho pertencimento/envolvimento a tal vivência. O posicionamento assistencial aqui é para dar potência a esta mulher, e não espaço de prescrições e direcionamentos. A violência aqui deve ser internalizada/apreendida por todo os envolvidos. O pensar em novas possibilidades não é um dar empoderamento, mas um olhar onde o espaço de produção do feminino seja um reolhar à própria produção cultural e o quanto esta tem força e abertura à diversidade. “Nenhum homem [e mulher] é uma ilha; cada homem [e mulher] é uma partícula do continente, uma parte da terra; (...) a morte de qualquer homem [ou mulher] me diminui, porque sou parte do gênero humano. E por isso não me perguntes por quem os sinos doam; eles doam por ti” (DONNE, 1764).

A produção de subjetividade não é um espaço que a mulher vítima de violência, deva preencher a partir da assistência e cuidado. Como se simplesmente fosse, neste momento, dado a esta mulher um lugar onde agora ela pudesse afirmar seus desejos, como se estes estivessem prontos, adormecidos pelos episódios de agressão. O desejo não é vontade simplesmente, mas uma construção individual (constante/permanente).

Territorialização como movimento

Territorialização, uma trajetória

Quando coloco em prática o meu reterritorializar, o pensar e o sentir, se misturam em lembranças de lugares e vivências, desafios a seres vividos no hoje e desejos de um amanhã diferente. Penso em qual seria o meu maior desejo - daqui dez anos - onde quero estar? o que quero fazer? Nas leituras aqui listadas e tantos outros atravessamentos menos formais que tive até esta escrita, percebo que o que menos importa é o destino da minha jornada, pois até alcança-lo muitas intemperies cairão sobre minha cabeça, o que interferirá substancialmente na minha trajetória como ser desejante. O desejo é atravessado de devires, que, como forças, se combinam e se transformam, produzindo constantemente movimentos. Desterritorializam formas vigentes e abrem brechas para explodirem novas formas. E por isso, início o meu desterritorializar, com coisas, vivências, emoções, pessoas, ... que não quero, não gosto, não me fazem o menor sentido carregar. Como aquele par de alianças do meu noivado número um, que hoje virou um par de brincos.

E neste movimento de “faxina”, muito mais do que o exercício de limpeza e descarte, enfrento as minhas sombras, aquela parte de nós que vai se acumulando/empilhando ao longo das caixinhas da vida. E assim, percebo que este processo de desterritorialização é necessário para nos conhecermos, pois somente assim, poderemos saber para onde queremos ir e/ou estar. Pensar sobre o que me constituiu até aqui também é me preparar para adquirir novas formas.

Trago para a reflexão as cenas da violência doméstica contra as mulheres, como dispositivo para fortalecer esta mulher e assim auxilia-la a romperem com o ciclo de violência, e pensar/construir um caminho possível pós violência. No caminho epistêmico que construi até agora, a analogia do cuidar em saúde (o cuidado em saúde é o primeiro contato da mulher violentada com o sistema de políticas públicas, como descreve a literatura) faz pensar no que pode o cuidado integral às mulheres vítimas de violência. Muitos poderão questionar:

“Puxa vida, você pretende adicionar mais um processo, a esta pobre mulher?”

Minha resposta é não, partindo dos resultados da pesquisa de Collar e Matos (2018), é uma constante a necessidade de se reavaliar os processos de acolhimento/cuidado a estas mulheres, ou seja, tanto as normas quanto a preparação/qualificação dos profissionais envolvidos em suas diferentes áreas de atuação. E partindo deste reavaliar, acredito que a rede de cuidado a estas mulheres ganhe potência na consolidação/formação de sua autonomia, não com base em uma cartilha padrão de reprodução de modelos, mas a construção individual e protagonizada por estas mulheres. O cuidado às mulheres vítimas de violência precisa produzir mais do que tratar suas lesões físicas e psíquicas, mais do que produzir o registro do fato, mais do que desencadear as providências legais para a responsabilização dos autores; precisa produzir abertura para uma cultura intolerante à violência contra as mulheres e a desigualdade de gêneros, e precisa constituir potência para cada mulher que procura cuidados.

