

O NEPAV COMO REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO DE CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO DISTRITO FEDERAL

Raiane Marra Assunção*

Resumo

Foram analisados dados disponíveis em sítios relacionados ao tema e divulgados pela unidade responsável por ministrar as capacitações. Nota-se que a Secretaria de Estado de Saúde tem capacitado os profissionais que trabalham com essa temática. Tendo como base os dados sobre violência contra mulheres a nível nacional e local, evidencia-se quão imperiosas são as ações para o enfrentamento desse fenômeno.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Saúde da Mulher. Violência de Gênero.

Abstract

It was analyzed the information available on websites about the theme and the disclosures of the institution responsible for training. It is noted that the Secretariat of Health has trained the professionals who work in this topic. Based on local and national information about violence against women, it is evident how imperious the actions to combat this phenomenon are.

Keywords: Violence against women. Women's health. Gender violence.

* Possui graduação em Arquivologia pela Universidade de Brasília (2013). Graduanda em Letras - Língua Portuguesa e Respectiva Literatura e pós-graduanda em Gestão Pública na Saúde pela Universidade de Brasília. E-mail: raianeassuncao@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres, mesmo tipificada como um crime e uma grave violação dos direitos humanos, continua vitimando milhares de brasileiras. De acordo com os dados divulgados pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), no balanço dos atendimentos realizados de janeiro a outubro de 2015, 38,72% das mulheres em situação de violência sofrem agressões diariamente (BRASIL, 2015). Nesses dez primeiros meses de 2015, 85,85% dos relatos de violência registrados na Central de Atendimento foram sobre situações de violência doméstica e familiar contra as mulheres (BRASIL, 2015). O Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil mostra que o número de mortes violentas de mulheres negras passou de 1.864, em 2003, para 2.875, em 2013, totalizando um aumento de 54% em dez anos (WAISELFISZ, 2015).

Em 2010, a Fundação Perseu Abramo (FPA) realizou uma pesquisa em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), mostrando que aproximadamente 24% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica. Quando a agressão é considerada em suas diferentes formas, esse percentual sobe para 40%. Para essa pesquisa foram ouvidas 2.365 mulheres e 1.181 homens, com mais de 15 anos de idade, de 25 unidades da federação, em áreas urbanas e rurais de todas as macrorregiões do país (Fundação Perseu Abramo, 2010).

Para contextualizar a violência contra as mulheres no Brasil, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres baseia-se nos dados apresentados por essa pesquisa da FPA, nas indicações e estimativas da Organização Internacional do Trabalho, em estudos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), dentre outras instituições. De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres,

A violência contra as mulheres atinge os seus direitos à vida, à saúde e à integridade física. Homens e mulheres são atingidos pela violência de maneira diferenciada. Enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente praticada no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares, na grande parte das vezes praticado por seus companheiros e familiares. (SPM, 2011, p.11).

Assim, a violência contra a mulher configura-se como um fenômeno complexo pelas suas próprias particularidades e por envolver fatores sociais, psíquicos, culturais e familiares. Dessa forma, representa um desafio tanto para as políticas públicas voltadas para o seu enfrentamento como para os profissionais que prestam atendimento especializado nos casos de violência contra a mulher. A Comissão Parlamentar de Inquérito sobre violência contra mulher de 2011, em seu relatório final apresentado em 2013, identificou que entre 2003 a 2013, 43,5 mil mulheres foram assassinadas em todo o país, colocando o Brasil na 7ª posição no ranking mundial com uma taxa de 4,4 homicídios a cada 100 mil mulheres (CPMI, 2013).

Nesse relatório foi possível constatar que em âmbito estatal, segundo a pesquisa do Instituto Sangari sobre homicídio contra as mulheres, o Distrito Federal (DF) ocupava, no ano de 2010, a 7ª posição na relação número (78) / taxa (5,8) de homicídio feminino, em cada 100 mil mulheres. As políticas nessa área salientam a importância do atendimento adequado, em especial, nos serviços de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011). Diante dessa realidade e do crescente número de casos registrados de violência contra mulheres, esse estudo propõe a análise da atuação do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV), sob a luz da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, nos Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher, registrados no Distrito Federal.

