



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**MARIZA APARECIDA DE OLIVEIRA SOUZA**

**Atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Programa de Pesquisa,  
Assistência e Vigilância à Violência (PAV) no Distrito Federal**

Brasília/DF  
2016



**Universidade de Brasília- UnB  
Instituto de Ciências Humanas - IH  
Departamento de Serviço Social- SER  
Curso de graduação em Serviço Social**

**Atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Programa de Pesquisa,  
Assistência e Vigilância à Violência (PAV) no Distrito Federal**

**MARIZA APARECIDA DE OLIVEIRA SOUZA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social (SER) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Profª Draª. Ailta de Barros de Souza.

Brasília/DF

2016

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Programa de Pesquisa,  
Assistência e Vigilância em Violência (PAV) no Distrito Federal**

**MARIZA APARECIDA DE OLIVEIRA SOUZA**

**APROVADA EM SETEMBRO DE 2016**

---

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ailta Barros de Souza (SER/UnB)  
Universidade de Brasília - UnB**

---

**Banca: Prof<sup>a</sup> Ma. Patrícia Cristina P. de Almeida  
Universidade de Brasília – UnB**

---

**Banca: Assistente Social: Gisele Rocha dos Santos  
Home Doctor – Home Care  
(Membro externo ao SER/UNB)  
Brasília - DF**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por seus ensinamentos e lições.

Agradeço à minha família pelo apoio, amor, acalento e carinho. Em especial, a minha mãe, Tereza Helena, e a meu marido, Marcos Souza.

Aos amigos (as) que conquistei na UnB e aos de longa data. Em especial agradeço a minha amiga Bárbara Morgana por tamanha amorosidade e irmandade nessa trajetória que surgiu no âmbito acadêmico, porém continuará por toda uma vida.

Ao PET/Serviço Social da UnB por ser um espaço de crescimento profissional e pessoal.

Ao Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) no Distrito Federal chamado Programa Violeta, por ter me proporcionado a experiência de estágio na temática da violência, em especial, a assistente social Elizabeth Maulaz, a Gizelle Rocha e a Paula Barbosa, por todo apoio e incentivo.

À minha orientadora Ailta Barros de Souza que contribuiu para a elaboração deste trabalho.

Aos professores do departamento de Serviço Social que contribuíram na minha formação acadêmica e aprimoramento do meu senso crítico.

Aos técnicos administrativos do departamento de Serviço Social.

A todos os servidores da UnB.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar as possibilidades e limitações da atuação do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência Contra Mulheres (PAV). Analisa-se ainda as contribuições do Serviço Social como partícipe fundamental do Programa na viabilização dos direitos em assistência à saúde às mulheres vítimas de violência sexual. Também se apresenta a violência sexual contra mulheres como causa e consequência de modelos societários construídos com base no patriarcado e reforçado por hábitos e práticas culturais reproduzidos cotidianamente a partir de relações hierárquicas e desiguais entre homens e mulheres. A pesquisa bibliográfica foi o recurso adotado a partir de uma abordagem qualitativa que permitiu ainda interpretações sobre o fenômeno da violência de gênero e suas manifestações na sociedade brasileira. A consulta a leis e a manuais de atendimento a vítimas de violência doméstica foi outro recurso decisivo para a elaboração deste trabalho. Busca-se discutir a questão da violência contra mulheres como questão de saúde pública e apontar também a sua relação com a educação e a cultura, duas possibilidades alternativas de se construir outros modos de pensar e de realizar a igualdade de gênero e de tratamento entre as pessoas. Outra fonte subsidiária e decisiva para a elaboração da presente monografia foi a realização de Estágio Supervisionado Curricular I e II em Serviço Social, que levou a autora a estudar em profundidade o serviço social e sua relação com a proteção e defesa de direitos com ênfase na questão do gênero e suas manifestações e consequências. Espera-se oferecer maior visibilidade à violência sexual contra mulheres no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos resultados da violência de gênero no Brasil. A conquista de leis mais avançadas e serviços especializados às vítimas de violência sexual é resultado de uma luta histórica das mulheres brasileiras, mas o trabalho aponta para as limitações impostas pelas estruturas tradicionais e pela falta de vontade de se transformar as leis em realidade.

**Palavras-chave:** Violência Sexual. Mulheres. PAV. Serviço Social.

## ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the possibilities and limitations of the work of the Research Program, Assistance and Surveillance Violence Against Women (VAP). It also analyzes up the contributions of Social Work as a key participant in the program in facilitating the rights in health care for women victims of sexual violence. It also presents the sexual violence against women as a cause and consequence of corporate models built based on patriarchy and reinforced by cultural habits and practices reproduced daily from hierarchical and unequal relations between men and women. The literature search was adopted resource from a qualitative approach also allowed interpretations of the phenomenon of gender violence and its manifestations in Brazilian society. Consultation with laws and service manuals to victims of domestic violence was another decisive resource for this study. The aim is to discuss the issue of violence against women as a public health issue and point out its relationship with education and culture, two alternative possibilities to build other ways of thinking and to realize gender equality and equal treatment of the people. Another subsidiary and decisive source for the preparation of this monograph was the realization of Stage Supervised Curricular I and II in Social Work, which led the author to study in depth the social service and its relationship with the protection and advocacy with emphasis on the issue the genre and its manifestations and consequences. It is expected to provide greater visibility to sexual violence against women in the context of the Unified Health System (SUS) as a result of gender violence in Brazil. The conquest of most advanced laws and specialized services to victims of sexual violence is the result of a historical struggle of Brazilian women, but the work points to the limitations imposed by traditional structures and the lack of will to transform laws into reality.

**Keywords:** Sexual Violence. Women. VAP. Social Service.

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>Aspectos Metodológicos.....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo 1 – Violência contra as mulheres no Brasil: Uma perspectiva histórica.....</b>	<b>13</b>
1.1 Relações de gênero e violência .....	18
1.2 A luta do movimento de mulheres e do movimento feminista em prol de uma vida sem violência.....	21
1.3 Ordenamento jurídico brasileiro no que tange à violência contra as mulheres.....	25
1.3.1 Lei Maria da Penha .....	25
1.3.2 Lei nº 12.015/2009 – Os crimes sexuais conforme nova lei.....	26
1.3.3 Lei 13.104/2015 - O crime de feminicídio .....	30
<b>Capítulo 2 – A violência sexual contra mulheres no campo da saúde pública brasileira.....</b>	<b>32</b>
2.1 Trajetória da inclusão da violência contra mulheres como uma questão de saúde pública.....	33
2.2 Modelos de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) .....	34
2.3 A violência sexual como produto da violência de gênero e seus desdobramentos no SUS.....	37
<b>Capítulo 3 – O atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) na rede de saúde do Distrito Federal .....</b>	<b>41</b>
3.1 Criação do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) .....	41
3.2 Natureza e Tipologia da Violência na Rede de Saúde do Distrito Federal .....	43

3.3 Ações Estratégicas do PAV no fortalecimento dos direitos das mulheres vítimas de violência sexual .....	47
3.3.1 Acolhimento, Atendimento e o protagonismo do Serviço Social .....	47
3.3.2 Vigilância à Violência Sexual e Serviço Social.....	52
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>56</b>
<b>Referências.....</b>	<b>58</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>65</b>
Anexo A – Ficha de Notificação/ Investigação Individual, Violência Doméstica, Sexual e/ ou outras Violências Interpessoais (frente e verso) .....	65
Anexo B – Listagem dos PAVs .....	67



## INTRODUÇÃO

A violência de gênero que acomete milhares de mulheres no Brasil, apresenta como um dos seus resultados a violência sexual, notadamente contra mulheres e crianças e adolescentes meninas. Através da coleta de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta que, em 2011, 88,5% das vítimas de violência sexual são mulheres, mais da metade tinha menos de 13 anos e, desses, 46% não possuíam Ensino Fundamental completo. A mesma fonte de pesquisa indica que, nos casos de estupros, 70% das notificações denunciam os estupros cometidos contra crianças e adolescentes, sendo que o principal agressor é homem, independentemente da faixa etária da vítima (IPEA, 2014, p. 8-9).