Rolnik (2012, p.156) lembra que o coronel-em-nós, “não suporta miscigenação. Ele estanca o fluxo do desejo: o outro, para ele, é perigo de desagregação (...) O coronel-em-nós confunde potência com prepotência; fortalecimento de si com subjugação do outro, e se necessário, até sua eliminação”. Por isso, acredito que um caminho possível pós violência é a reterritorialização, pensar/refletir/construir e afirmar o que se quer é promover o seu processo de subjetivação, envolvendo desejos e tudo que faz sentido compor a sua trajetória.

Este movimento de desterritorialização é tido como um processo de procura, onde o sujeito não se sente pertencente aos padrões de desejos pré-estabelecidos e que a mídia privilegia,

e assim, constrói o seu movimento de territorialização, através da construção singular dos seus desejos e o que o afeta, onde “afetos só ganham espessura de real quando se efetuem” (ROLNIK, 2012, p.31). Sendo assim, há o olhar que vincula a desterritorialização “como carência, vulnerabilidade à captura pela centralização de sentidos e valores, investimento na própria captura, humilhação, perda de sensibilidade vibrátil, enfraquecimento da potência de criação, intimidação do desejo em seu caráter produtivo” (ROLNIK, 2012, p.106), enquanto que na realidade o que se tem através da lógica do desejo, é a ação da tríade do movimento da desterritorialização, simulação, territorialização.

Assim como as 25 noivinhas de Rolnik acredito que as mulheres vítimas de violência doméstica partilham de muitos desejos, os quais ganham potência ao ser desvelada como a vontade de enraizamento,

[...] as pessoas, seja qual for o lugar em que se encontrem, se sentem inteiramente estrangeiras, inclusive e principalmente em seu próprio país. Estrangeiras não só no espaço, mas também no tempo: perderam as coordenadas de ritmo, coordenadas variáveis e próprias de cada movimento de seu desejo. Mais do que “livres”, pondera o cartógrafo, as pessoas estão é completamente perdidas (ROLNIK, 2012, p.95).

A desterritorialização é rotulada como estrangeirismo, podendo ser ainda mais desqualificada através de diagnósticos como: pessoa perdida, anormal do desejo, doente, como tantos outros (...). E assim, percebemos que o simples movimento de questionamento ganha a espessura de uma contravenção, sendo negando o pertencimento daquele que questiona a reprodução de padrões. Nesta realidade inclui muitas mulheres vítimas de violência doméstica, onde a construção de um ser desejante, é reprimida e em muitos casos perseguida (COLLAR; MATOS, 2018). Exemplo disso, acontece no acolhimento destas mulheres por profissionais de saúde que por não estarem qualificados/preparados acabam usando um discurso com seus valores pessoais (machistas/religiosos/...) (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013; SALIBA, 2007; BRUSCHIL; PAULALL; BORDINL, 2006; OSIS; DUARTE; FAÚDES, 2012; KIND *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2008).

É através destes movimentos de resistência e questionamento, promovendo a desterritorialização/territorialização, que se promovem as mutações micropolíticas da paisagem transformando “nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir” (ROLNIK, 2012, p.55) e “vai crescendo, mais e mais, a coragem de falar por afeto, por experimentação, falar em nome próprio, falar no singular” (ROLNIK, 2012, p.40). Tendo como objetivo “mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: Pontes de linguagem” (ROLNIK, 2012,

p.66), não seguindo nenhuma espécie de manual, pois o que importa é a construção em ato, se valendo do contexto que se está inserido.

