

FAMÍLIA(S) E VIOLÊNCIA COMO DEMANDAS PARA A SAÚDE PÚBLICA: REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS INSTITUCIONAIS NA ATUALIDADE

Ingrid Karla da Nóbrega Beserra

Universidade Federal Fluminense – Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social – e-mail:

ingridkarla.nobrega@gmail.com

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo principal apresentar as discussões que se imbricam as concepções de famílias e à violência doméstica que se materializa em decorrência dos diversos papéis de gênero assumidos na sociedade. Além disso, a proposta que aqui se delineia busca apresentar reflexões sobre as práticas institucionais, sobretudo no setor saúde, que, por vezes, acabam reforçando novos ciclos violentos, como por exemplo, a violência institucional.

Palavras-Chave: Gênero, Família, Violência, Saúde.

Introdução

A construção das relações de gênero que permeia a sociedade e o estabelecimento das relações familiares que vão se constituindo a partir dela se configuram como aspectos necessários para a análise que ora se apresenta.

Entende-se a família como uma instituição contraditória, de proteção e de afeto, mas ao mesmo tempo de materialização de práticas violentas e ideologizadas diante da constituição dos sujeitos sociais e de suas identidades.

Observa-se que a violência e as famílias se configuram assim como elementos que se materializam nos atendimentos do setor saúde. O primeiro porque os agravos e as consequências que decorrem dos ciclos violentos, que se constituem nas relações *intra* e *extra* familiares, acabam encontrando nas instituições públicas de saúde a porta de entrada para o atendimento das sequelas, traumas físicos, psicológicos, morais, entre tantos outros. O segundo, as famílias, representam o “sujeito” que requer a intervenção direta; o auxílio no tratamento; bem como pode ter ser um dos elementos que contribuiu para a existência de determinada relação de poder ou de traumas sofridos por algum indivíduo.

De acordo com Freitas *et al* (2012a), os estudos que se pautam em torno das relações de gênero têm adquirido importância no cenário contemporâneo, assim como também têm colaborado para as análises

existentes entre o público e o privado. Sobre isso, torna-se importante ressaltar que esse conceito permite entender que as relações de gênero são construídas socialmente. Não são naturais, assim como também se configuram como relações de poder e se aproximam de outras dimensões como raça/etnia, classe social e geração.

Destarte, considera-se que o objetivo principal desse trabalho é apresentar os aspectos intrínsecos à constituição das relações de gênero, às violências que decorrem das mesmas e os impactos dessas questões no setor saúde, apresentando reflexões que possam contribuir para os profissionais que atuam diretamente com os diversos sujeitos sociais e suas heterogêneas identidades e arranjos familiares.

A opção metodológica para a construção do trabalho foi a abordagem qualitativa, tendo a pesquisa bibliográfica como instrumento de coleta dados. Torna-se importante ressaltar também que os resultados e reflexões aqui analisados também decorrem de pesquisas realizadas em anos anteriores em uma instituição pública de saúde de alta complexidade.

1. Violência, Relações de Gênero e Família (s)

A violência é um fenômeno social complexo e que existe desde o surgimento da humanidade. No contexto da sociedade capitalista contemporânea envolve vários fatores e um número cada vez maior de pessoas e segmentos sociais, refletindo, por vezes, as expressões da questão social.

Destarte, pode ser compreendida como um fenômeno sócio-histórico complexo, termo plural, polissêmico, multifatorial e interdisciplinar. Considera-se, ainda, que do ponto de vista sócio-histórico, pode ser analisado a partir da perspectiva de classe. No entanto, entende-se que as análises da categoria em questão requerem incorporar, enquanto linha de pesquisa, outras particularidades como geração, indivíduos, grupos e instituições

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como “o uso intencional de força física ou de poder, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

Nesse sentido, entende-se que o fenômeno em questão está relacionado a diversos fatores que podem se materializar nas relações familiares, mas também, em outros espaços que se imbricam às instituições, ao Estado, às ruas, aos círculos de amigos, entre outros.

Os comportamentos culturalmente ideologizados contribuem para uma ampliação de vários eixos de hierarquização e de diferenciação entre os papéis assumidos pelos sujeitos sociais, referenciando uma análise necessária para a compreensão das relações de violência *intra* e *extra* familiares.