Os dados supracitados revelam que os abusos sexuais iniciam-se muito cedo na vida das mulheres, ou seja, na infância, prejudicando o desenvolvimento pessoal, psicológico, emocional e físico, que, na fase adulta, costumam ser vítimas de outras formas de violência. As consequências desse processo são as altas taxas de morbimortalidade desse grupo, além do aumento das demandas por tratamentos de saúde, que terminam por pautar a questão da violência de gênero como uma questão de saúde pública.

Diante disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) traçou, ao longo das três últimas décadas, novas estratégias para a prevenção, promoção e recuperação das situações de violências, através de novas leis, resoluções e portarias para melhorar a qualidade do atendimento a mulheres. A aprovação da Lei Nº 11.340, em agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, apresenta-se como um símbolo da luta das mulheres brasileiras, personificada na pessoa de Maria da Penha, que precisou recorrer aos tribunais superiores internacionais para fazer valer o seu grito de socorro e pedido de proteção face às ameaças cotidianas de violação da sua integridade física, pelo seu próprio marido, que a levou, face à omissão do Estado Brasileiro em suas instâncias federal e estadual, à condição de paraplégica em função de mais de duas tentativas de homicídio. Dado o clamor das mulheres e de setores progressistas da sociedade, a Justiça Brasileira, após o reconhecimento da violação de direitos de Maria da Penha, também buscou aprimorar suas leis para a punição dos casos de violência sexual. A Lei 12.015/2009, que trata dos crimes

contra a dignidade sexual, constituiu mais um passo importante no sentido de coibir as condutas violentas e os atentados contra a dignidade e a liberdade sexual.

Isto posto, pode-se afirmar que a violência sexual não é pauta exclusiva do setor de saúde, mas também da sociedade brasileira em seu conjunto e das Instituições da Justiça e de Segurança Pública. A fim de analisar as potencialidades das leis e das medidas de políticas públicas, conduzimos pesquisa e elaboramos o presente trabalho de conclusão de curso que analisa uma ação específica, qual seja, o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) da Rede de Saúde do Distrito Federal, colocando ênfase nas contribuições do Serviço Social enquanto profissão cujo exercício está pautado na defesa intransigente de direitos e no empoderamento dos sujeitos mulheres em suas relações com os direitos sociais, notadamente o direito à assistência em saúde face às situações de violência sexual.

Além do objetivo geral do trabalho, que é analisar as possibilidades e limitações da proposta de atuação do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) da Rede de Saúde do Distrito Federal, os objetivos específicos que se pretende alcançar são: identificar as tipologias das violências e suas características; a proposta de funcionamento do PAV no âmbito do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal; as possibilidades e dificuldades da atuação do PAV frente às demandas de saúde das vítimas de violência sexual e as contribuições do trabalho do (a) assistente social para a viabilização dos direitos das mulheres vítimas de violência sexual.

Assim, o presente trabalho de conclusão de curso é resultado das vivências proporcionadas à autora durante sua inserção em campo de estágio, que foi realizado no PAV Violeta, localizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) no ano de 2014. Tal atividade foi decisiva no sentido de proporcionar à aluna o acompanhamento de vários casos de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e idosas, ao mesmo tempo em que proporcionou oportunidade mais ampla para compreender com mais profundidade acadêmica as relações de gênero como determinantes de padrões de comportamentos que reiteram a lógica da submissão, das desigualdades e da violência inerentes à sociedade brasileira e aos grupos socialmente marginalizados e excluídos como crianças, mulheres e pessoas idosas.

Nessa linha, propõe-se a responder à seguinte pergunta de pesquisa: como se operacionaliza a proposta de atuação do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência (PAV) na rede saúde do Distrito Federal, e, como atua o Serviço Social no âmbito do PAV, a fim de viabilizar a garantia dos direitos à saúde para as mulheres vítimas de violência sexual?

Como Hipótese parte-se do pressuposto que as mulheres são as principais vítimas de crimes sexuais e homens são os principais autores dessa violência, visto a formação das relações de gênero na sociedade brasileira. E que o trabalho do PAV, e do Serviço Social no âmbito de Programa, são imprescindível para o acolhimento, atendimento e fortalecimento dos direitos das mulheres e para a articulação com os demais profissionais e com a rede intersetorial de políticas públicas.

Dessa maneira, este trabalho está estruturado da seguinte forma: inicialmente apresentamos a introdução, seguido pelos aspectos metodológicos utilizados para a construção do estudo e mais três capítulos. O primeiro capítulo aborda a construção histórica da violência de gênero no Brasil, em um breve resgate histórico sobre a trajetória histórica das mulheres no país, a fim de mostrar como as mesmas lutaram por uma vida sem violência e chegaram a conquistar direitos, consagrados em leis e ações ao longo do tempo. Em seguida, o segundo capítulo traz um panorama geral sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, e sobre como a violência sexual transformou-se em questão de saúde pública decisiva, no sentido de demandar políticas públicas para o atendimento a mulheres vítimas de violência. O terceiro capítulo refere-se à lógica de funcionamento do Programa de Atendimento a Vítimas de Violência – PAV, na saúde pública federal, tendo como eixo de análise a Rede de Saúde do Distrito Federal. Finalmente, discute-se, através de uma análise crítica sobre como o programa e o trabalho do Serviço Social no âmbito deste, apresenta impactos na garantia de direitos para as mulheres em situação de violência sexual.

Em resumo, o trabalho do PAV DF e do Serviço Social no âmbito do Programa são imprescindíveis no atendimento, acolhimento e vigilância as mulheres vítimas de violência sexual, pois reconhece as demandas em saúde das mesmas e buscam uma articulação em ações intra e inter setorial para a viabilização dos direitos das mulheres.

## **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

O objetivo do trabalho é realizar uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, que apresenta como objetivo central o aprimoramento de ideais, desenvolvida através de pesquisa bibliográfica, que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema (GIL, 2002, p.44-45). No caso, iremos explorar o tema da violência sexual e a garantia de direitos à saúde para as mulheres vítimas dessa violência.

Para a realização do presente trabalho, adotou-se a análise dialética com base no materialismo histórico, pois compreendemos que ela constitui a base teórica que orienta e sustenta a formação profissional em Serviço Social, tal qual expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo Despacho do Ministro da Educação em 4/7/2001, publicado no Diário Oficial da União de 9/7/2001, Seção 1e, p. 50, e que formam as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Serviço Social. Com isso, baseamos nossos estudos na trajetória histórica das mulheres para compreendermos o processo da construção da violência de gênero no Brasil, que desemboca nas altas taxas de morbimortalidade entre mulheres vítimas de violência. E um dos resultados desse processo é a violência sexual que será estudada através de várias fontes bibliográficas.

Foram consultados e citados ao longo do trabalho, tais como legislações, relatório de estágio e diário de campo da autora, manuais para atendimento a vítimas de violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal, artigos em bases de dados e demais publicações de Centros de Pesquisa e órgãos governamentais, que fazem o enfrentamento e a análise do tema da violência sexual contra mulheres, crianças e idosas no Brasil.

## **CAPÍTULO 1 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA**

A violência afeta diretamente milhões de mulheres em todo o mundo, de todas as raças, credos, etnias e classes sociais. Apesar das manifestações contra a violência em relação às mulheres serem tão antigas quanto a própria humanidade, a violência, enquanto fenômeno social, só começa a ser estudada com mais empenho durante a segunda metade do século XX, devido ao contexto e às sequelas sociais da I e II Guerras Mundiais, além da Guerra Fria, tendo em vista que esses fatores possibilitaram o estudo mais sistemático de atos violentos na sociedade tanto no âmbito público como no privado. (HAYECK, 2009, p.1).

A propósito do tema, por ter um caráter destruidor, a violência adquire um papel social de manter relações de poder legitimados pela dominação - que ocorre tanto na esfera política como na esfera doméstica através da sua banalização (KUYUMJIAN, 1998, p.10).

Ainda segundo Kuyumjian (1998, p.11), a violência deve ser encarada como “um fenômeno incrustado em processos sociais diferenciados, compreendidos pelas histórias sociais de cada sociedade marcada por valores, ritmos e atitudes próprias”. Portanto, a historicidade da violência não pode ser compreendida como inerente à “natureza” humana, visto que, como fenômeno social, ela se constrói historicamente.

