

# Discriminação positiva para acesso e atendimento em atenção primária à saúde e repercussões no perfil de clientela: estudo com mulheres de maior vulnerabilidade à exclusão social em São Paulo<sup>i</sup>

Marta Campagnoni Andrade, Cláudia Renata dos Santos Barros y Lilia Blima Schraiber  
Autor referente: liliabli@usp.br

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

## RESUMO

Estuda-se o impacto no perfil da clientela feminina de serviço de atenção primária à saúde, devido a ações específicas de inclusão assistencial para grupos populacionais de maior vulnerabilidade à exclusão social. Trata-se de moradoras de rua, de favela e profissionais do sexo que possuem dificuldades de acesso e de vinculação à atenção rotineiramente oferecida nos serviços. Investigou-se o Centro de Saúde Escola Barra Funda (CSEBF), pertencente à rede pública do sistema de saúde brasileiro (SUS) e que além do funcionamento usual do SUS, desenvolve política de ação afirmativa para aqueles grupos. Foram estudadas algumas características sociais, demográficas, de saúde sexual e reprodutiva e a prevalência de violência por parceiro íntimo, entre usuárias do CSEBF. Aplicou-se questionário por entrevista face-a-face a 481 mulheres de 15 a 49 anos, sendo

199 usuárias com discriminação positiva (CDP), das quais 70 profissionais do sexo, 64 moradoras de rua e 65 moradoras de favela, e 292 usuárias sem discriminação positiva (SDP). Os resultados apontam diferenças significativas entre ambos subconjuntos de usuárias quanto à idade, escolaridade, condição sócio-econômica, início da vida sexual, abortamento, gravidez, violência por parceiro íntimo e percepção de violência, mostrando que a política de inclusão permite acolher usuárias com necessidades de saúde diferenciadas que sem a discriminação positiva restariam invisíveis para o sistema de saúde. Conclui-se que grupos mais vulneráveis à exclusão social requerem políticas protetoras para serem usuários mesmo em sistemas como o SUS, que por lei dá direito a acesso universal à assistência em saúde.

**Palavras-Chave:** Exclusão social; atenção primária a saúde; violência contra mulher; saúde da mulher

## ABSTRACT

The impact on the profile of the female costumers of a primary health care center due to specific actions for assistance inclusion to population groups most vulnerable to social exclusion was studied. These groups were the homeless, slum dwellers and sex workers who have difficulties of access and linkage to the usual care provided by health services. The Barra Funda School Health Center (CSEBF), that takes part of the public Brazilian health system (SUS) and that besides of the SUS's usual way of functioning develops an affirmative action policy to those groups was investigated. Among its female users some social, demographic, sexual and reproductive health characteristics were studied as well as the intimate partner violence. A questionnaire was applied by a face-to-face interview to 481 women aged 15 to

49 years old, of which 199 users were submitted to positive discrimination action (CDP), being 70 sex workers, 64 homeless and 65 slum dwellers, and 292 users not submitted to that action (SDP). The results point out the significant differences between both sets of users regarding age, educational level, socioeconomic status, sexual initiation, abortion, pregnancy, intimate partner violence and the perception of suffering violence, showing that the policy of inclusion allows to receive users with different health needs that without affirmative action would remain invisible to the health system. The conclusion is that groups most vulnerable to social exclusion require protective policies to become users even in systems as SUS which by law entitle to a universal access to health care.

**Keywords:** Social exclusion; Primary Healthcare; Violence against women; Women's health

## Introdução

A exclusão social tem sido uma noção empregada com sentidos diversos e com uso muitas vezes pouco preciso, terminando por ser confundida com desigualdade social ou pobreza, embora se perceba que a preocupação aglutinadora dessas expressões encontre sua raiz no âmbito das injustiças sociais e iniquidades (Nascimento, 1994). Mas se a pobreza e a desigualdade aparecem como faltas relativas a padrões de consumo (Escorel, 1999), a exclusão se define muito mais por produzir efeitos completamente dessocializantes e no qual a marginalidade não está só representada pelos marginais, mas também por aqueles que estão ameaçados de cair nela (Castel, 1997). A exclusão social representa quebra da integração na sociedade,

inicialmente fragilizando os indivíduos em suas inserções sociais, até ulterior desligamento quer de suas relações com o mundo do trabalho, quer de relações como as familiares. Assim sendo, se na exclusão social há pobreza, o inverso não é verdadeiro (Escorel, 1999).