O patriarcado é um dos elementos que contribui objetivamente para a existência da chamada violência de gênero. As práticas violentas são derivadas desse conceito mais amplo de superioridade dos homens em relação às mulheres. Tudo isso é dotado de um caráter de ideologização que confere às famílias um tratado social permanente de busca pela hegemonia da ordem.

De acordo com Castells (1999), a estrutura patriarcal se caracteriza pela autoridade que é imposta institucionalmente, do homem sobre mulher e filhos no âmbito familiar. Para essa autoridade se materializar, ela precisa se inserir dentro da organização da sociedade, da produção, do consumo, da política, da legislação e da cultura.

As organizações familiares que derivam do sistema patriarcal colocam para o conjunto dos sujeitos, através de mecanismos ideológicos, historicamente construídos, a prática de violência de um gênero sobre o outro. As mulheres, por sua vez, são culturalmente fragilizadas e ocupam na sociedade uma edificação de várias formas de desigualdade.

Na sociedade brasileira com tantas características patriarcais e machistas, pode-se perceber, por exemplo, no que se refere à violência contra crianças e adolescentes, que existem padrões adultocêntricos e de coisificação da infância (uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados/as como sujeitos de direitos). Os padrões hegemônicos construídos sustentam as práticas autoritárias de pais contra filhos, ou ainda: de adultos contra crianças, visto que a violência se expande dos indivíduos mais velhos aos menores, também externas ao âmbito privado.

Torna-se importante ressaltar, no entanto, que os arranjos familiares, vêm assumindo diversas composições ao longo da história. A teoria do patriarcado é um dos aspectos importantes para essa compreensão. Entende-se que a discussão de violência, gênero e família é muito mais ampla, ou seja: ultrapassa a análise do patriarcalismo e insere a necessidade de novos entendimentos.

Em outras palavras, a conceituação de família é algo tão complexo quanto à conceituação da violência. Ambos são fenômenos históricos e que assumem diversas configurações com o passar dos anos. A família e a violência doméstica são consideradas elementos referentes ao aspecto privado, porém, apresentam aspectos relacionados a uma totalidade mais ampla.

Reconhecida como instituição social, historicamente, o conceito é influenciado por questões ideológicas, econômicas, políticas, culturais e sociais. A família pode ser entendida como o grupo conjugal, com percepção de parentesco, afeto e divisão social de papéis.

Nos termos de Lefaucheur (1991), a família é o lugar habitual da reprodução biológica das populações humanas e o lugar privilegiado da reprodução social. Mas, é também o lugar onde se entrecruzam as relações fundadas nas diferenças entre os sexos, das relações de filiação, de aliança e de coabitação.

Já, de acordo com Morgado (2001), a presença no imaginário social da família como um espaço de afeto, respeito aos indivíduos e união pelo amor, dificulta a análise desse núcleo enquanto instituição social, que como as demais da sociedade são atravessadas por relações de poder e dominação.

Em relação a isso também, concorda-se com Pereira (2004) quando reforça a necessidade de se apreender o caráter contraditório da família. Para ela,

[...] o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e de consensos num mar conturbado de permanentes tensões e dissensões. Afinal, a família como toda e qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte porque ela é um *locus* privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência. Forte, ainda, porque é nela que se dá, de regra, a reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão de pensamentos que perduram pela vida inteira das pessoas. Mas, ela também é frágil, “pelo fato de não estar livre de despotismos, violências, confinamentos, desencontros e rupturas (PEREIRA, 2004: 36).

Diante desses argumentos, torna-se importante entender que o conceito de família não é homogêneo, assim como também as formas como as mesmas se materializam em diversos momentos históricos.

Na relação com a violência, das relações de gênero e de suas particularidades, observa-se que a família é lugar do cuidado e do afeto, mas também é espaço propício para a reprodução de práticas violentas e ideologizadas sobre os sujeitos.

A violência no contexto da família é considerada um fenômeno complexo que envolve questões como a desigualdade social e prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos, além do comprometimento de relações intrafamiliares e se evidencia pelo abuso do poder (MILANI & LOUREIRO, 2008).

A reprodução da violência no convívio familiar, bem como a reprodução dos papéis assumidos por homens e mulheres na sociedade, através das relações de gênero acaba por reforçar a família como espaço apenas delimitado para o núcleo formado por pai, mãe e filhos, desconsiderando os diversos sujeitos sociais e arranjos familiares existentes, como por exemplo, a homoafetiva, a monoparental, extensa ou simplesmente famílias (no plural).