A noivinha é um “processo de desterritorialização da subjetividade”, (ROLNIK, 2012, p.232), a “personagem descobre na antropofagia um programa de reeducação da sensibilidade” que pode funcionar como uma “terapêutica social para o mundo moderno” (ROLNIK, 2012, p.17), e ao longo do manuscrito “surge não mais a oposição entre homens e mulheres, mas de tentativas de uma nova cumplicidade, em construção continua” (ROLNIK, 2012, p.233). Demonstrando que a trajetória percorrida pelas 25 noivinhas ao longo da obra, são percursos de todos (homens e mulheres) que podem conquistar essa sensibilidade, deixando de interpretar/vivenciar a “desterritorialização como carência e se abrirem para o caráter finito ilimitado de sua condição desejante” (ROLNIK, 2012, p.108) e assim, este processo de desterritorialização e busca do que faz sentido dentro do entendimento de territorialização, está na sentença de que o “carente de algo, não é de pessoa, mas de potência produtiva do desejo para investir em novas direções” (ROLNIK, 2012, p.132).

A violência doméstica contra a mulher precisa ser combatida em vários seguimentos da sociedade de forma transversal, é preciso educar as crianças e acima de tudo os adultos, que bater não é aceitável, que todos os gêneros precisam ser respeitados e que ninguém deve ser submetido a nada nem a ninguém. Que nasce junto com cada um de nós o direito de desejar e construir uma trajetória rumo a sua concretização (territorialização), assim como é imprescindível respeitar as escolhas do outro. E que nada disso é apologia religiosa ou política, e sim um direito individual previsto em normas nacionais e internacionais.

O respeito as escolhas individuais devem ser práticas correntes inclusive por todos os profissionais envolvidos ao longo do processo de acolhimento/cuidado desta mulher utilizando a mesma caixa de ferramentas, sem valores e achismos pessoais. Antes de qualquer opinião esta mulher precisa ser acolhida/cuidada/auxiliada/protegida/empoderada, ou seja, se fortalecer para dar fim ao ciclo da violência. Sei o quanto esta prática é desafiadora, mas não é preciso concordar, e sim respeitar o direito de escolha do outro. Como já descrevi na minha migração para a Saúde Coletiva, vivenciei o estrangeirismo na linguagem e em muitos outros setores/momentos e assim fui construindo o meu território, o meu pertencimento ao longo da minha trajetória e o que me faz sentido.

Descrevendo trajetórias e territórios

Na atualidade escutamos frequentemente que vivemos em um mundo sem fronteiras, no qual temos acesso as informações que desejarmos e que podemos rodar o mundo graças a livre circulação de pessoas. Mas indo um pouco além desta dupla (informação e circulação) do mundo sem fronteira, nos deparamos com uma infinidade de fronteiras/barreiras, no dia a dia sejam em espaços como o governo, com seus tomadores de decisões, sejam nas universidades, muitas vezes nos deparamos com julgamentos parciais, repletos de valores morais/éticos, culturais e religiosos. Trazendo para a cena toda a complexidade, não apenas do mundo hoje, mas de cada indivíduo e seus interesses.

Neste sentido a complexidade está presente no combate a violência doméstica contra a mulher, onde mesmo após dez anos de implementação da Lei Maria da Penha (LMP), o Brasil ocupa o quinto lugar no cenário mundial (WAISELFISZ, 2015). A pesquisa e análise de Collar e Matos (2018) demonstra que a grande maioria das mulheres que decidem interromper o ciclo da violência e vão aos centros de referência em busca de acolhimentos e informações de como proceder, não recebem as informações corretas/completas e muitas delas são desencorajadas pelos profissionais e/ou pela longa trajetória que terão que percorrer. A pesquisa aponta que sim houve avanços com a LMP, mas que há muito a ser feito, destacando a falta de qualificação dos profissionais da área da saúde, assim como, dos demais profissionais envolvidos ao longo do processo e a necessidade de (re)avaliar o processo, enxugar e centralizar procedimentos que são repetitivos e geram ainda mais violência a esta mulher. (COLLAR; MATOS, 2018)

Após finalizar a pesquisa sobre violência doméstica contra a mulher, me questionei: quem seriam estas mulheres? Quais caminhos seriam possíveis para atravessar o “mar de violência”? Como a superação da violência afetou essas mulheres? A decisão de cessar o ciclo de violência, buscando ajuda, é apenas o primeiro passo de uma longa jornada. No processo de reterritorialização destas mulheres, o que parece acompanha-las por todo o percurso é o desejo que a violência tenha fim.