Adensando a discussão, Nascimento (1994) refere-se também à exclusão como processo de não-reconhecimento do outro, ou ainda, de não-reconhecimento do direito do outro, o que pode resultar para os indivíduos excluídos buscas de reorganizador vínculos em torno de destinos comuns, como forma de sobrevivência social. Para esse autor, há um tipo de exclusão que se aproxima da discriminação sexual, religiosa ou étnica, e que vai além da recusa dos direitos, caracterizando a negação à obtenção destes: não ter direito a ter direito.

Diante de tais concepções e no marco dos direitos humanos e sociais e, em particular, da busca por maior equidade social das mulheres – que constituem os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) –, uma questão que se coloca diz respeito à maneira como os serviços de saúde lidam com as diversas situações de desigualdade por que passam as mulheres, desde a pobreza à exclusão social (Andrade, 2003).

No caso brasileiro, a pobreza apresenta distribuição de forma diferenciada pelas regiões do país, além de, nas regiões metropolitanas, segregar-se por meio de sua periferização em grandes cidades ou de bolsões em áreas centrais abandonadas (Marsiglia & Carneiro-Junior, 1997; Escorel, 1999; Sposati, 2001). Fatores como carência de serviços urbanos, densidade populacional elevada e convivência com diferenças e contrastes extremos de consumo são características que vão construindo o espaço urbano e a problemática das grandes cidades, como é o caso de São Paulo, a maior e mais rica do país com 10.434.252 habitantes (IBGE, 2000).

Na região central desta cidade, 8% das moradias apresentam condições precárias, com predomínio de cortiços. Quanto aos serviços, observam-se déficits de

ofertas de vagas em creches e educação infantil. São muitas as mulheres chefes de família na região (em torno a 38%), o que constitui uma das mais altas taxas da cidade. É ainda, grande a proporção de analfabetismo entre essas mulheres, importante indicador de pobreza, já que famílias chefiadas por mulheres apresentam menores índices salariais, o que vem constituindo a chamada 'feminização da pobreza'.

Em meio a esse contexto social, que geograficamente referencia tanto as camadas sociais mais pobres, quanto grupos populacionais de grande vulnerabilidade à exclusão social, um dos serviços de atenção primária do SUS, o Centro de Saúde Escola Barra Funda – dr Alexandre Vranjac (CSEBF), por ser uma unidade-escola e estar situado nesta região central de São Paulo, desenvolveu como oferta de atenção à população local e, ao mesmo tempo, pesquisa de novo modelo assistencial, uma forma de organização pautada por maior equidade assistencial de sua clientela. Para tal implantou medidas como: busca ativa de suas subclientelas mais socialmente vulneráveis; fluxos e modalidades assistenciais facilitadores dos atendimentos; e campanhas e ações na comunidade particularmente voltadas para essas subclientelas. Implantou-se, desse modo, um modelo assistencial que passou a operar 'ações afirmativas' da vinculação com o serviço para mulheres moradoras de rua, que utilizam a área central do Município como local, ainda que temporário, de assentamento; para mulheres moradoras de favela, que se localiza na região; e para profissionais do sexo da área central de São Paulo, discriminando tais subgrupos de mulheres positivamente em seu funcionamento (Marsiglia & Carneiro-Junior, 1999; Carneiro-Junior, 2002).

Como resultado, nesse serviço de saúde encontram-se inscritas como usuárias, além da população de baixa renda, que constitui de modo geral o conjunto majoritário de usuárias de todo o sistema público de serviços e que de forma rotineira se vale das unidades do SUS, também esses outros subgrupos de clientela.