Os sujeitos que não se encaixam na visão hegemônica acabam sendo alvos das diversas formas de violência (psicológica, física, patrimonial, entre tantas outras). Ou, nos termos de Roseneil (2006), “por vezes alvo de rejeição, de objeção e de exclusão pelas respectivas famílias de origem, lésbicas e gays constroem e mantêm vidas que correm o seu curso fora do quadro da família nuclear heterossexual,

estribando a sua segurança emocional e o seu cotidiano nos respectivos grupos de amigos” (ROSENEIL, 2006).

Os sujeitos sociais que estão inseridos em outros arranjos familiares e que assumem diversas identidades acabam sendo vítimas de violências e o setor saúde constitui “a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social”, nos termos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1993).

A partir dos aspectos discutidos, considera-se que a violência e o gênero podem ser eixos condutores para pensar as famílias. Resgatando, é claro, a importância de pensar os diferentes arranjos, a pluralidade e o modo como as políticas, especialmente na área da saúde, enxergam esses sujeitos.

Há uma forma “violenta” muitas vezes de se analisar as famílias nas políticas públicas, especialmente pelos profissionais que, imbuídos por uma lógica hegemônica, acabam dando “tratamentos sistemáticos” aos diversos segmentos, direcionando por vezes a prática de uma violência institucional.

2. O Setor Saúde diante das Repercussões Sociais da Violência e do Trabalho com Família (s)

As discussões aqui pautadas nos fazem direcionar algumas reflexões sobre a dificuldade de se pensar e atender aos diversos arranjos familiares e aos sujeitos que vivenciam situações de violência.

Uma discussão sobre a violência institucional a partir dos aspectos citados se torna necessária para que possamos identificar formas de encaminhamentos que se imbricam às diversas realidades que permeiam as famílias brasileiras.

Questiona-se assim: como atender as famílias que não se enquadram em nossa visão tradicional de gênero? Como lidar com homens e mulheres que fujam aos papéis tradicionais de pais e mães que herdamos com essa concepção de família nuclear burguesa?

Entende-se que as consequências da violência incidem sobre a qualidade de vida dos usuários e também sobre a atuação dos vários profissionais dos serviços de saúde, visto que uma atuação no que se refere aos impactos da violência precisa de ampla participação dos profissionais, constituindo o passo necessário para o enfrentamento da problemática, expandindo ainda o conceito ampliado de saúde.

Reconhece-se que os profissionais que atendem são ao mesmo tempo agentes e vítimas de uma problemática histórica que se materializa numa totalidade ampla permeada por uma sociedade dividida em classes sociais, pelas relações de gênero, geração, raça, entre tantas outras.

Os sujeitos sociais que chegam às unidades de saúde para serem atendidos carregam não apenas as marcas visuais dos ciclos violentos, mas também uma gama de elementos históricos, sociais, psicológicos, culturais, entre muitos outros que contribuem para uma maior fragilização e extensão das consequências futuras.

Na atualidade, os reflexos da violência podem ser percebidos claramente nas unidades de atendimento. Em relação a isso, concorda-se com Saliba *et al* (2007) quando afirma que:

Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. Dessa maneira, esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência familiar. Todavia, os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos (SALIBA *et al*, 2007: 473).

Entende-se que para um atendimento que esteja articulado aos princípios do SUS, os profissionais devem atentar para a superação do senso comum, bem como direcionar respostas que estejam pautadas no respeito ao outro e a sua subjetividade.

Embora em relação a isso, torne-se importante reconhecer que, no setor saúde, há, por vezes, a extensão de uma hegemonia do poder médico em detrimento de um trabalho interdisciplinar, tão necessário às ações nesse setor. Além disso, deve-se considerar também a visão da mídia sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) que acaba por negligenciar a necessidade do protagonismo dos usuários em relação aos seus direitos (FREITAS *et al*, 2012b).

Sobre isso também, Almeida (2012) afirma que no âmbito da saúde pública, torna-se necessário “determinar e priorizar as demandas dos usuários e, conseqüentemente, organizar e planejar suas ações de forma a interferir nos determinantes sociais do processo saúde-doença e no resgate da saúde como direito social em contraposição às ações instantâneas e/ou instintivas” (ALMEIDA, 2012).