A definição de violência adotado no presente estudo é a definição trazida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera violência:

O uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 2002)

Essa definição apresenta as múltiplas causalidades desse fenômeno social, o que introduz uma visão contextualizada e mais ampla acerca dessa temática. A violência contra mulheres deve ser compreendida como um fenômeno social que perdurou durante toda a trajetória histórica das sociedades até a atualidade, e que é perpetrada hegemonicamente pelos homens contra as mulheres. Essa forma específica de violência configura-se como uma violência de gênero. Com isso, iremos trazer a conceituação trabalhada por Saffioti:

Violência de gênero é o conceito mais amplo, abrangendo vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo esta necessidade de fazer uso da violência (SAFFIOTI, 2001, p.115).

No Brasil, a violência de gênero é resultado do sistema econômico escravista que se reproduziu do século XVI até final do século XIX em virtude da colonização das terras e da presença do colonizador português em solo brasileiro. É importante ressaltar que, nesse momento histórico, a colônia brasileira era dominada pelas ordens da metrópole de Portugal - as leis e costumes lusitanos eram norteados pelas ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas, sendo essas últimas as que realmente vigoraram no Brasil durante aquela época. Dessa forma, a colonização se desenvolveu através da inserção de costumes, leis e regras morais que foram impostos às pessoas tanto pelo Estado Português como pela Igreja Católica (DEL PRIORE, 1993, p. 26 e 27).

A propósito ainda do tema, Del Priore (1993) fez uma pesquisa histórica bastante importante para o estudo em questão acerca da condição e do papel da mulher no Brasil entre os séculos XVI e XVIII. A citada autora explica como se deu o adestramento das mulheres para que se submetessem ao regime patriarcal. Afirma que o adestramento pelo qual passaram as mulheres foi acionado por meio de dois importantes instrumentos de ação: o primeiro, um discurso sobre padrões ideais de comportamento, importado da Metrópole, tendo nos moralistas, pregadores e confessores os seus mais eloquentes porta-vozes; já o segundo, foi a domesticação da mulher através do seu corpo, com o discurso normativo médico ou físico sobre o funcionamento do corpo feminino (DEL PRIORE, 1993, p 26 -32).

Neste ponto, além da Igreja e do Estado, considera-se a contribuição da família para esse árduo processo de adestramento das mulheres. Segundo Araújo (1997, p. 49), “o adestramento da sexualidade, como parece claro, pressupunha o desvio dos sentidos pelo respeito ao pai, depois ao marido, além de uma educação dirigida exclusivamente para os afazeres domésticos”. Esse adestramento doméstico e sexual é voltado para as mulheres brancas, um corpo que tem a função

social de gerar e educar os filhos dos colonos seguindo os preceitos religiosos, morais e jurídicos da época.

Segundo as ideias e estudos de Araújo, pondera-se que:

Finalmente, com prazer ou sem prazer, com paixão ou sem paixão, a menina tornava-se mãe, e mãe honrada, criada na casa dos pais, casada na Igreja. Na visão da sociedade misógina, a maternidade teria de ser o ápice da vida da mulher. Doravante, ela se afastava de Eva e aproximava-se de Maria, a mulher que pariu virgem o salvador do mundo. (ARAÚJO, 1997, p.53).

Nessa mesma perspectiva, DEL PRIORE afirma também:

Adestrar a mulher fazia parte do processo civilizatório, e, no Brasil, esse adestramento fez-se serviço à colonização (DEL PRIORE, 1993, p.27). As mulheres que não se encaixavam nos parâmetros sociais da Igreja e da medicina eram consideradas mulheres luxuriosas, diabas, sereias e medusas. Há uma nítida animalização e construção da ideia de pecado e da doença sobre essas mulheres. [...] Por ser a luxúria personificada numa mulher, e por serem as mulheres as vítimas mais frequentes, o discurso sobre o corpo lascivo divulgava a preocupação da Igreja com o pecado, mas, sobretudo, revelava o empenho institucional em atacar a sexualidade feminina não normatizada ( DEL PRIORE, 1993:179-83).

É interessante ressaltar que a mulher branca, esposa do colono, passa por um processo de violência que se dá por meio de um controle corporal. O corpo da mulher branca é concebido pela sociedade, Igreja e médicos como um “templo para a procriação”, no qual a sensualidade e o prazer sexual são taxados como profanos. A Igreja doutrina as mulheres brancas para uma vida de abnegação aos seus filhos, marido e aos cuidados com o lar. É, portanto, nesse período, que a construção da imagem social de mulher honesta e desonesta surge. Caso se desviasse desse padrão de comportamento, a mulher sofria fortes censuras sociais, sendo classificada como “da vida”, “meretriz”, etc. Logo, as condutas referentes ao sexo feminino estavam sujeitas à égide de severas leis morais, por meio das quais se criou a distinção. Nesse sentido, Del Priore explica que, “além de submeter-se às regras morais, deviam as mulheres deixar-se aprisionar em uma carapaça de aparências, na qual o vestir, o olhar, o recender seriam indicativos de bom ou mau comportamento”. Del Priore (1997: 116).

Por outro lado, o homem branco e livre possuía privilégios, como de ter e de praticar relações extraconjugais sem qualquer represália, possuindo, ainda, poder político e autonomia sobre sua vida (GIORDANNI, 2006, p.66).

Além disso, deve ser considerada neste estudo a questão racial, pois ela é fundante para diferenciar os papéis sociais e sexuais entre as mulheres brancas e negras em uma sociedade com base escravista na época colonial. Gonzalez (1984, p. 224-240), autora que trabalha com questões específicas no que tange à construção da imagem das mulheres negras no Brasil, apresenta duas importantes categorias sobre esse tema: o racismo e o sexismo. Para essa autora, dois grandes mecanismos de diferenciação quanto à construção das feminilidades de mulheres brancas e negras, uma vez que se desenvolvem a partir de papéis sociais distintos. Essa ideia defendida por Gonzalez não desmerece nem hierarquiza as opressões sobre as mulheres, sejam elas brancas ou negras, mas proporciona um olhar mais ampliado sobre a realidade da construção das diversas feminilidades no nosso país.

Percebe-se que o mesmo tratamento que davam às mulheres brancas não era destinado às negras e índias, já que estas serviam para os prazeres dos colonos, isto é, modelo escravista resultava em especificidades para as mulheres negras, indígenas e brancas em relação ao homem branco. Segundo Priore (1993, p. 25), “as marcas desse penoso caminho feito de preconceitos e estigmas sociais tanto se refletiam nas relações entre os sexos, quanto acentuavam as diferenças entre as próprias mulheres”.

De fato, vários atos foram cometidos contra as mulheres negras, desde a hiperssexualização dos seus corpos até o transformar dessa mulher em a “mãe preta”, ou seja, a mulher que cuidava dos filhos das mulheres brancas e dos afazeres domésticos da casa.

A “mãe preta” era a mulher negra que cuidava, alimentava, passava valores e costumes para os (as) filhos (as) das mulheres brancas na época colonial. A autora apresenta duras críticas a esse processo da maternidade negra: “a branca a chamada legítima esposa, é justamente a outra que, por impossível que pareça, só serve para parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso a ‘mãe preta’ é a mãe” (GONZALEZ, 1984, p.235).

Dessa forma, vê-se que a violência no Brasil Colônia se desenvolve através da hierarquização dos corpos – o que significa dizer que o corpo feminino é inferior ao do homem; logo, servirá como algo a ser dominado e explorado ou visto como mero receptáculo para a concepção de bebês.



Nessa abordagem específica, a colonização também possui um sentido emblemático quando se observa que uma das primeiras ações dos colonizadores (além da exploração da terra e da mão de obra dos povos) tenha sido a exploração sexual das mulheres nativas. Retira-se do outro a “posse” sobre suas mulheres - o que representa uma simbologia de destruição do inimigo, já que lhes são retirado todos os seus recursos e riquezas, e a mulher é colocada nesse patamar, ou seja, é só mais um objeto a ser roubado e usufruído.

Diante disso, com a mistura entre as raças, muitas vezes não de modo consentido, verifica-se que o processo brasileiro de miscigenação possui raízes bastante amargas, visto que se iniciou através de dor e medo, pois as mulheres nativas e africanas eram estupradas pelos colonos e, conseqüentemente, geravam filhos “bastardos” (GIORDANI, 2006, p.65).