Por essa razão, houve a inclusão do CSEBF em uma pesquisa junto a 19 serviços de atenção primária do SUS na Grande São Paulo, cujo objetivo foi investigar entre suas usuárias a prevalência e tipos de violência contra a mulher (VCM) na faixa etária de 15 a 49 anos, (Schraiber et al., 2007a). Realizada em parceria com a própria Secretaria de Estado da Saúde, a pesquisa também envolveu o estudo dos perfis sócio-demográfico e de saúde sexual e reprodutiva das usuárias, além do padrão de uso dos serviços e o desenvolvimento de um programa integrado de atenção a casos de mulheres vítimas de violência.

Parte dos resultados dessa pesquisa maior é o objeto do presente trabalho, a fim de apontar o produto das ações afirmativas praticadas por esta unidade do SUS. Estudam-se os resultados obtidos com a discriminação positiva dos grupos mais vulneráveis de mulheres à exclusão social em termos da sua visibilização como usuárias e do impacto quanto à diversidade de características então inscritas no perfil da clientela do serviço.

## **Método**

Trata-se de estudo epidemiológico transversal de pesquisa realizada em 2001–2002 e da qual participaram 19 serviços de saúde, sempre portas de entrada na rede pública e, majoritariamente, de atenção primária. As unidades foram eleitas por conveniência, por localizarem-se nas diversas regiões do Município de São Paulo e, em seu conjunto, pela pretensão de implantarem política assistencial em violência. Os critérios de inclusão dos serviços foram: volumes de 800 a 1000 atendimentos/mês, equipe multiprofissional, funcionamento regular e com capacidade de constituírem referências de atendimento em suas regiões. A fim de classificá-los em sítios independentes de pesquisa, para amostrar as mulheres a serem entrevistadas, em razão da localização geográfica na Grande São Paulo e do modo com que captavam

sua clientela e produziam suas atividades assistenciais, foram identificados nove sítios, dentre eles o CSEBF, alvo do presente estudo.

A amostra de usuárias foi do tipo consecutivo, captando-se as mulheres por ordem de chegada ao serviço. Assegurou-se que a investigação abrangesse pelo menos uma semana inteira de funcionamento regular da unidade e períodos manhã e tarde. Para tal houve repartição proporcional da amostra aos volumes de atendimento (por dia e período). Maiores detalhes da amostra encontram-se em Schraiber et al. (2007a).

Para o CSEBF as subpopulações de mulheres moradoras de rua, as moradoras de favela e as profissionais do sexo foram designadas por “usuárias com discriminação positiva”, já que são alvo das mencionadas ações afirmativas de inclusão assistencial e para contrastá-las com o grupo de usuárias identificadas à tradicional clientela do SUS, as “usuárias sem discriminação positiva”. A amostra foi calculada para garantir a comparação entre esses dois subconjuntos de usuárias e entre as subpopulações componentes do grupo com discriminação positiva, num total de 481 mulheres, sendo 199 com discriminação positiva (CDP) e 282 sem discriminação positiva (SDP).

As mulheres elegíveis tinham entre 15 e 49 anos e condições de responderem a aplicação de questionário por entrevista face-a-face. As entrevistas ocorreram enquanto as mulheres aguardavam suas consultas e sempre sem acompanhantes, permitindo-se apenas a presença de crianças abaixo de dois anos. Este aspecto fez parte da ética da pesquisa, assim como o tipo de treinamento feito com as entrevistadoras, tal como descrito em outros estudos (Schraiber et al., 2007b; Schraiber, d'Oliveira & Couto, 2009) e recomendado pela Organização Mundial da Saúde para pesquisas sobre violência contra mulheres (WHO, 1999).

As variáveis socio-demográficas analisadas foram: idade, anos de estudo, cor de pele, escore de estrato sócio-econômico. Para a caracterização deste último,

adotou-se o critério de classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa e de Mercado (Abipeme, 2001).