Sabe-se que no âmbito do setor em questão, bem como nas instituições que direcionam o atendimento das diversas políticas públicas, várias famílias, em suas diversidades, demandam atendimento. Para tanto, alguns programas foram sendo criados para orientar a atuação dos profissionais do setor saúde.

Em relação à população LGBT e suas famílias, foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no ano de 2011, tendo como objetivo a construção de mais equidade no atendimento do SUS. A referida política constitui uma das bases do Programa Mais Saúde – Direito de Todos – (BRASIL, 2008) que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade (BRASIL, 2013).

O referido programa também apresenta metas para promover ações de enfrentamento a iniquidades e desigualdades em saúde para famílias e segmentos populacionais de quilombolas, negros, população LGBT, ciganos, prostitutas, pessoas em situação de rua e outros (BRASIL, 2013).

A referida política apresenta uma importância crucial no atendimento a famílias no setor saúde, considerando os ciclos violentos que imperam nas relações sociais que decorrem das relações de gênero e geram formas de preconceitos e estigmas na sociedade, de maneira em geral, mas nos profissionais que atuam no atendimento direto à população.

Torna-se necessário compreender que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, do racismo e da misoginia e contribuem para reforçar e expandir violências de toda ordem (BRASIL, 2013).

Como já citado, os estigmas e preconceitos se materializam também como formas de violência e acabam por direcionar consequências à saúde da população usuária das políticas públicas. Por essa razão, entende-se que o atendimento no setor saúde se constitui um passo necessário para o enfrentamento da problemática, bem como para a realização dos encaminhamentos possíveis.

Em relação ao enfrentamento da violência no setor saúde, tem-se para além da Política LGBT, desde o ano de 2001, um instrumento legal necessário e importante para a notificação dos casos. Criada a partir da Portaria GM/MS Nº 737 de 16 de maio de 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências considera os acidentes e as violências, no Brasil, um grave problema de saúde pública que tem provocado fortes impactos na morbidade e mortalidade da população. Ainda estabelece as diretrizes e responsabilidades das instituições, no que se refere à prevenção desses eventos e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

A política funciona como instrumento orientador da atuação do setor de saúde e adota como expressão a morbimortalidade como sendo o conjunto de ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e passam a demandar atendimento nos serviços de saúde e a outros serviços (BRASIL, 2011).

Observa-se, no entanto, que apesar das pesquisas e estudos no campo da saúde e do grande avanço que se teve nas últimas décadas, no que se refere à prevenção e enfrentamento, é um desafio para os gestores e para o conjunto dos profissionais da área da saúde incluir o tema da violência na pauta de discussões.

A construção de novas políticas públicas é essencial para a prevenção desses fenômenos. Sabe-se que as desigualdades sociais, bem como a reprodução de ideologizações são condicionantes para a existência de ciclos violentos.

É claro que a contemporaneidade apresenta um cenário adverso para as políticas públicas, em decorrência da mercantilização dos setores públicos, da reestruturação do trabalho, da precarização das condições de vida e de existência.

Por essas razões, para que não se caia no obscurantismo do atendimento imediato, com base nos padrões hegemonicamente estabelecidos, torna-se necessário que os profissionais de saúde possam entender as diversas realidades a serem atendidas para além do senso comum. Ou, do contrário, estarão contribuindo para o reforço de práticas criminalizantes e violentas em detrimento dos encaminhamentos possíveis e necessários.

3. Criminalização dos Casos e Violência Institucional no Atendimento às Famílias no SUS? Ou que Encaminhamentos Possíveis?

A formação dos profissionais do setor saúde por vezes não contempla em seus currículos e programas aspectos que estejam imbricados ao atendimento das demandas da violência, assim como também não contempla o entendimento acerca dos diversos arranjos familiares existentes para além do modelo hegemônico.

Além disso, os atendimentos não qualificados podem estar relacionados aos preconceitos estabelecidos pelas ideologizações que se manifestam no interior da sociedade, pela falta de preparo profissional, pela falta de educação continuada ou pela decisão de não se envolver nos casos.

O fato é que essas ações podem acabar reforçando uma criminalização dos sujeitos ou até mesmo materializar uma violência de ordem institucional.

Segundo o documento do Ministério da Saúde (MS), *Violência Intrafamiliar - Orientações para a Prática em Serviço (2002)*, a violência institucional é exercida nos serviços públicos por ação ou omissão, podendo incluir desde a dimensão da falta de acesso até abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais.