Para isso foi realizada uma pesquisa documental e entrevista semiestruturada com a coordenação do NEPAV, uma unidade orgânica responsável pela coordenação e articulação dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAVs), subordinada à Subsecretaria de Vigilância à Saúde. O NEPAV tem como missão normatizar, adequar, planejar e coordenar as ações de promoção, prevenção, vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência no DF, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Política Nacional de Humanização (BEZERRA, 2015).

O artigo se divide em mais quatro partes, além dessa introdução. A primeira destaca o referencial utilizado, como legislações, normas, artigos e relatórios. A segunda seção apresenta os aspectos metodológicos empregados na condução da confecção desse texto, enquanto que a terceira exhibe a análise e discussão dos resultados. Por fim, a última parte apresenta as principais considerações que essa análise alcançou, tendo em vista o objetivo anunciado anteriormente.

2 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES COMO POLÍTICA DE SAÚDE

Os primeiros triunfos do movimento feminista junto ao Estado brasileiro para a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento à violência contra mulheres datam da década de 1980 (BRASIL, 2011). A primeira Delegacia de Defesa da Mulher foi inaugurada em 1985 e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado no mesmo ano, por meio da Lei nº 7.353/85 (BRASIL, 2011). A Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 8º, assegura “a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações”, assumindo o papel do Estado brasileiro no enfrentamento a qualquer tipo de violência (BRASIL, 1988).

Em 1998 foi elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) a Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que representou mais um avanço nas políticas públicas para as mulheres. Esta Norma Técnica, em sua introdução, determina a garantia de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde, independente de idade, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, visando reduzir os agravos decorrentes deste tipo de violência (BRASIL, 1999).

As ações para o enfrentamento à violência contra as mulheres passam a ter um maior investimento a partir da criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), em 2003. Desse modo, a política é ampliada no sentido de promover a criação de novos serviços (como o Centro de Referência de Atendimento às Mulheres, as Defensorias da Mulher, os Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, as Promotorias Especializadas) e de propor a construção de Redes de Atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Com a realização da I e da II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I CNPM e II CNPM) e com a construção coletiva de dois Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (PNPM), o Enfrentamento à Violência contra as Mulheres é consolidado como um eixo intersetorial e prioritário no campo das políticas para as mulheres (BRASIL, 2011). A partir do PNPM, as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres buscam envolver diferentes setores do Estado no sentido de garantir os direitos das mulheres a uma vida sem violência, não mais ficando restritas às áreas da segurança e assistência social (BRASIL, 2011).

Para a SPM-PR, o conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o *empowerment* das mulheres e de seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011). Por sua vez, a rede de atendimento refere-se ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (assistência social, justiça, segurança pública e saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência; e à integralidade e à humanização do atendimento (BRASIL, 2011).

Assim sendo, a noção de enfrentamento não se restringe à questão do combate, mas abrange também os Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: prevenção, assistência e garantia de direitos das mulheres (BRASIL, 2011). No que tange à assistência às mulheres em situação de violência, a Política Nacional deve garantir o atendimento humanizado e qualificado àquelas em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados; e da constituição e/ou fortalecimento da Rede de Atendimento.

Nesse sentido, a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, aprovada por unanimidade pelo Congresso Nacional, foi um importante instrumento legal para refrear e punir a violência doméstica praticada contra mulheres no país (Campanha Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha, 2015). Comparando o período de 1980 a 2006, antes da Lei, e o período de 2006 a 2013, com a Lei em vigor, é possível perceber que no período anterior à Lei Maria da Penha o número de homicídios de mulheres cresceu 7,6% ao ano. Depois da vigência da Lei, esse número caiu para 2,6% ao ano (WAISELFISZ, 2015).