Quanto à violência, explorou-se a perpetrada por parceiros íntimos nos tipos excludentes: violência exclusivamente psicológica e física e/ou sexual. As perguntas sobre violência foram extraídas do questionário feito para o “WHO Multicountry Study on Women’s Health and Domestic Violence”, do qual participou o Brasil (Garcia-Moreno et al., 2006). As situações de violência experimentadas foram indagadas por atos bem discriminados e como perguntas relativas a cada um dos tipos de violência examinado: psicológico, físico e sexual, como detalhado em Schraiber et al. (2007 b) e validado para diferentes contextos brasileiros. Cada tipo de violência compreendeu diversos itens relativos aos atos de agressão, tendo a psicológica quatro itens, a física, seis itens e a sexual, três itens.

Considerou-se caso de violência, para cada um dos tipos, ao menos uma resposta positiva a qualquer de seus itens. Dada a grande sobreposição dos tipos de violência experimentados pela mesma mulher (Schraiber et al., 2007b), neste estudo categorizou-se violência por: não sofreu, quando não houve resposta positiva a nenhuma dos itens de todos os tipos de violência; sofreu exclusivamente psicológica, quando houve resposta positiva a algum item desse tipo de violência e negativa para qualquer dos itens dos tipos físico e sexual; e sofreu violência física e/ou sexual que compôs resposta positiva a pelo menos um dos itens desses tipos.

A pergunta “você considera que sofreu violência alguma vez na vida?”, colocada ao final do questionário, foi feita para todas as mulheres entrevistadas. Essa foi a forma de estimar a percepção de haver sofrido algum episódio de violência em sua vida, permitindo a comparação com respostas afirmativas às perguntas específicas dos vários tipos de violência.

A saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres foi avaliada por: idade da primeira relação sexual, gravidez, aborto, realização do teste anti-HIV, uso de

camisinha para proteção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e uso de métodos contraceptivos. Por fim, analisaram-se as formas de parceria conjugal.

As variáveis foram descritas por meio de medianas e proporções. Foi utilizada mediana devido as variáveis contínuas não apresentarem distribuição normal que foi analisada pelo teste Shapiro Wilk, pela valor da curtose e simetria.

Os testes de hipóteses utilizados foram Kruskal Wallis e qui-quadrado de Pearson para comparações entre medianas e proporções, respectivamente. Admitiu-se nível de significância de 5%.

Quanto às questões éticas da pesquisa, além de sua aprovação pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas (CAPPesq) em 12/5/2000, providenciaram-se: consentimento informado com linguagem apropriada à segurança das mulheres e à abordagem de tema sensível; suporte assistencial para as entrevistadas, para o que foram especialmente treinadas as entrevistadoras; suporte de natureza psicológica e ética às entrevistadoras; privacidade para a realização das entrevistas; e oficinas de devolução dos resultados para os serviços participantes.

## **Resultados**

A amostra total foi de 481 mulheres, sendo 282 (58,6%) sem discriminação positiva e 199 (41,4%) com discriminação positiva. O segundo grupo foi composto de 70 (35,2%) profissionais do sexo, 64 (32,2%) moradoras de rua e 65 (32,6%) moradoras de favela.

As mulheres sem discriminação positiva eram mais velhas que as moradoras de rua e de favelas e mais novas que as profissionais do sexo. Dentro do grupo de mulheres com discriminação positiva as profissionais do sexo eram as mais velhas. (Tabela 1)



Quanto à escolaridade, observa-se na tabela 1, que as mulheres SDP tinham mais escolaridade em relação ao outro grupo. Já dentro do grupo CDP as profissionais do sexo tinham a maior escolaridade seguidas das moradoras de favela.

Ainda na tabela 1, observa-se que as mulheres SDP tinham, também, melhor condição sócio-econômica. Quando analisado dentro do grupo CDP as moradoras de ruas eram as mais pobres. Observa-se que o escore sócio-econômico mediano corresponde às classes C, D, E na classificação econômica brasileira, com a maior parte as mulheres entrevistadas na categoria D (53%) e E (27%).