Além desses aspectos, o MS estabelece também outras formas nas quais essa violência se materializa, como por exemplo: a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; a falta de escuta e tempo para a clientela; a frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, orientação sexual, gênero, deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos; críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero; e

diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

Observa-se que é comum na ação técnica de vários profissionais o entendimento das particularidades dos usuários imbricadas ao modelo hegemônico, criminalizando as famílias que não atendam ao modelo tradicional, comumente entendido como a família nuclear (pai, mãe e filhos) ou algumas variações deste.

Muitas vezes essas ações se pautam pelos conflitos que emergem dos valores pessoais ou religiosos em detrimento dos códigos de ética das profissões ou dos princípios que orientam a política de saúde, bem como na justiça social, nos direitos humanos e no respeito à diversidade.

Em relação aos diversos arranjos familiares, sabe-se, como afirma Ramalho (2015), que só, recentemente, houve um reconhecimento da existência de pessoas LGBT a viverem nos sistemas familiares heterossexuais e a participarem da comunidade, também heterossexual.

No entanto, para muitas pessoas da população LGBT a família não é um lugar seguro: significa a vivência num ambiente hostil devido à orientação sexual ou identidade de gênero. As famílias nas quais se incluem a população LGBT tendem a apresentar atitudes LesbiGayTransfóbicas e heterossexistas (RAMALHO, 2015).

Além disso, essas atitudes LesbiGayTransfóbicas podem condicionar violências de diversas naturezas, fazendo com que esses segmentos se tornem mais vulneráveis a fatores de risco. Crianças e adolescentes que foram hostilizados tendem a internalizar o preconceito e construir uma autoimagem baseada em estereótipos, negando a própria identidade, tentando imitar as normas heterossexuais.

Assim, esses usuários que já vivenciam práticas violentas no ceio da família e no interior da sociedade, acabam encontrando também nas instituições que, deveriam trabalhar com a prevenção e o enfrentamento de práticas LesBiGayTransfóbicas, atitudes que maximizam o processo de sofrimento.

Segundo Ramalho (2015), algumas dessas situações se materializam em práticas como, por exemplo:

- Desconforto quando ouve o comportamento sexual ou assunto de uma pessoa LGBT.
- Minimizar ou exagerar sobre a importância da orientação/identidade sexual.
- Expressar o discurso da orientação ou identidade sexual relacionado a uma patologia.
- Sugerir que LGBT possa ser uma “fase”.
- Entre diversos outros comportamentos que não reconhecem a família LGBT como “normal”.

Como já se afirmou o setor saúde se configura como a porta de entrada para todos esses corolários. Então, muitos usuários veem nas instituições uma forma de refúgio para as situações violentas já vivenciadas.

Por essas razões, entendendo os impactos dessas formas de atendimento durante o processo de reestabelecimento da saúde física e mental dos usuários após determinado ato violento, entende-se que os profissionais precisam executar posturas que estejam articuladas aos princípios do SUS, bem como das diretrizes de políticas e programas transversais a essa problemática. Ou, nos termos de Almeida (2012), a lógica do atendimento deve se pautar através da radicalização dos princípios e propostas da Reforma Sanitária: a universalização, a integralidade, a equidade e a interdisciplinaridade.

A alteração de práticas preconceituosas pode ser transformada, através da formação e da educação permanente nos espaços do SUS, bem como na compreensão dos usuários e das particularidades já vivenciadas. Além disso, é claro, entender que a violência é um problema de saúde pública e precisa ser enfrentado, não apenas pelo caráter compulsório da notificação dos casos, mas também a partir da realização de todos os encaminhamentos possíveis.

Outras ações se tornam de extrema importância para o atendimento das famílias no âmbito do setor saúde. A linguagem, como afirma Ramalho (2015), possui um papel fundamental. Isso pode se materializar, entre outras coisas, através da distribuição de panfletos e de materiais informativos; da construção de uma linguagem inclusiva (“companheiro/companheira”; “esposo/esposa”; “namorado”/ “namorada”, entre outros); da substituição da terminologia opção sexual por orientação sexual; da eliminação de palavras discriminatórias (“bicha”, “sapatão”, “traveca”, entre outros); e de uma intervenção que esteja centrada na família.

A composição das famílias, bem como as particularidades vivenciadas é plural. Uma atuação qualificada deve se pautar, sobretudo, através da escuta e do reconhecimento do outro para além dos imaginários ideologizados hegemonicamente.