A esse respeito, a violência contra as mulheres no período colonial compreendida minimamente nesse pequeno histórico nos revela elementos, situações e preconceitos que estão presentes até hoje em nossa sociedade, obviamente com novas roupagens, mas a essência continua a mesma. Percebe-se, então, que as raízes da violência contra a mulher são muito profundas; daí, talvez, seja por isso que seja tão difícil bani-la de vez de nossa sociedade.

Nesse sentido, não será demais lembrar que o sistema patriarcal da época colonial negou às mulheres seus direitos sociais, civis e políticos. A Ordenação Filipinas, que regia o direito de Portugal e de suas colônias, considerava a mulher como uma propriedade de seu marido e, caso houvesse um caso de traição por parte da mulher, o homem teria a autorização de matar sua esposa e o amante seria exilado na África por período mínimo de três anos. No entanto, a recíproca não se aplicava aos homens quando esses traíam suas esposas.

Nestas condições, com o passar das décadas, as mulheres continuaram em uma situação de subalternidade em relação aos homens. No período republicano, dispomos do Código Civil de 1916, no qual a mulher casada era tida como incapaz de gerir sua própria vida, o que a levava a depender do marido para o exercício de vários direitos civis restritos, que eram outorgados segundo a autorização do marido. Apenas em 1932 o direito ao voto feminino foi garantido no Código Eleitoral do Brasil. E em 1940, o Código Penal Brasileiro aceitava que os crimes passionais (crimes cometidos por homens que matavam suas companheiras em nome de sua

honra) não fossem punidos severamente, não levando, muitas vezes, o agressor à prisão. Esses elementos jurídicos são exemplos imprescindíveis para observarmos as desigualdades entre homens e mulheres legitimadas pelas leis, resultado das relações sociais desiguais entre os sexos. Apenas na Constituição de 1988, pela primeira vez, a legislação brasileira coloca homens e mulheres em patamar de igualdade em direitos e deveres, no artigo 5º inciso I.

Desse modo, percebemos que o ideário patriarcal, apesar de todo seu arcabouço ideológico pautado na Igreja, nas recomendações do Estado e em um modelo de família patriarcal, não conseguiu a almejada submissão completa das mulheres - a luta sempre existiu, em todos os tempos históricos, as resistências no âmbito público e privado também fazem parte da história das mulheres (história inviabilizada pelos tradicionais livros e até pelo acesso restrito à literatura que conta as trajetórias femininas nas lutas em prol de sua liberdades).

No entanto, apesar das lutas, as consequências do sistema patriarcal exercido de forma sistemática durante séculos estão evidentes na contemporaneidade, o produto mais visível disso é a violência contra as mulheres, violência pautada nas relações de gênero que apresentam novas roupagens e particularidades no século XXI.

### **1.1 Relações de gênero e violência**

As desigualdades e opressões vivenciadas pelas mulheres são frutos da hierarquização e subordinação do gênero feminino perante o masculino - consequências do Patriarcalismo instaurado no Brasil Colônia pelos Portugueses, que apresenta ainda suas nuances na atualidade, em um novo sistema econômico, chamado capitalismo, e com novas configurações nas relações sociais. Soma-se a isso questões referentes à classe social, raça/etnia, geração e sexualidade para a agudização da violência de gênero.

Além disso, uma ideia muito utilizada que busca legitimar as desigualdades de gênero é o essencialismo biológico, que retrata as mulheres como inerentes a uma “natureza” feminina de fragilidade, submissão, delicadeza e cuidado. Isso é retrato da deturpação de questões corporais e fisiológicas das mulheres, ou seja, do fato de possuírem sistema reprodutivo, cria-se uma distorção da realidade para

essas mulheres, já que engessam a sua vida a um ideário de maternidade, casamento e relações heterossexuais.

Definitivamente, não obstante os avanços políticos, econômicos e sociais das mulheres, essa ideia descrita ainda é muito forte na nossa sociedade, como a história esperada para a trajetória de vida das mulheres. Aos homens cria-se um imaginário social de força, aventura, um ser pensante que tem poder sobre sua vida e sobre a sua família, o provedor do lar, o “chefe da família”. A criação nítida de papéis sociais e sexuais entre os sexos, a hierarquização e engessamento dessa ideia como central para o “bom” funcionamento da sociedade constitui a porta de entrada para a violência de gênero.

Nesse sentido, para as mulheres, construiu-se, a partir do seu sexo, uma ideia de natureza na qual tem-se fatos congênitos, constantes e imutáveis, ou seja, a construção de mulheres presas à sua fisiologia corporal, como se esse fator fosse o único determinante para definir suas histórias de vida. Para os homens, a partir de seu sexo, construiu-se a ideia de cultura, homens que se constroem, adquirem e são mutáveis, ou seja, o sexo possui um significado de construção da sua própria história, sem os limitantes que as mulheres sofrem de forma mais sistemática (SUARÉZ, 2000, p.3).

Portanto, é importante ressaltarmos e problematizarmos que a violência contra as mulheres é uma violência de gênero, não apenas como “uma violência de um homem contra uma mulher”, descrita como casos individuais e esvaziada de conteúdo ideológico, histórico e cultural. O termo “gênero” é um conceito analítico e político que será usado no decorrer do trabalho, visto sua importância para desvelar as relações sociais no contexto brasileiro.

Sobre esse termo, pondera-se que:

Gênero é uma categoria engendrada para se referir ao caráter fundante da construção cultural das diferenças sexuais, a tal ponto que as definições sociais das diferenças sexuais é que são interpretadas a partir das definições culturais de gênero (MACHADO, 1998, p.5)

Neste enfoque, o termo gênero pode ser utilizado para indagar sobre as mais variadas sociedades e culturas com flexibilidade para analisar a sua historicidade (MACHADO, 1998, p. 6). Sendo assim, percebemos que as relações de gênero estão associadas essencialmente às relações de poder, uma vez que estigmatizam e cria papéis sociais fixos, repleto de privilégios, desigualdades, hierarquias,

estereótipos e a ideia de opostos (forte-fraco), na naturalização dos papéis do que é ser homem e mulher.

Nesta perspectiva, no Brasil, que possui dimensões continentais, a perspectiva de gênero nos fornece elementos para analisarmos as nuances da violência de gênero com mais profundidade, por exemplo, quais violências as mulheres mais sofrem? Em que local e quais são as relações de poder que perpassam a lógica da violência em uma visão crítica e propositiva para mudarmos esse quadro?

Na mesma linha, outra autora que contribui para o estudo do termo gênero é Suárez (2000, p. 2) que o utiliza como forma política para desnaturalizar o essencialismo biológico feminino e compreender homens e mulheres como seres diferentes, mas não desiguais. É nítido que a categoria gênero não é sinônimo de feminino, mas é fruto de construções históricas, culturais e econômicas sobre a construção de masculinidades e feminilidades e sobre como elas se relacionam. Essa ideia é de extrema importância para compreendermos a construção da cultura de violência contra as mulheres e como esse fenômeno é oriundo das relações de gênero.

De acordo com Saffioti (2001, p.115), a ideologia de gênero por si só é insuficiente para legitimar a dominação das vítimas (crianças, adolescentes, mulheres e idosos) em potenciais, aos ditames do patriarca, assim a violência é utilizada como instrumento para legitimar o poder homem sobre esses grupos.

Mas a violência é vista comumente como briga de “marido e mulher”, em uma “doença mental” que acometeu um homem ao matar uma mulher, em fatos isolados, sem conexão com a historicidade sobre como as mulheres foram oprimidas ao longo dos séculos apenas por serem mulheres.