A cor de pele branca foi a mais auto-referida nos dois grupos, sendo 48,9% SDP e 36,7% CDP.

Tabela 1. Comparação da média de idade, escolaridade e escore do estrato socioeconômico entre as usuárias SDP e CDP do CSEBF. São Paulo, 2001

	SDP (mediana)	P. SEX	CDP (mediana)	MRUA	MFAV	Teste de hipóte se <sup>1</sup>
Idade (anos)	29,8	35,3	24,5		26,9	p < 0,001
Anos de estudo	8,0	6,0	3,5		4,0	p < 0,001
Escore de estrato socioeconômico	11,0	9,0	4,5		8,0	p < 0,001
Total da amostra	282	70	64		65	481

No que se referem à violência as mulheres do grupo SDP relataram mais episódios do tipo violência psicológica. Entretanto, aquelas com discriminação positiva relataram mais a violência física e/ou sexual. Entre elas a maior proporção (38,3%) foi observada entre as moradoras de rua.

Com relação à auto-percepção em ter sofrido alguma violência, observa-se na tabela 2 uma maior percepção entre as mulheres com discriminação positiva. Entre as

que referem percepção de suas situações de violência, nesse grupo, a menor prevalência (23%) foi entre as moradoras de favela.

Ao analisar a saúde sexual e reprodutiva entre os dois grupos de mulheres, observamos que a maior parte das mulheres dos dois grupos iniciou a vida sexual após os 15 anos. No entanto, entre aquelas que iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos, a maioria (75,7%) estava entre o grupo com discriminação social, sendo maior entre as moradoras de rua (38,1%).

Os dois grupos de mulheres relataram terem tido alguma gravidez na vida. Dentre as que relataram gravidez, no grupo CDP, a maior proporção (36%) foi observada entre as profissionais do sexo. Quanto à ocorrência de aborto na vida a maioria das mulheres relatou não ter tido. Entretanto, entre as que tiveram aborto, a maioria (51,6%) estava entre as mulheres do grupo CDP, com 49% entre as profissionais do sexo.

A prevalência do teste anti-HIV foi alta nos dois grupos. Entre as mulheres com discriminação positiva, que correspondem à maior parte (43%) das mulheres que realizaram o teste, a maior proporção também ocorreu entre as profissionais do sexo.

O uso de método contraceptivo apresentou alta prevalência entre os dois grupos de mulheres e no uso de camisinha (condom) para proteger de IST não foi observada diferença estatisticamente entre os dois grupos de mulheres.

Entre aquelas que usaram métodos contraceptivos, os mais relatados entre todas as mulheres foi o uso de camisinha (35%) seguido de pílula ou injeção (29%). As profissionais do sexo relataram maior uso de camisinha (52%) e as moradoras de favela, pílula ou injeção (41%). Já entre as moradoras de rua foi maior o método cirúrgico (laqueadura com 32%).

Tabela 2. Distribuição de freqüências e proporções das variáveis relativas à violência e a saúde sexual e reprodutiva segundo as mulheres sem e com discriminação positiva, CSEBF. São Paulo, 2001

<b>Violência</b>	<b>SDP</b>		<b>CDP</b>	
	n	%	n	%
<b>Violência por parceiro íntimo (n=470)*</b>				
Não sofreu	108	39,4	39	19,9
Exclusivamente psicológica	42	15,3	29	14,8
Física e/ou sexual	124	45,3	128	65,3
				<0,001
<b>Auto-percepção de violência (n=480)</b>				
Sim	80	28,4	105	53,0
Não	202	71,6	93	47,0
				<0,001
<b>Saúde sexual e reprodutiva (n=468)*</b>				
Idade da primeira relação sexual				
< 15 anos	27	9,9	84	43,1
≥ 15 anos	246	90,1	111	56,9
				<0,001
<b>Gravidez (n=470)</b>				
Não teve	46	16,8	7	3,6
Sim	228	83,2	189	96,4
				<0,001
<b>Teve algum aborto (n=470)</b>				
Não	199	72,6	116	59,2
Sim	75	27,4	80	40,8
				0,002
<b>Fez teste anti-HIV (n=481)</b>				
Não	108	38,3	40	20,1
Sim	174	61,7	159	79,9
				0,001
<b>Usou camisinha para proteção IST (n=470)</b>				
Não	99	63,9	88	44,9
Sim	175	36,1	108	55,1
				0,056
<b>Métodos contraceptivos (n=470)</b>				
Não usa/não se aplica	69	25,2	83	42,3
Usa	205	74,8	113	57,7
				<0,001