É claro que todas essas ações devem ser trabalhadas em equipe e devem receber o apoio das instituições e do Estado com vistas a direcionar a expansão de informações, bem como a criação de políticas e programas sociais.

Torna-se necessário reconhecer o espaço contraditório não apenas da família, mas das relações sociais nas quais se estabelecem a função social do Estado e os aparatos hegemônicos que permeiam todos os espaços sócio-ocupacionais. E, acima de tudo, entender que os mesmos profissionais ou sujeitos que violentam são também vítimas de toda uma lógica que se manifesta nas relações de gênero, de produção, entre tantas outras.

Considerações Finais

As discussões desenvolvidas nesse trabalho não tiveram como objetivo apresentar qualquer conclusão acerca da problemática apresentada. Entende-se que a família e as relações que se estabelecem na sociedade são construídas em cada período histórico e, portanto, podem ser passíveis de transformações, tanto em relação aos termos utilizados quando nas ações que se estabelecem pelos profissionais.

Destarte, o objetivo foi de contribuir para a reflexão das ações em saúde que muitas vezes acabam restringindo o atendimento a práticas violentas e criminalizantes imbricadas a uma lógica hegemônica do conceito de família e dos comportamentos que devem ser assumidos por homens e mulheres na sociedade. Lógica esta que se baseia muitas vezes em argumentos do senso comum e desconsidera a subjetividade do sujeito social.

Os profissionais da saúde também não podem ser vistos como aqueles que resolverão todas as contradições da sociedade e dos ciclos violentos que se perpetuam. Mas esse setor deve apresentar condições para que os usuários que demandam atendimento se sintam acolhidos e protegidos.

Por essa razão, compreender as relações através da totalidade social se torna fundamental para que os encaminhamentos possam ser desenvolvidos e esses usuários tenham os seus direitos efetivados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme S. de. “**Repercussões sociais da assistência à saúde transexual**”. In: SILVA, Eloísio Alessandro da (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Grupo Editorial Nacional/Ed. Santos, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço** / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em 01 de agosto de 2017.

CASTELLS, Manuel. **“O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação”**, *O poder da identidade*, São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, Rita de Cássia Santos; BRAGA, Cenira Duarte; Nívia Valença Barros. **Política social, famílias e gênero – temas em discussão**. Revista Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 111-126, jul./dez. 2012a.

_____. **“Famílias e Serviço Social – algumas reflexões para o debate”**. *Família Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas* (org.: Marco José de Oliveira Duarte e Mônica Maria Torres de Alencar), Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.

FREITAS, Rita; SENNA, Mônica; BRAGA, Cenira e TAVARES, Fabielle G. **“Serviço Social e atenção básica em saúde: pensando o trabalho com famílias”**, *Serviço social na saúde coletiva: reflexões e práticas* (org.: Mônica Senna, Luciana Zucco e Ana Beatriz Lima), Rio de Janeiro: Garamond, 2012b.

LEFAUCHEUR, Nadine. **“Maternidade, família, Estado”**, *História das mulheres no Ocidente* (org.: Michelle Perrot e Georges Duby), Porto: Afrontamentos; São Paulo: Ebradil, vol. 5, 1991.

MILANI, Rute Grossi; LOUREIRO, Sonia Regina. **Famílias e Violência Doméstica: Condições Psicossociais Pós Ações do Conselho Tutelar**. Psicologia Ciência e Profissão. Brasília. Volume 28 (1), 2008.

MORGADO, Rosana. **Família(s) e Relações de Gênero**. Revista Praia Vermelha. Rio de Janeiro. Nº 05, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre La violencia y salud**. Genebra (SWZ): OMS; 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1993. **Resolución XIX: Violencia y Salud**. Washington, DC: Opas. (Mimeo.).

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. **“Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar”**, *Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos* (org. Mione Apolinário Sales et all.), São Paulo: Cortez, 2004.

RAMALHO, Nelson. **“Competências e práticas afirmativas dos assistentes sociais com famílias e pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGBT)”**. *Serviço social com famílias* (coord. Maria Irene de Carvalho), Lisboa: Pactor, 2015.

ROSENEIL, Sasha. **“Viver e amar para lá da heteronorma: Uma análise queer das relações pessoais no século XXI”**, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 2006.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper e DOSSI, Ana Paula. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**. Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41,n.3,Pp.472-477.