De acordo com a Lei Maria da Penha, as formas de violência são assim conceituadas: **(i) física**: compreende qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher; **(ii) psicológica**: qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher ou que prejudique e perturbe o seu pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, por meio de intimidação, ameaça, coação ou uso da força e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause

prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação da mulher; **(iii) sexual:** entendida como qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, por meio de intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; **(iv) violência patrimonial:** entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; **(v) violência moral:** entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (BRASIL. Lei nº 11.340, 2006, art. 7).

Conforme explicitado em sua apresentação, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres encontra-se em consonância com a Lei Maria da Penha e com convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil, nomeadamente: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (CONVENÇÃO DE PALERMO, 2000).

Sancionada em março de 2015, a Lei nº 13.104/2015, chamada Lei do Feminicídio, inclui o assassinato de mulheres por razão de gênero como uma qualificadora do crime de homicídio. Mesmo com os avanços dos últimos anos, resultantes dos marcos legais e inovações políticas, muitas mulheres brasileiras continuam sofrendo violência. Constantemente, a violência é relacionada à pobreza e desestruturação familiar (ANDRADE, E. M., NAKAMURA, E., PAULA. C.S., NASCIMENTO. R., BORDIN. I., MARRTIN. D., 2011; NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S., 2008) ou a características patológicas da vítima ou do agressor (SANTOS, 2005). Essas associações demonstram uma superficialidade na compreensão da presença de aspectos sociais, culturais e históricos.

A violência contra as mulheres deve ser entendida pela dimensão de gênero, isto é, a construção social, política e cultural das relações entre homens e mulheres,

bem como da masculinidade e da feminilidade. Diferentes espaços de poder são atribuídos para homens e mulheres, de acordo com a construção social dos sexos. Geralmente, a mulher ocupa lugares de subalternidade e de desvalorização. Portanto, a violência contra as mulheres deve ser compreendida no contexto das relações desiguais de gênero, que são produzidas e reproduzidas em diversos espaços, seja no âmbito doméstico, do trabalho, seja nas religiões e nas profissões (BRASIL, 2011).

Para a violência ser entendida como pertencente ao campo da saúde é importante observar dois aspectos: a ampliação da concepção de saúde, que deixou de ser reduzida à ausência de doença e passou a ser compreendida como qualquer agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida como parte de sua atuação; e o fato de a violência afetar profundamente a vida e a saúde das pessoas, além de ter alto potencial de morte (WHO, 2012).

A formalização do fenômeno da violência no âmbito da saúde pública brasileira como objeto de intervenção e prevenção ocorreu com a instituição da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por meio da Portaria nº 737, de 2001 (BRASIL, 2002). A violência de gênero é um problema que afeta a saúde física e mental das mulheres, que passam a apresentar mais lesões e maior necessidade de serviços de saúde do que as que não sofrem abuso (CAMPBELL, 2002).

De acordo com um estudo da OMS realizado em vários países sobre saúde da mulher e violência doméstica, as mulheres em situação de violência no Brasil, Japão e Peru têm até duas vezes mais possibilidade de considerar seu estado de saúde atual como ruim ou péssimo (GARCÍA-MORENO, C., JANSEN, H. A. F. M., ELLSBERG, M., HEISE, L., WATTS, C., 2005). Esse estudo demonstrou que em países como o Brasil, Peru, Tailândia, e Japão as mulheres que forma vítimas de violência física ou sexual por parte de seus parceiros tinham duas vezes mais probabilidades de pensarem em suicídio do que as mulheres que não haviam sofrido abuso. O impacto da violência de gênero sobre a saúde física pode ser imediato, como também de longo prazo. Comumente, as mulheres agredidas vivem com medo e apresentam ansiedade, depressão, e não raro o transtorno de estresse pós-traumático (CAMPBELL, 2002).

3 MÉTODO

Por meio de pesquisa documental, os dados foram coletados em documentos impressos e virtuais, por meio dos documentos certificadores dos cursos de capacitação, documentos fornecidos pelo NEPAV, dos dados disponíveis no sítio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da SPM-PR; também foi realizada uma entrevista telefônica, com roteiro semiestruturado, com a coordenação do NEPAV.