\* **Nota:** a variação do número total encontrado para violência e idade de início da vida sexual deve-se a 11 mulheres que não haviam tido vida sexual até a data da entrevista e 2 mulheres que não responderam a idade de seu início. As demais variações são não-respostas (missings)

Com relação às modalidades de parceria conjugal, observamos que 59% daquelas sem discriminação positiva e 83% das moradoras de favela eram casadas ou viviam com um companheiro. No caso das profissionais do sexo 56% relataram não

estar casada, vivendo com alguém e nem namorando. No caso das moradoras de rua, 45% eram casadas ou estavam com companheiros e 41% estavam sozinhas.

## **Discussão**

A caracterização sociodemográfica e reprodutiva dos dois subgrupos de usuárias do serviço permitiu identificar uma série de conteúdos específicos entre as usuárias, demarcando uma clara diversidade de clientela. Se contrastadas com as usuárias sem discriminação positiva, o conjunto de mulheres de maior vulnerabilidade à exclusão social, e que por isso foram discriminadas positivamente no acesso e atendimento do serviço, parece apresentar certa convergência de características sociais e demográficas bem como de necessidades de saúde indicadas por seus perfis de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, esse conjunto com discriminação positiva, quando consideradas as suas subpopulações componentes, ou seja, as moradoras de rua, as moradoras da favela local e as profissionais do sexo, mostra que essas mulheres não são um grupo homogêneo, distinguindo-se, portanto, enquanto usuárias de diferentes necessidades de saúde.

Além disso, as medidas de discriminação positiva possibilitam o reconhecimento de uma heterogeneidade também sócio-econômica de clientela do SUS de outro modo não visível, pois com este novo modelo de atenção, o CSEBF encontrou a possibilidade de reconhecimento de situações distintas antes encobertas sob a noção da pobreza e tratadas como uma só situação. Tal aspecto evidencia-se no contraste com os perfis encontrados nos demais serviços de atenção primária da pesquisa maior de que, como mencionado, o CSEBF fez parte (Schraiber et al., 2007a). Observa-se a inscrição na clientela deste último serviço de usuárias do estrato social E, correspondendo à população da mais baixa condição sócio-econômica, o que não aparece compondo as outras clientelas, que são amostras da população mais

usual do SUS. Isto sugere a iniquidade de acesso e atenção mesmo no interior do SUS, o que necessita mais estudos.

Não obstante pode-se adiantar que essa é questão preocupante quanto ao cumprimento no cotidiano de funcionamento dos serviços dos princípios e diretrizes do SUS. Isto porque, desde a criação e implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, como parte do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), foram propostas as bases para a universalização e maior equidade social no âmbito da assistência à saúde para as mulheres. Esta proposição deu-se em conformidade com esses mesmos referenciais para todo o sistema de saúde, a partir da redemocratização do país em 1988 e a reorientação do Estado para as políticas de bem estar como a da seguridade social que incluiu o SUS (Buss & Labra, 1996; Andrade, 2003).

Contudo, em termos do próprio PAISM, observa-se que no discurso desse programa a mulher é tratada em termos abstratos, bem como suas necessidades de saúde, pouco se distinguindo situações concretas diversas no interior da desigualdade de gênero que qualifica o conjunto das mulheres (Andrade, 2003).