Não tenho a arrogância de descrever quais são os sentimentos que transbordam destas mulheres, das preocupações de como esta decisão irá impactar na vida dos seus filhos e na sua, pois se rompe com relações de (des)afeto, do medo de não estar casada, de não se ter recursos financeiros para sua sobrevivência, de que se realmente estará protegida do agressor (...) mas de

destacar a importância do acolhimento desta mulher de forma integral. Onde esta mulher é um ser desejante, que para romper com o ciclo da violência precisa ter acesso a muito mais do que protocolos, é necessário acolhe-la de forma integral, por profissionais preparados e uma rede ampliada que congregue as singularidades de cada caso. Mas acima de tudo é resgatar/fomentar/fortalecer nesta mulher a possibilidade de um amanhã sem violência, sem medo; um medo que não é só dela, mas de todos nós. Por isso, o desejo desta mulher não é um redirecionamento individual, mas compartilhado pela soma de desejos, cuja energia/força permite que surja alteridade, que, por sua vez, modifica cultura. O desejo individual é limitador para tomada de novas direções, portanto.

Ser desejante rumo a territorialização

Merhy (2002) lembra que há um estranhamento/resistência a tudo que é diferente, que sai do padrão em nossa sociedade, “sendo visto” de forma ruim e perigosa, onde, segundo o autor a diferença do outro quando incorporada na prática do cuidado enriquece esta agenda. E traz para a discussão os nossos vários regimes de verdade, onde todos somos uma multidão de regimes de verdade que criam uma identidade em nós, e assim, a prática do cuidado deve construir junto com o indivíduo ações que façam sentido para ele, pois não se pode condenar nem criminalizar o indivíduo desejante. A ação de simplesmente criminalizar a prática do cuidado é segundo Merhy, uma espécie de mini-fascismo, pois se criam mini-punições e castigos, não produzindo o cuidado, mas sofrimento. Muitos profissionais praticam o cuidado através de ações punitivas, exercendo ações como a internação compulsória, não produzindo cuidado, mas sofrimento (MERHY, 2011). Muitas vezes a racionalidade deste discurso é resultante de uma aplicação isolada de suas competências pelo profissional de saúde, ignorando as diferentes relações existentes, não só relacionada a outras competências (jurídicas, por exemplo), mas que sua própria vivência pode influenciar em reprodução de violência (subnotificações, naturalização de discursos machistas, ...).

É neste espaço que a violência produz imobilização nos serviços, como mostrou a pesquisa bibliográfica de Collar e Matos (2018). O fomento a diferença no espaço da produção de cuidado, significa o uso de tecnologias relacionais, cujo resultado transforma (reterritorializa) o cuidador e o sujeito que é cuidado. Como afirmado acima, nesta projeção e identificação do outro em cada um gera alteridade, que tem condições de modificar valores e sentimentos culturais. O revisitar, como demonstra Merhy (2002) e Ferla (2007), não é um movimento individual, mas produção coletiva. E

é justamente pela necessidade de ser coletiva possibilita ser permanente. O sentimento de estrangeirismo por mais individual que seja, não pode ser um imobilizador, como se ser diferente ou classificar o outro como distante de mim significasse valores estanques, mas introjetada como um sentimento de estranhamento e potencializador de modificação de realidade. A produção de subjetividade, como Rolnik (2012) coloca, não está na “noivinha” que passa a pensar diferente, mas na modificação de todos (homens e mulheres).

Considerações

Este cartografar propôs um caminho possível a mulheres que decidiram cessar o ciclo de violência. Através do tecer de redes, objetivou-se discutir e identificar o cenário da difícil realidade do combate a violência doméstica contra mulheres. Em dez anos de LMP (COLLAR; MATOS, 2018), e com o auxílio de Rolnik (2012), Ferla (2007) e Merhy (2002), percebe-se o quanto ainda é importante para esta mulher iniciar o caminho da territorialização, construir e desconstruir seus desejos, e assim descobrir e construir sua singularidade.