Primeiramente, foi realizada a pesquisa e leitura das legislações e literaturas pertinentes ao tema. Depois, os dados sobre violência contra mulheres foram elencados de acordo com as fontes. No sítio da SPM-PR foram verificados os cadastros dos estabelecimentos e no do CNES, o cadastro e composição das equipes.

4 O NEPAV E SUAS INICIATIVAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O NEPAV foi criado em junho de 2003, por recomendação do MS, na Secretaria de Estado de Saúde do DF. Dentre as suas competências formuladas na época de sua criação destacam-se a promoção da redução da morbimortalidade por acidentes e violências no Distrito Federal; a implantação do sistema de informação em saúde para as causas externas; a elaboração e implementação de material educativo e informativo sobre a prevenção de acidentes, bem como a proposta e assessoramento das atividades de capacitação e aperfeiçoamento para o atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violências (Decreto nº 23.812, 2003).

Desde a sua criação, o NEPAV tem capacitado todas as Superintendências de Saúde. Atualmente, existem sete superintendências: **(i)** Região de Saúde Centro-Norte (Asa Norte, Cruzeiro e Lago Norte); **(ii)** Região de Saúde Centro-Sul (Asa Sul, Guará, Lago Sul, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e ParkWay); **(iii)** Região de Saúde Oeste (Ceilândia e Brazlândia); **(iv)** Região de Saúde Sul (Gama e Santa Maria); **(v)** Região de Saúde Sudoeste (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas); **(vi)** Região de Saúde Norte (Planaltina,

Sobradinho, Mestre D' Armas e Arapoanga); **(vii)** Região de Saúde Leste (Paranoá e São Sebastião) (Decreto nº 37.057,2006). A partir de 2003 os comitês criados para a elaboração das diretrizes do processo de descentralização do Programa de Atendimento às Mulheres em situação de Violência Sexual, que eram formados por assistentes sociais, médicos e psicólogos, foram transformados em Programas de Prevenção para Acidentes e Violências (PAVs).

O NEPAV também coordena a Rede “Flores em Rede”, composta por 21 unidades do PAV, que oferecem atendimento a mulheres, crianças, adolescentes, homens e idosos em situação de violência no âmbito dos hospitais públicos do DF. Os PAVs realizam ações de promoção, vigilância, prevenção e atendimento às pessoas em situação de violência nas superintendências de saúde.

Os PAVs também são os pontos de referência para o envio de todas as fichas de notificação, para os devidos encaminhamentos para fins de inclusão no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) dos dados e para realizar a busca ativa das pacientes para ofertar atendimento especializado.

Com a implantação dos PAVs na rede de saúde, grandes avanços foram percebidos, dentre eles: capacitações realizadas para os profissionais de saúde, visando prepará-los para a identificação dos diversos tipos de violência, sua notificação e atendimento adequado e humanizado; e ações para prevenir a violência institucional, o que se estende para a reorganização no atendimento e humanização das relações nas unidades de saúde. Algumas superintendências desdobram-se no acompanhamento integral às vítimas e familiares, além do acolhimento e encaminhamento dos casos (VILELA, 2005). De acordo com o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS de 2014, foram capacitados 2.092 profissionais, de acordo com a demanda de estados e municípios, em 17 oficinas, sendo 455 profissionais no ano de 2014. O objetivo dos cursos, realizados em parceria com a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) foi capacitar profissionais de saúde, independente de vínculo com o NEPAV, e outras áreas acerca da temática, sensibilizando-os para a execução de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que versem sobre as questões de violência (BRASIL, 2015).

Entretanto, é importante observar que nem todas as mulheres vítimas de violência procuram um serviço de saúde. Dessa forma, nem todos os casos são notificados como preconiza a Lei nº 10.778, de 24/11/2003 (regulamentada pelo

Decreto nº 5.099, de 03/06/2004, que estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados, em todo o território nacional). A ficha de notificação que é preenchida nos serviços de saúde classifica os tipos de violência em: lesão autoprovocada, violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal, entre outros.