Dentre essas situações está a atenção a demandas de grupos populacionais específicos, enquanto parte das clientelas urbanas dos serviços de saúde da rede do SUS mais vulneráveis ou já pertencendo a processos de exclusão social. Assim, embora o SUS tenha ampliado acesso e melhorado o atendimento a camadas sociais de baixa renda, não está isento haver praticado uma 'universalização excludente', tal como apontaram estudos a respeito de sua implantação e desenvolvimento ao longo da década de 1990. Esses estudos, ao demonstrarem uma realização a menor do potencial igualitário dos princípios e diretrizes do SUS, consideram esta a década perdida em termos das oportunidades históricas abertas com a redemocratização do país para efetivar um melhor Estado de bem-estar social e a equidade assistencial (Buss & Labra, 1995; Costa & Ribeiro, 1996; Gerschman & Vianna, 1997).

Conclui-se, nesse sentido, que embora a lei em seus termos gerais afirme direitos universais e as diretrizes de implantação e desenvolvimento do SUS busquem traduzir tais direitos em termos da organização da produção assistencial, a capacidade de, no cotidiano dos serviços, a assistência ofertada efetivamente respeitar os direitos passa pela consideração de que grupos mais vulneráveis à exclusão social requerem políticas protetoras e medidas afirmativas de sua inclusão. Por isso, mesmo em sistemas pautados no acesso universal à saúde como o SUS, é de extrema importância considerar qual o modelo assistencial que está sendo concretamente operado, quanto a acessos, fluxos assistenciais e vínculos dos usuários com os serviços, sem mencionar, é claro, as práticas profissionais relativamente a uma atenção integral que esteja atenta e valorize direitos de sua clientela.

## Referências

- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE. (11º Recenseamento Geral do Brasil).
- ABIPEME - Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (2001). *Critério de classificação econômica*. [online]. Acessado em 14 jun 2001. Disponível em <URL: <http://www.abipeme.org.br>>.
- Buss, P. M., Labra, M. E. (org.) (1995). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Carneiro-Junior, N. (2002). *O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidade e limites na gestão pública da saúde*. São Paulo, 2002. 227p. Tese de doutorado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Castel, R. (1997). A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Caderno CRH*, 26/27, 19-40.
- Castel, R. (2000). As armadilhas da exclusão. In: Belfiore-Wanderley, M., Bógus, L., Yazbek, M. (orgs.). *Desigualdade e a Questão Social* (pp. 17-50). São Paulo: EDUC.
- Costa, N. R., Ribeiro, J. M. (orgs.). (1996). *Política de Saúde e Inovação Institucional. Uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Escorel, S. (1999). *Vidas ao Léu – trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, L., Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.
- Gerschman, S., Vianna, M. L. W. (orgs.). (1997). *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Marsiglia, R., Carneiro-Junior, N. (1997). Condições de vida/Saúde na região central de São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 5. Águas de Lindóia, SP. *Livro de Resumos* (pp.21).
- Andrade, M. C. (2003). *Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo: contraste entre subgrupos populacionais de usuárias do Centro de Saúde-Escola da Barra Funda*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Nascimento, E. P. (1994). Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Caderno CRH*, 21, 29-47.
- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., Couto, M. T., Hanada, H., Kiss, L. B., Durand, J., et al. (2007a). Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da grande São Paulo. *Rev Saúde Públ*, 41(3), 359-67.
- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P. L., Couto, M. T. (2009). Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública*, 25(suppl. 2), s205-s216.
- Schraiber, L.B., d'Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I., Diniz, S., Portella, A. P., Ludermit, A. B., et al. (2007 b). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em duas regiões do Brasil. *Rev Saúde Publica*, 41(5), 797-807.
- Sposati, A. (2001). *Cidade em Pedacos*. São Paulo: Brasiliense.
- World Health Organization. (1999). *Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva. (Report n. WHO/EIP/GPE/99.2).



---

<sup>i</sup> Artigo realizado com base em Dissertação de Mestrado, como estudo participante de pesquisa financiada pela FAPESP na linha Políticas Públicas (FAPESP n. 98/14070-9).