O desenvolvimento de ações para assegurar o direito de todos e todas, proporciona equidade de acesso no âmbito dos serviços de saúde, cujo cuidado prende-se na atenção a singularidade de cada indivíduo. Neste sentido, somente através de ações estruturadas por uma equipe multiprofissional tecendo uma rede de acolhimento e escuta qualificada, onde cada um dos serviços efetivamente não haja de forma isolada, mas de forma dialogada, as mulheres vítimas de violências doméstica poderão ter condições de desejar compartilhar suas afetações, pois só assim, se sentiram parte da engrenagem deste territorializar-se.

Referências

AMADOR, Fernanda; FONSECA, Tânia Maria Galli. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2009; 61(1):30-37.

ATHAYDE, Maria Cristina de O. O cartógrafo e as noivinhas. *História Unisinos*, 2009; 13(3):314-317.

COLLAR, Janaina Matheus; MATOS, Izabella Barison. O que revela a produção científica da Saúde Coletiva, após dez anos de Maria da Penha. 2018. [no prelo]

BRUSCHIL, Alessandra; PAULALL, Cristiane Silvestre de; BORDINL, Isabel Altenfelder Santos. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):256-64.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *Mil Platôs*. 2ed. São Paulo: Editora 34, 1996. v.1.

DONNE, John. Por quem os sinos dobram? Eles dobram por ti. 1764. In.: DIAS, Elder. Sinos que unem John Donne, Hemingway e Raul Seixas. *Revista Bula*. Copyright 2017.

FERLA, Alcindo Antônio. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FOUFAULT, Michel. Verdade e Poder. In.: _____. *Microfísica do poder*. Org, Introd e Rev Técnica de Roberto Machado. 26ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 01-14.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo; ESCÓSSIA, Lilian.: Apresentação. In.: _____. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-invenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015, p.07-16.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 29(9):1805-1815.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011; 27(4):743-752.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. *Entrevista à Rede UNIDA*, 2011. Disponível em:
<<http://www.youtube.com/watch?v=Pa0HadRt5ns>>. Acesso em: 16 dez 2015.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1053-9

OSIS, Maria José Duarte, DUARTE, Graciana Alves, FAÚDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):351-8.

ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

SALIBA, Orlando. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(3):472-7.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil (CSP). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 29(6):1230-1240.

WASELFSZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2015*. Homicídios de mulheres no Brasil. São Paulo. Instituto Sangari. 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa que resultou nos dois artigos supracitados, me trouxe um cenário repleto de argumentos maniqueístas que partem de uma leitura misógina, a qual não produz cuidado, mas a manutenção do poder da força de um sujeito contra o outro, ignorando a própria complexidade que constitui as formas de violência doméstica contra a mulher. Políticas públicas de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, existem, mas sem a produção de potência necessária para a materialização de resultados regressivos de vítimas. Tal realidade se desenha muito mais preocupante, pois mesmo a subnotificação sendo relato constante (por profissionais e usuárias) o Brasil ainda ocupa o quinto lugar no *ranking* mundial.

Na escrita do primeiro artigo: O que revela a produção científica da Saúde Coletiva, após dez anos da Lei Maria da Penha, 21 artigos foram categorizados e analisados. Esta análise me possibilitou conhecer o cenário da violência doméstica contra a mulher e assim, perceber os avanços, desafios e o contexto da produção de conhecimentos frente à efetiva implementação da LMP. As categorias construídas: os perfis para as vítimas de violência doméstica, a perspectiva de atuação de profissionais da saúde e o olhar integral. A partir destas, percebi alguns sintomas, como o despreparo dos profissionais de saúde em lidar com mulheres vítimas de violência doméstica; a elaboração de perfis, que descrevem mulher em vulnerabilidade social e econômica. A ausência de políticas públicas que vão além do assistencialismo, é muito presente. Perceber esta mulher como um ser completo - com sua trajetória singular – é respeitar a forma que ela irá construir seu caminho para romper ou não com o ciclo de violência.