Com a explanação de Saffioti sobre violência de gênero, podemos corroborar seus argumentos através do Mapa da Violência de 2015, elaborado pelo Governo brasileiro, no qual percebemos indícios que balizam o argumento acima:

As jovens e as adultas, de 18 a 59 anos de idade, o agressor principal é o parceiro ou ex-parceiro, concentrando a metade de todos os casos registrados. O local privilegiado da violência não letal para ambos os sexos; significativamente superior para o sexo feminino (71,9%) em relação ao masculino (50,4%). Com poucas exceções geográficas, a população negra é vítima prioritária da violência homicida do país (MAPA DA VIOLÊNCIA 2015, p.29-51)

Dessa forma, os dados estatísticos obtidos por intensos estudos nos proporcionam uma visão real da situação de catástrofe pública que a violência contra as mulheres é exercida na sociedade brasileira. A violência de gênero é nitidamente uma violência estruturada a partir de relações assimétricas entre homens e mulheres, que perpassa vários momentos históricos e que legitimou na cultura do povo brasileiro as práticas violentas contra suas mulheres. Essas práticas violentas incidem sobre a sexualidade e os corpos femininos e, assim, surgem diversas formas de violência contra as mulheres. Com isso, se faz necessário compreendermos um pouco da luta das mulheres em prol de uma vida sem violência e seus desdobramentos.

## **1.2 A luta do movimento de mulheres e movimento feminista em prol de uma vida sem violência**

A luta mais sistemática politicamente na defesa de condições dignas de vida, direitos sociais, políticos e econômicos para e pelas mulheres perdura durante longas décadas antes da Constituição de 1988 até a promulgação desse marco jurídico.

A partir de 1988, pela primeira vez nas legislações do Brasil, com a consolidação do regime político democrático e suas instituições públicas, temos o processo de adequação das leis em consonância com os parâmetros dos direitos humanos. Em consequência disso, as mulheres alcançaram progressos no âmbito público e privado.

Nesse sentido, as mulheres são colocadas em patamar de igualdade perante os homens. Assim, temos vários pontos positivos no que tange aos direitos das mulheres, como no artigo 5º, inciso I: “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”. Além desse, o artigo 6º registra ainda:

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

E no Art. 226, parágrafo 5º: “Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos pelo homem e pela mulher”.

Esses artigos, incisos e parágrafos promovem, dentro da Constituição, um marco para a igualdade de gênero; com isso algumas leis específicas para as mulheres foram necessárias, visto que a questão biológica da gravidez e da amamentação é inerente ao sexo feminino e, sendo assim, esses pontos precisavam ser resguardados por força da lei.

No Art. 7, inciso XVIII, da Constituição Federal do Brasil de 1988, temos a “licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias”. No inciso XX, “proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei”. No inciso XXX, “proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil”.

Desse modo, percebemos ganhos reais nos direitos e garantias para as mulheres, mas, apesar das conquistas, ainda temos um longo caminho a trilhar. No art. 226, inciso 8º, “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”.

Com base nesse inciso, temos a estruturação da Lei nº. 10.778/2003, que prevê a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres quando forem atendidas nos serviços de saúde pública ou privada e a Lei nº. 11.340/2006, conhecida como a Lei Maria da Penha, que tem como intuito a prevenção e o combate à violência contra as mulheres.

É interessante observar que o ordenamento jurídico posiciona a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública - em vista os agravos em saúde, a taxa de morbimortalidade - e como um caso de justiça. Sendo assim, a Lei Maria da Penha possui extrema importância para a proteção da vida das mulheres.

Além disso, no século XXI, não temos mais os casamentos arranjados com a mesma intensidade de antigamente. As mulheres trabalham, votam, estudam, possuem uma flexibilidade no que concerne a sua liberdade sexual, são chefes de família, empresárias, possuem os mesmos direitos que os homens perante a lei, mas, apesar de todas essas conquistas, não acabamos com a violência.

Ora, as conquistas legais que são preconizadas na Constituição de 1988 e nas práticas sociais da cultura brasileira no que concerne o bem-estar das mulheres

provém de décadas de lutas sistemáticas para a conquista de leis e políticas públicas voltadas para as mulheres.

Assim, um breve resgate sobre essas lutas se faz necessário para compreendermos como a violência contra as mulheres tornou-se questão de saúde, de justiça e de tensionamentos culturais no Brasil.

Em termos históricos, no ano de 1964, o Brasil sofreu um golpe militar, que restringiu os direitos civis e políticos da sociedade brasileira, com isso o movimento de mulheres travou uma luta em prol da construção do regime democrático de direitos e por uma vida com mais equidade perante os homens, já que as mulheres de classe média ocupavam postos de trabalho e estudavam em universidades, mas ainda eram desvalorizadas e vítimas de constantes violências, tanto dos agentes estatais como dos homens do seu convívio familiar.

De fato, o feminismo brasileiro iniciou-se com as mulheres da classe média no contexto de Ditadura Militar, período em que esse movimento se chamava “movimentos de mulheres” e houve uma articulação com as mulheres de camadas populares e organizações de bairro, surgindo assim um movimento interclasses. (SARTI, 2004, p.39)

Nessa linha, como movimento acadêmico, o feminismo se funda principalmente a partir da década de 1970, com a inserção das mulheres nas universidades. O feminismo baseia-se na construção crítica de um novo saber científico, que questiona a dominação masculina que excluiu as mulheres do saber científico, da construção histórica e dos espaços de decisão política. Com isso, introduz-se uma percepção de gênero/sexo, raça/etnia e classe sociais para a compreensão da construção histórica sobre a vida das mulheres.

Nessa conjuntura, de profundo desagrado das mulheres com sua condição circunscrita na história, o campo acadêmico do feminismo ganhou também força na construção de um movimento político organizado. As feministas se integraram ao movimento de mulheres, o qual, por sua vez, se aliou aos movimentos sociais para pressionar a sociedade e o Estado por condições mais dignas de vida, que iam desde uma estrutura urbana básica até a luta contra o autoritarismo ditatorial.

Ainda, nesse processo, temos um feminismo que, inicialmente, surgiu de mulheres intelectualizadas e de classe média, mas que, com o decorrer do tempo, teve suas pautas popularizadas nas mais variadas camadas sociais. Pautas como

trabalho, direito a uma vida sem autoritarismo do patriarca, estudo acadêmico, acesso aos métodos contraceptivos, entre outros.

No final da década de 1970, com o reconhecimento em 1975 pela ONU, no que se refere à situação das mulheres como problema social, o feminismo ganha mais visibilidade e passam a questionar e estudar a questão das mulheres como uma questão de gênero. É interessante ressaltar que o movimento feminista é apenas uma parte do movimento de mulheres que lutaram naquele período.

Nesse sentido, o movimento feminista, na década de 1980, penetrou nos mais variados espaços, como associações profissionais, partidos, sindicatos, além de muitos grupos feministas se organizarem em forma de organizações não governamentais (ONG) para influenciarem a formulação de políticas públicas. A produção acadêmica também foi intensa no período, em especial sobre a questão da violência contra as mulheres, que começou a ser vista como uma questão de saúde pública (SARTI, 2004, p.42)

Naquele período de transição política de um regime ditatorial para um regime democrático, temos uma intensa articulação do movimento de mulheres através do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) para a viabilização de direitos e garantias na formulação da nova constituinte. Assim, o Conselho envia aos Constituintes de 1987 uma carta fruto da “Campanha Mulher e Constituinte”, que escudou demandas das mulheres em todo o país.

Aquela carta foi escrita em princípios gerais, com reivindicações específicas nos quesitos família, trabalho, saúde, educação e cultura, violência e questões nacionais e internacionais. Algumas pautas foram a igualdade entre cônjuges (homens e mulheres) no que se refere ao poder da família; deveres e direitos; criação do Sistema Único de Saúde; criminalização de quaisquer atos que envolvam agressões físicas, psicológicas ou sexuais à mulher, fora e dentro do lar; exclusão do termo “mulher honesta” do ordenamento jurídico; criação de delegacias especializadas no atendimento à mulher, entre outras pautas reivindicatórias.

Com a “Carta das mulheres aos Constituintes”, uma medida voltada para atender as demandas femininas, várias emendas foram enviadas aos parlamentares com o intuito de inserir na Constituição Federal a garantia dos direitos das mulheres. Esse movimento político foi chamado de “*lobby do batom*”. A luta ultrapassou as fronteiras do Brasil e resultou em pactos e acordos internacionais que foram



engendrados pelo Governo Brasileiro, como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994, passando a vigorar no Brasil no dia 27 de dezembro de 1995.

Conhecida como a “Convenção de Belém do Pará”, esse instrumento legal reconhece os direitos das mulheres como direitos humanos e reconhece as desigualdades entre o gênero masculino e feminino. Em seu capítulo 1º, define as violências que as mulheres sofrem; no capítulo 2, relata os direitos protegidos; no capítulo 3, trata dos deveres dos Estados; e no capítulo 4, trata das disposições gerais.