De acordo com os dados do SINAN, as mulheres ainda são as maiores vítimas de violência no país e as mais suscetíveis a sofrer maus-tratos em ambientes domésticos. Em 2014, o sistema notificou que 223.796 mulheres foram vítimas de algum tipo de violência no Brasil. Duas em cada três dessas vítimas de violência (147.691) demandaram atenção médica, ou seja, em média 405 mulheres a cada dia do ano de 2014 precisaram de atendimento, por alguma violência sofrida, em uma unidade de saúde (WAISELFISZ, 2015).

A capacitação das equipes multidisciplinares, compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, que visam garantir uma assistência integral a essas mulheres, é premente tendo em vista a série histórica de violência contra a mulher registrada pelo NEPAV e pelo SINAN. Pelos registros do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), entre 1980 e 2013, num ritmo crescente ao longo do tempo, 106.093 mulheres morreram vítimas de homicídio. O número de vítimas nesse período aumentou em 252%, passando de 1.353 mulheres em 1980, para 4.762 em 2013 (WAISELFISZ, 2015).

A capacitação dos profissionais de saúde realizada pelo NEPAV é feita por temáticas e pela demanda dos serviços e dos servidores. A periodicidade varia de acordo com o tipo de capacitação. Se for de sensibilização quanto ao atendimento e preenchimento da notificação, acontece mensal ou bimensalmente. Os objetivos dessa capacitação são: instrumentalizar o profissional de saúde sobre o fenômeno da violência; oportunizar a incorporação do tema em seus processos de trabalho e em suas unidades de saúde; e desenvolver habilidades para o acolhimento e atendimento humanizado.

Dessa forma, as ações realizadas pelo NEPAV são consonantes com as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, no que diz respeito ao incentivo à formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial à assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando as informações levantadas é possível concluir que a Secretaria de Estado de Saúde do DF, por meio do NEPAV, vem seguindo as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no que concerne ao incentivo à formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres. Também pode-se dizer que o número crescente de casos registrados de violência contra mulheres pode não refletir a eficiência das legislações vigentes, mas sim a maior segurança que tais dispositivos legais oferecem para que as mulheres procurem atendimento.

Portanto, é necessário que o Estado brasileiro continue adotando políticas de caráter universal, que tenham a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, independente de idade, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero. Para que todas as mulheres tenham o direito de não sofrer agressões, a ter acesso aos serviços da rede de enfrentamento à violência contra a mulher e a serem respeitadas em suas particularidades é necessário garantir condições mais dignas e justas para as mulheres. Diante da dimensão e da complexidade do problema da violência, tanto em termos do alto número de mulheres atingidas quanto das consequências psíquicas, físicas e sociais, a integralidade do atendimento, composta por instituições de segurança pública, justiça, assistência social e saúde é de suma importância.

Também é imprescindível assinalar que o enfrentamento à violência de gênero deve abranger a prevenção primária. Devido à importância do tratamento das inúmeras consequências da violência e por ser uma demanda imediatista, o conjunto de ações que visam diminuir a incidência da violência e de seus fatores causais geralmente é ofuscado (KRUG, E.; DAHLBERG, L.; MERCY, J.; ZWI, A.; LOZANO, R, 2002). Admitindo as causas sociais, culturais e históricas da violência contra a mulher, o reconhecimento da honorabilidade, da cooperação feminina na sociedade e a promoção de relações interpessoais mais justas e equânimes devem ser materializados em investimentos na prevenção primária.

Pela dificuldade em conseguir dados a respeito da atuação e da operacionalização dos serviços dos demais NEPAVs nas outras unidades federativas do país, que compõem a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de

Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (REDEVIVAPAZ), esse estudo não pôde elaborar uma análise comparativa para melhor evidenciar a atuação de referência a nível nacional do NEPAV.