Nesta toada início o segundo artigo: Um movimento de reterritorialização como caminho para mulheres vítimas de violência: reflexões cartográficas de uma estrangeira na Saúde Coletiva, no qual proponho um caminho possível as mulheres que decidiram cessar o ciclo de violência. Com o tecer de redes e o meu cartografar, busco discutir e identificar o cenário da difícil realidade do combate a violência doméstica contra mulheres. Com o auxílio de Rolnik (2012), Ferla (2007) e Merhy (2002) percebi o quanto neste espaço a violência produz imobilização nos serviços.

O sentimento de estrangeira é cartografado a partir de um aparente terreno por vezes reflexo de inseguranças e discursos impostos me convidaram a imobilidade. O se questionar não é apenas um movimento individual apesar de poder iniciar desta forma, mas um convite ao encontro. A partir do ser afetado a um movimento de afetar outros. E nesta seara me percebi pensando nos caminhos possíveis a estas mulheres vítimas de violência doméstica. Não basta ouvi ou deixar falar,

é preciso um espaço que a alteridade ocorra, que ela seja o fio condutor. É neste possível caminho que proponho a reterritorialização, onde os espaços identitários não sejam reafirmados por fronteiras, mas que os diferentes pontos de vistas possam construir um novo de forma contínua, possibilitando a própria mudança de cultura.

REFERÊNCIAS

- ATHAYDE, Maria Cristina de O. O cartógrafo e as noivinhas. *História Unisinos*, 2009; 13(3):314-317.
- BAÊTA, Raiane Fidelis; ALMEIDA NETO, João Becon de. Violência de gênero: enfrentamento sob a perspectiva dos mecanismos necessários à superação de vulnerabilidades. *Saúde em Redes*, 2016; 2(2):201-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p201-210>
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República (SDH/PR). *Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil*; 2012. Disponível em: <www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>. Acesso em: 14 dez 2017.
- BRUSCHIL, Alessandra; PAULALL, Cristiane Silvestre de; BORDINL, Isabel Altenfelder Santos. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):256-64.
- CORTELLA, Mario Sergio. *Educação, convivência e Ética – Audácia e Esperança*. São Paulo: Cortez, 2015.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *Mil Platôs*. 2ed. São Paulo: Editora 34, 1996. v.1.
- DESLANDES, Suely Ferreira; LIMA, Claudia Araújo de. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde Soc*. São Paulo, 2014; 23 (3): p.787-800.
- DUDH, *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 16 dez 2017.
- FERLA, Alcindo Antônio. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.
- KIND, Luciana *et al*. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 29(9):1805-1815.
- LUZ, Madel Therezinha. *Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 62).
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública*, 2008;42(6):1053-1059
- OSIS, Maria José Duarte, DUARTE, Graciana Alves, FAÚDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):351-358.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. UNICEF. *Declaração de Alma-Ata*. URSS, 06 de setembro de 1978. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 20 jun 2017.

SAGOT, Montserrat. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Organización Panamericana de la Salud/Programa mujer, Salud Y Desarrollo, 2000.

ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

TELLES, Maria Amélia de Almeida. O protagonismo das vítimas de violência doméstica e familiar. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, set/out 2010; 86:381-392.

SALIBA, Orlando. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(3):472-477.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil (CSP). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 29(6):1230-1240.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2015*. Homicídios de mulheres no Brasil. São Paulo. Instituto Sangari. 2015.

APÊNDICE

QUADRO 1 – Resultado da pesquisa

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
1.	Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do período		2012
2.	Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	sim	Olhar Integral	2009
3.	A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2016
4.	Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016) + Violência contra a mulher	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2016
5.	Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016) + Violência contra a mulher	Não - Fora do tema		2014
6.	Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016) + Violência contra a mulher	Não - Fora do tema		2015

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
7.	Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2015
8.	Qualidade de vida de mães de crianças trabalhadoras de rua da cidade de São Paulo, Brasil	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2015
9.	Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2015
10.	Adaptação transcultural para o português (Brasil) da <i>Vulnerability to Abuse Screening Scale</i> (VASS) para rastreio da violência contra idosos.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2014
11.	Violência familiar e índice de massa corporal em adolescentes atendidos no Programa Bolsa Família numa unidade básica de saúde	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2014
12.	Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2013
13.	Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016) + Violência contra a mulher	Sim	Profissionais da saúde	2013