Na sequência, no dia 28 de setembro de 2002, o Governo Brasileiro promulga o Protocolo Facultativo à Convenção das Nações Unidas Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Essa Convenção possui 21 artigos e explica como irá proceder o comitê que analisa as denúncias de violação de direitos das mulheres nos diversos países que aderiram à Convenção.

Do mesmo modo, em 7 de agosto de 2006, com a Lei 11.340, o Governo Brasileiro sanciona a Lei Maria da Penha, um marco memorável na luta contra a violência doméstica que acomete milhões de mulheres brasileiras e altera o Código Penal Brasileiro.

### **1.3 Ordenamento jurídico brasileiro no que tange à violência contra as mulheres**

#### **1.3.1 Lei Maria da Penha**

Anteriormente à Lei Maria da Penha, a violência doméstica era tratada pelas práticas jurídicas como uma questão de âmbito privado, que deveria ser resolvido entre o homem e a mulher. Mas com os altos índices de violência doméstica e o descumprimento dos tratados internacionais nos quais o Brasil foi signatário, na questão da proteção as mulheres para terem uma vida sem violência, esses pontos foram fundamentais para a criação da lei.

A referida lei é em homenagem a Maria da Penha Maia Fernandes, uma cearense e farmacêutica, vítima, por longos anos de espancamentos por parte do

seu marido, além de sofrer duas tentativas de homicídio e ficar paraplégica por causa da violência sofrida. Mas ela criou coragem e denunciou seu agressor.

Apesar de seus esforços, os órgãos brasileiros foram omissos no julgamento e punição do seu agressor e, com isso, o caso de Maria da Penha foi levado para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Aquela Comissão analisou o caso, reconheceu a omissão do Governo Brasileiro e definiu que o Brasil deveria julgar o agressor e criar uma lei em defesa de uma vida sem violência para as mulheres.

Ora, para os direitos fundamentais contidos na Constituição Federal de 1988, as mulheres se encontram em situação de violência doméstica e familiar quando a mulher é vítima de violência por parte de seu marido, companheiro ou com quem a ela conviva ou com quem já teve algum vínculo amoroso. A lei tipifica cinco tipos de violência que ocorrem no âmbito doméstico: violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial.

Isso posto, a violência física ocorre quando a integridade física da vítima é colocada em risco. Já a violência psicológica, configura-se quando a vítima tem sua autoestima afetada por atitudes e ações do agressor, como ameaças, xingamentos, humilhações, entre outros. A violência moral é constituída por atos de calúnias, injúrias e difamações. A violência sexual é quando a vítima é obrigada a manter ou presenciar relação sexual não consentida. Por fim, a violência patrimonial, que consiste em danos, perdas ou retenção de bens que limite financeiramente a vítima;

Sendo assim, a lei trata da assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, do atendimento pela autoridade policial, das medidas protetivas, da atuação do Ministério Público, da assistência judiciária, da equipe de atendimento multidisciplinar e relata as disposições finais.

### **1.3.2 Lei nº 12.015/2009 – Os crimes sexuais conforme a nova lei**

Na conjuntura de aprimoramento das leis em defesa de uma vida mais digna para as mulheres, temos a Lei nº. 12.015/2009, que reformula a questão penal dos crimes sexuais contra as vítimas de violência sexual, colocando penas mais rígidas e melhorando o texto da lei sobre crimes contra a liberdade sexual, crimes sexuais contra vulneráveis, favorecimento da prostituição, tráfico interno e internacional de

pessoas e exploração sexual. Essa lei buscar proteger mulheres, crianças, adolescentes, idosos e homens.

Com certeza, essa mudança no Código Penal é um avanço para o combate à violência de gênero. O ordenamento jurídico é um passo importantíssimo para uma possível mudança de comportamentos culturais violentos contra mulheres, crianças, adolescentes e idosos, que são as principais vítimas desse tipo de crime, perpetrado hegemonicamente por homens.

É importante lembrar que as infrações penais aqui citadas são demandas recorrentes no setor público de saúde. A interlocução entre o ordenamento jurídico e os cuidados em saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde, são frequentes e importantes para a reconstrução de direitos violados.

<b>QUADRO 1 - LEI Nº 12.015 DE 7 DE AGOSTO DE 2009</b>		
<b>CAPÍTULO I - DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE SEXUAL</b>		
<b>TIPO DE CRIME</b>	<b>REDAÇÃO</b>	<b>PENA</b>
Estupro	Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:	Reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.
	§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:	Reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.
	§ 2º Se da conduta resulta morte:	Reclusão de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.
Violação sexual mediante fraude	Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima:	Reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.
	Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.	
Assédio sexual	Art. 216-A. § 2A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.	
<b>CAPÍTULO II - DOS CRIMES SEXUAIS CONTRA VULNERÁVEL</b>		
<b>TIPO DE CRIME</b>	<b>REDAÇÃO</b>	<b>PENA</b>
Crimes sexuais contra vulnerável	Art. 218. Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem.	Reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

<b>CAPÍTULO V - DO LENOCÍNIO E DO TRÁFICO DE PESSOA PARA FIM DE PROSTITUIÇÃO OU OUTRA FORMA DE EXPLORAÇÃO SEXUAL</b>		
<b>TIPO DE CRIME</b>	<b>REDAÇÃO</b>	<b>PENA</b>
Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual	Art. 228. Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone:	Reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.
	§ 1º Se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:	Reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos.
	Art. 229. Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente.	Reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.
Rufianismo	Art. 230 § 1º Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos ou se o crime é cometido por ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por quem assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:	Reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.
	§ 2º Se o crime é cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima:	Reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, sem prejuízo da pena correspondente à violência”
Tráfico internacional de pessoa para fim de exploração sexual	Art. 231. Promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro.	Reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos.
	§ 1º Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la.	
	§ 2º A pena é aumentada da metade se: I - a vítima é menor de 18 (dezoito) anos; II - a vítima, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato; III - se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; ou IV - há emprego de violência, grave ameaça ou fraude.	
	§ 3º Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.	
Tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual	Art. 231-A. Promover ou facilitar o deslocamento de alguém dentro do território nacional para o exercício da prostituição ou outra forma de exploração sexual:	Reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.
	§ 1º Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar, vender ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la.	
	§ 2º A pena é aumentada da metade se:	
	I - a vítima é menor de 18 (dezoito) anos;	

Tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual (continuação)	II - a vítima, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato;	
	III - se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; ou	
	IV - há emprego de violência, grave ameaça ou fraude.	
	§ 3º Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa. (NR)	
Estupro de vulnerável	Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos	Reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.
	§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.	
	§ 2º (VETADO)	
	§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave	Reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.
	§ 4º Se da conduta resulta morte	Reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.
Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente	Art. 218-A. Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem:	Reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.
Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável	Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone:	Reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.
	§ 1º Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.	
	§ 2º Incorre nas mesmas penas: I - quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no caput deste artigo; II - o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verificarem as práticas referidas no caput deste artigo.	
	§ 3º Na hipótese do inciso II do § 2º, constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento.	
(Fonte: Lei nº 12.015/2009, com adaptações).		

### 1.3.3 Lei 13.104/2015 - O Crime de Femicídio

O governo Brasileiro aprimorou ainda mais sua legislação no que tange à violência contra as mulheres. O crime de feminicídio passou a ser nominado e considerado a partir da promulgação da Lei 13.104 de 2015. A lei em questão altera o Artigo 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal Brasileiro, ao definir como feminicídio:

- VI - contra a mulher por razões da condição de sexo feminino:  
§ 2º-A Considera-se que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve:
  - I - violência doméstica e familiar;
  - II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher (Lei 13.104/2015).

Como se pode observar, o feminicídio é o assassinato de uma mulher pela sua condição de ser mulher, uma circunstância qualificadora de crime de homicídio, logo um crime que possui penas mais severas no Código Penal. É importante reconhecer os avanços das legislações no trato aos direitos das mulheres e também no refinamento jurídico para o combate à violência contra as mulheres. Porém, não se pode deixar de mencionar o fato de que as leis por si só não foram e nem serão suficientes para mudar as situações ainda corriqueiras, na sociedade brasileira, de violação de direitos.