Nesse sentido, esse estudo deixa margem para outras pesquisas que versem sobre as ações de mobilização realizadas nas unidades de saúde visando a sensibilização e conscientização em relação à violência; que analisem a percepção dos profissionais quanto ao preparo para identificar e atender mulheres vítimas de violência no Distrito Federal; pesquisas sobre o funcionamento articulado da Rede de Atendimento composta por diferentes áreas governamentais e sobre os resultados alcançados com a implantação recente das Casa da Mulher Brasileira, que integra no mesmo espaço serviços especializados para múltiplos tipos de violência contra as mulheres.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M., NAKAMURA, E., PAULA. C.S., NASCIMENTO. R., BORDIN. I., MARTIN. D., **A visão dos profissionais de saúde em relação a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 1, pp. 147-155, 2011.

BEZERRA, Raphael Diego de Oliveira. **O serviço social e o tratamento da violência no Distrito Federal: uma experiência no PAV Orquídea Samambaia.** Brasília, 2015. 76 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Serviço Social - SER, Universidade de Brasília, 2015. Disponível em http://bdm.unb.br/bitstream/10483/11983/1/2015_RaphaelDiegodeOliveiraBezerra.pdf f. Acesso em 9 dez. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Decreto nº 23.812, de 3 de junho de 2003. Dispõe sobre a criação de cargos comissionados, na estrutura orgânica da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 4 jun. 2003. Seção 1, p. 3. Disponível em http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2003/06_Junho/DODF%20-%20106%20-%2004-06-2003/Se%C3%A7%C3%A3o1.pdf Acesso em 12 dez. 2015.

_____. Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 15 jan. 2016. Seção 1, p. 1. Disponível em http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2016/01_Janeiro/DODF%20N%C2%BA%2010%20de%2015-01-2016/Se%C3%A7%C3%A3o%2001.pdf. Acesso em 2 fev. 2016.

_____. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União. Brasília.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União. Brasília.

_____. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União. Brasília.

_____. Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm. Acesso em 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Justiça. Políticas para a Mulher: relatório da Gestão 1999/2002 da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Brasília, 2002. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=133656&tp=1>> Acesso em 22 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96, seção 1, de 18/5/01 / Ministério da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica. Brasília: Ministério da saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão – 2014. Brasília. 2015. Disponível em

<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2014-Final.pdf>. Acesso em 15 dez. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para mulheres. **Memória 2003-2006: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres/Presidência da República**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Balanco 2015 - Ligue 180**. Brasília, 2015. Disponível em <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180-10meses-1.pdf>. Acesso em 10 dez. 2015

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em 16 jul. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>. Acesso em 18 ago. 2015.

_____. Senado Federal. Relatório nº 1, de 2013. Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência.

Campanha Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha – A lei é mais forte. Lei Maria da Penha: saiba mais sobre a lei que protege as mulheres. 2015. Em <http://www.compromissoeatitude.org.br/lei-maria-da-penha-saiba-mais-sobre-a-lei-que-protege-as-mulheres/> Acesso em 13 jan. 2016.

CAMPBELL, J. C. **Health consequences of intimate partner violence**. The Lancet. p. 1331-1336, 2002.

Fundação Perseu Abramo. (2010). **Pesquisas de opinião: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Disponível em <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em 15 dez. 2015.

GARCÍA-MORENO, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.

KRUG, E.; DAHLBERG, L.; MERCY, J.; ZWI, A.; LOZANO, R. eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acesso em 6 jan. 2016.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. da S. **Conceptions held by health professionals on violence against children and adolescents within the family.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 136-141, 2008.

SANTOS, N. C. dos. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF: um estudo de caso.** 2005. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

VILELA, L. F. **Histórico do Enfrentamento da Violência na Rede de Saúde do DF.** In: VILELA, L. (Ed.). Enfrentando a violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. p. 85-86.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Flacso, 2015. Disponível em:
http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em 6 jan. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence.** Genebra: WHO, 2012.