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
14.	Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2012
15.	Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil?	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2012
16.	Um estudo sobre a validade de construto da <i>Parent-Child Conflict Tactics Scale</i> (CTSPC) em uma amostra populacional urbana do Nordeste brasileiro.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2011
17.	Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do Tema		2007
18.	A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do Tema		2011
19.	Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016) + Violência contra a mulher	Sim	Olhar Integral	2011
20.	Adaptação transcultural e consistência interna do <i>Early Trauma Inventory</i> (ETI).	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2010

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
21.	Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2009
22.	Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2009
23.	Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2008
24.	Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2008
25.	Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento <i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test</i> (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2008
26.	Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do período		2008

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
27.	Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento <i>Caregiver Abuse Screen (CASE)</i> para detecção de violência de cuidadores contra idosos.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2007
28.	Avaliando o componente de violência física da <i>Revised Conflict Tactics Scales</i> quando usado em casais heterossexuais: uma análise via teoria de resposta ao item.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2007
29.	Violência doméstica: análise das lesões em mulheres	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do período		2006
30.	Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do Tema		2006
31.	Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2006
32.	Propriedades psicométricas da versão em português do instrumento <i>Conflict Tactics Scales: Parent-child Version (CTSPC)</i> utilizado para identificar violência contra a criança.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2006
33.	Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal.	Caderno de Saúde Pública	Violência doméstica + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do período		2006

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
34.	Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2013
35.	Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Sim	Profissionais da saúde	2013
36.	Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Sim	olhar Integral - a pesquisa e ao como pesquisar	2009
37.	Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Sim	Olhar Integral	2007
38.	Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Sim	Olhar Integral	2007
39.	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2013
40.	A violência contra as mulheres nas comunidades transnacionais de San Luis Potosí, México: um problema de saúde pública.	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2016

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
41.	Violência pelo parceiro íntimo e gravidez não pretendida: prevalência e fatores associados.	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do Período		2013
42.	Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não		2013
43.	Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2011
44.	Violência contra a mulher: prevalência e fatores associados em pacientes de um serviço público de saúde no Nordeste brasileiro.	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2010
45.	Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do tema		2008
46.	Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do período		2008
47.	Análise de correspondência: um método para classificação de mulheres com perfil semelhante de vitimização.	Caderno de Saúde Pública	Violência Contra a Mulher + Período (2006 a 2016)	Não - Fora do período		2008

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
1.	Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Não - Fora do tema		2012
2.	Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2012
3.	Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2009
4.	Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Não - Fora do período		2010
5.	Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2010
6.	Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Não - Fora do tema		2009
7.	Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Não - Fora do período		2010

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
8.	Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2009
9.	Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP).	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Não - Fora do tema		2008
10.	Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Não - Fora do período		2008
11.	Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Sim	Profissionais da saúde	2007
12.	Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Não - Fora do período		2007
13.	Violência e saúde: estudos científicos recentes.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Sim	Olhar Integral	2006
14.	Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Não - Fora do tema		2007

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
15.	Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016 + Violência contra a mulher	Não - Fora do tema		2006
16.	Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida.	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Sim	Profissionais da saúde	2006
17.	Tradução e validação de conteúdo da versão em português do <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> .	Revista de Saúde Pública	Violência doméstica + 2006 a 2016	Não - Fora do tema		2006
18.	Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2014
19.	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Sim	Profissionais da saúde	2012
20.	Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2011
21.	Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2009

(continua)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
22.	Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Sim	perfis para as vítimas de violência doméstica	2009
23.	Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Sim	Profissionais da saúde	2008
24.	Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo no período pós-parto.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2015
25.	Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2014
26.	Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2013
27.	Femicídio: homicídios femininos no Brasil.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2011
28.	Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2011

(conclusão)

	Título do artigo	Periódico	Descritor	Utilizar na Pesquisa	Filtro	Ano
29.	Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2011
30.	Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do tema		2011
31.	Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2010
32.	Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2005
33.	Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2007
34.	Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2007
35.	Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México.	Revista de Saúde Pública	Violência contra a mulher + 2006 a 2016	Não - Fora do período		2007