Nesta linha, em pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada - IPEA sobre a aplicabilidade da Lei Maria da Penha foram obtidos os seguintes resultados:

Estudo do IPEA avaliou o impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões, por meio de estudo de séries temporais. Constatou-se que não houve impacto, ou seja, não houve redução das taxas anuais de mortalidade, comparando-se os períodos antes e depois da vigência da Lei. As taxas de mortalidade por 100 mil mulheres foram 5,28 no período 2001-2006 (antes) e 5,22 em 2007-2011 (depois). Observou-se sutil decréscimo da taxa no ano 2007, imediatamente após a vigência da Lei, conforme pode-se observar no gráfico abaixo, e, nos últimos anos, o retorno desses valores aos patamares registrados no início do período (IPEA, 2013, p.1).

Com isso, revela-se que as relações de gênero no Brasil não proporcionam às mulheres as condições ideais para uma vida com liberdade e sem violência; ainda temos desigualdades enraizadas no tratamento dos homens dado as mulheres. Basta abrir os noticiários e dados estáticos para percebemos os altos índices de feminicídios, abuso sexual e outros tipos de violência contra as mulheres. Com essa

explanação sobre as diversas violências, iremos trabalhar com mais profundidade a violência sexual, como um fenômeno fruto do patriarcalismo e, conseqüentemente, da violência de gênero, ainda enraizado nas relações sociais no Brasil.

## **CAPÍTULO 2 – A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

A violência contra as mulheres é um fenômeno social que repercute principalmente em sua saúde mental, física, emocional e espiritual. Além disso, o fenômeno é tratado como uma questão de cunho jurídico, social, político, cultural. No entanto, apenas ao final do século XX no Brasil passou-se a tratar a violência contra mulheres como questão de saúde pública. Os altos índices de morbidade e mortalidade da população feminina comprovam que a saúde é um campo privilegiado de atuação e intervenção para a promoção, prevenção e recuperação da saúde das mulheres, notadamente face às demandas provocadas pela violência de gênero.

Dadas essas circunstâncias, as relações de gênero conflituosas têm impactos negativos na saúde das mulheres, provenientes de relações de violência, vista a questão de poderes desiguais entre mulheres perante os homens. Todavia, essa relação não é estática e as mulheres criam muitas vezes mecanismos de autoproteção; porém, muitas vezes são projetos que não conseguem romper o ciclo de violência.

Assim, o presente estudo trata a violência contra as mulheres com base na conceituação de violência contra mulheres prevista na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994) – promulgada pelo Decreto nº 1.973, de 01/08/1996 e conhecida como a Convenção de Belém do Pará (1994), que define, em seu artigo primeiro, a violência como “qualquer ação ou conduta, baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimentos físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. É interessante ressaltar que essa definição é utilizada no Brasil para a fundamentação e elaboração de leis, planos, políticas e programas no que tange a esse tema, tanto na esfera jurídica como no setor de saúde pública.

Dentro dessa compreensão, a evolução, no que se refere à tipologia/conceituação da violência, é um tema que virou questão de saúde pública em um processo que ocorreu de forma gradual, lento e pautado na construção de diversos saberes profissionais e dos movimentos sociais no decorrer das décadas no Brasil.



## **2.1 Trajetória da inclusão da violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública**

Inicialmente, é bom que se diga, a violência contra as mulheres como tema em pauta no cenário social é emergente na década de 1980 no Brasil. O movimento feminista e de mulheres esteve à frente dessa luta, como já mencionado no capítulo 1º. O debate sobre a violência de gênero conduziu o movimento de mulheres e feministas a levar demandas aos órgãos estatais e também proposições de intervenção para amenizar os danos e também agir nos fatores que causam a violência.

Em consequência, o campo da saúde, como esfera da ação governamental, recebeu várias demandas de agravos da saúde resultante da violência contra as mulheres, tornando-se uma das principais portas de entrada no tratamento das violências sofridas por elas. Esses agravos em saúde são discutidos pelos estudos de Minayo (2007):

Foram endereçadas à área de saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero (MINAYO, 2007, p.1261).

Esses fatos nos proporcionam um panorama da comoção que o tema gerou. A agenda positiva do movimento feminista e de mulheres conseguiu avanços junto às instâncias governamentais, como a criação de delegacias especializadas no atendimento às mulheres, casas-abrigos e um fato importante: a implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Tal programa é o início da jornada de conduzir o fenômeno da violência de gênero, como uma questão de saúde pública.

Esse programa pauta os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o que proporciona um destaque sobre a reflexão sobre a violência de gênero (MINAYO, 2007, p.162). Já para Schraiber (2001, p.109), esse programa, “abre portas para se tornar a violência como parte das necessidades de saúde”. Com isso, percebemos o pioneirismo do PAISM e como, no decorrer do tempo, houve avanços na reestruturação do setor de saúde em relação ao tema violência.

## 2.2 Modelos de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Com a integração do serviço de saúde no trato da violência, temos um avanço no primeiro momento como também dificuldades enfrentadas para oferecer um serviço integral para as mulheres. O modelo hegemônico utilizado era o biomédico. Nesse modelo, a saúde era voltada para a cura das doenças, em uma perspectiva de diagnósticos individuais, na qual a saúde era entendida apenas como ausência de doenças, sem levar em conta a subjetividades dos sujeitos e os determinantes sociais.

Essa perspectiva inviabilizava a compreensão da saúde em um sentido mais amplo, o que levava a cuidados de saúde focalizados apenas no processo de cura da doença, sem analisar sob a ótica da totalidade os agravos em saúde das mulheres oriundas das situações de violência. Segundo Cutolo (2016, p. 17), “as ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde”.

Com o avanço das práticas de saúde, o modelo biomédico, ainda que presente na atualidade nos serviços de saúde, não é o modelo hegemônico quando se fala em saúde pública, visto que o movimento de Reforma Sanitária, que desembocou na consolidação do Sistema Único de Saúde, traz à tona um novo modelo em saúde, o modelo biopsicossocial.

Dentro dessa compreensão, o modelo biopsicossocial apresenta uma visão de cuidados em saúde a partir da questão biológica, psicológica e social dos sujeitos. Esse modelo compreende o processo saúde-doença da seguinte forma:

O comportamento de cada ser, bem como suas subjetividades, passavam a ser, teoricamente, considerados importantes para o entendimento da situação em agravos de saúde. A partir de então, surgiram reflexões a cerca da necessidade dos atendimentos em saúde focalizaram-se na promoção, em detrimento da concepção reducionista de apenas tratar uma doença, ou “reparar a máquina”. (STEPHAM, 2011, p. 68).

Assim, a ampliação do conceito do processo saúde-doença com o modelo biopsicossocial e a visão dos determinantes sociais, pautados nas condições socioeconômicas, culturais, ambientais, relações sociais e comunitárias, estilo de vida dos indivíduos e fatores biológicos são consolidados no marco jurídico brasileiro por meio da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990):

Nessa linha, o artigo 196 da Constituição Federal define saúde:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Já o artigo 3º da Lei Orgânica de Saúde, faz referência aos determinantes sociais em saúde, entendendo que

Art. 3º – A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

Com isso, percebemos uma mudança de paradigma nos serviços de saúde, na qual a saúde ultrapassa a lógica do corpo adoecido para uma visão de totalidade dos vários determinantes sociais do processo saúde-doença. Os autores Carvalho e Boss (2008) trabalham em seus estudos a perspectiva dos determinantes sociais:

Enfrentar as causas das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade, envolve, portanto ações não apenas no sistema de atenção à saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais. E, sobretudo, em políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar social (CARVALHO; BUSS; 2008, p. 160).

Neste sentido, a reestruturação no campo da saúde situa o SUS com novos princípios que regem toda sua forma de funcionamento nos diversos serviços e ações em saúde e oferecidos para a população brasileira e, conseqüentemente, a sua lógica de funcionamento se estenderá para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.

Sendo assim, o SUS se organiza baseado nos seguintes princípios:

- Universalidade dos serviços: este princípio pode ser analisado a partir da definição do artigo 196 da Constituição Federal, que considerou a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. O cidadão possui o direito do acesso a todos serviços de saúde público, independente de classe, raça, sexo, orientação sexual, identidade de gênero e questões sociais.

- Integralidade: segundo o artigo 198, inciso II, da CF, compete ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. O Estado deve prover medidas de prevenção, promoção e reabilitação para os usuários do serviço de saúde. Além disso, a atuação intersetorial da saúde com outras diferentes áreas apresenta impactos na saúde e qualidade de vida dos cidadãos.
- Equidade: Todos os cidadãos possuem direitos no acesso aos serviços de saúde, mas esses cidadãos não são iguais, possuindo necessidades diferentes. As ações em saúde terão foco na prioridade epidemiológica, área em que a carência nos serviços de saúde é maior.
- Descentralização: os serviços de saúde estão inseridos em todas as esferas estatais - União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Cada esfera se responsabiliza pelo oferecimento dos serviços de saúde.
- Regionalização: delimitação de uma base territorial para a articulação no atendimento aos serviços e ações do sistema de saúde, levando em conta a divisão político-administrativa do país.
- Hierarquização: organização das unidades de saúde seguindo critérios de complexidade tecnológica dos serviços. Uma rede que articula a baixa, média e alta complexidade dos serviços para o atendimento dos usuários e onde as informações sobre a saúde desses sejam repassadas através da rede de atendimento.
- Participação Social: voltada para o controle social por parte da sociedade em relação às ações e gestão das instituições de saúde em todas as esferas governamentais. Os principais instrumentos de controle social são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Com os princípios estabelecidos acima, o SUS configura-se como um modelo inovador de atenção à saúde, compondo ainda o Sistema de Seguridade Social Brasileira, referido na Constituição de 1988, em seu artigo 194, como “Conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

### **2.3 A violência sexual como produto da violência de gênero e seus desdobramentos no Sistema Único de Saúde (SUS)**

De acordo com o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (2009), a violência sexual consiste em qualquer envolvimento de cunho/conteúdo sexual no qual alguém é coagido à submissão de outrem, sem consentimento, por meio de força física, sedução, ameaça ou influência psicológica de um indivíduo ou coletividade.

De outra parte, a violência sexual é descrita de diversas formas; não temos um conceito único sobre essa questão. Porém, o conceito adotado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal está em consonância com o Código Penal Brasileiro por meio da Lei nº 12.015/2009 e também com o conceito de violência adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ainda, a violência sexual, de acordo com Drezett, um médico do SUS:

a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma inaceitável e brutal violação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Não obstante, é igualmente necessário compreendê-la como problema de saúde pública (DREZETT, 2007, p.81).

Dito isso, um ponto que une as diversas formas de violência sexual contra as mulheres é a relação desigual de poder entre a vítima e o autor da violência, ou seja, os homens. Uma das expressões da violência sexual, que acomete milhões de mulheres brasileiras, é o estupro. O estupro no contexto social, é uma ação violenta que ocorre de forma corriqueira, em situações diversas e banalizadas pela sociedade.

Ora, segundo a Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009, no capítulo que trata dos crimes contra a liberdade sexual, o estupro é definido como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (conforme artigo 213). Como se sabe, não é o estupro a única forma de violência contra as mulheres, nem mesmo é a única forma de violência sexual, uma vez que os dados trazidos pelo presente estudo apresentam ainda a violência sexual quando a vítima é obrigada a presenciar relação sexual não consentida, a exploração sexual, a sedução de menores para a violência que é resultado da violência de gênero.

Definitivamente, o estupro é uma violência que acarreta danos físicos, psicológicos e emocionais para as mulheres e ainda assim, apesar de todo o avanço tecnológico e social que o mundo vem tendo, ainda é uma das principais formas de violência das sociedades contemporâneas e uma demanda frequente para os serviços de saúde.

Desse modo, as mulheres vítimas de violência sexual, na maioria das vezes, recorrem apenas aos serviços de saúde, principalmente ao SUS, para o atendimento às consequências da violência sexual, sendo o SUS a principal porta de entrada para essas mulheres, por apresentar um atendimento especializado para as vítimas de violência sexual.

A propósito disso, o atendimento especializado às mulheres vítimas de violência sexual nos estabelecimentos de saúde é fruto do adensamento da Constituição de 1988. Isso ocorre através de leis, portarias no âmbito do SUS, portarias interministeriais, decretos, normas técnicas e Políticas Nacionais específicas para o atendimento às mulheres. Com isso, iremos elucidar, de forma breve, a estruturação do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, segundo algumas legislações pertinentes nesse campo.

- Lei 12.845/2013: garante a obrigatoriedade do atendimento às vítimas de violência sexual em hospitais da rede pública de saúde por meio de um atendimento emergencial, integral e multidisciplinar para o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes da violência sexual e para possíveis encaminhamentos aos serviços de assistência social. No texto da lei, violência sexual é colocada como toda forma de atividade sexual não consentida. O atendimento às vítimas compreende: diagnóstico, tratamento de lesões físicas, profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, profilaxia da gravidez, coleta de material para exame de HIV, facilitação do registro de ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal para que utilize o exame de DNA oriundo da coleta de vestígios da vítima para a identificação do agressor. Esses serviços de saúde são gratuitos.
- Portaria do Ministério da Saúde nº 485/2014: redefine o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Esse atendimento poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, possibilitando a criação de centros de referência nesses locais, que devem

seguir a norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e crianças, tais como: acolhimento; atendimento humanizado; escuta qualificada; atendimento clínico; atendimento psicológico; realização de anamnese; preenchimento de prontuário; administração de medicamento para a profilaxia; exames laboratoriais; preenchimento de ficha de notificação compulsória de violência sexual, doméstica e outras violências; orientação e agendamento para acompanhamento clínico e psicossocial; orientação sobre os direitos e outros serviços às vítimas ou seus responsáveis legais quando em situação de violência sexual. Os estabelecimentos de saúde poderão realizar coleta de vestígios das vítimas e encaminhar para o IML. Ainda, o serviço de referência para a interrupção de gravidez prevista em lei terá suas ações desenvolvidas de acordo com a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento do Ministério da Saúde. Os estabelecimentos de saúde que tiverem serviços de referência deverão oferecer esse serviço em regime integral, durante as 24 horas do dia e durante os 7 dias da semana. As equipes de referência possuirão equipe multidisciplinar e terão como composição de referência: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 farmacêutico. Os serviços de referência e seus endereços deverão ser informados à população por meio de mecanismo de informação e comunicação do Ministério da Saúde e das Secretárias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

- Portaria Interministerial nº 288: visa o trabalho intersetorial e interdisciplinar entre a secretária especial de políticas para as mulheres, profissionais de saúde do SUS, profissionais de segurança pública e de justiça visando à integralidade e humanização do atendimento e a coleta de vestígios às vítimas de violência sexual. Cada setor tem suas competências definidas nessa portaria, a qual ressalta direitos já colocados pela lei e portaria descritos anteriormente.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: elaborada em 2004 por meio da construção coletiva entre as comissões do Ministério da Saúde e das contribuições do movimento de mulheres, organizações não governamentais, estudiosos (as), gestores do SUS e agência internacionais.

Os objetivos dessa política são promover melhorias nas condições de vida e saúde das mulheres através do acesso aos serviços de promoção; prevenção; assistência e recuperação da saúde; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina em todos os ciclos de vida e grupos populacionais; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. Nos princípios específicos, priorizam a atenção humanizada às mulheres em diversas situações de saúde como mortalidade materna; violência doméstica e sexual; saúde de mulheres adolescentes; saúde da mulher no climatério/menopausa; saúde mental e gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico; saúde das mulheres negras, indígenas, lésbicas, residentes e trabalhadoras na área rural e em situação de prisão. Essa política é executada por meio do Ministério da Saúde.

Essas leis e portarias são os principais norteadores para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no âmbito do SUS. Percebemos no decorrer do trabalho a evolução sistemática no que se refere aos cuidados em saúde da mulher. O setor da saúde possui papel fundamental para a articulação e definição dos serviços e das organizações que atendem às vítimas de violência sexual, direta ou indiretamente (GIORDANNI, 2006, p.262).

Nesse sentido, as leis, portarias, decretos e serviços anteriormente descritos são cruciais para a progressão e fortalecimento da cidadania das mulheres, do reconhecimento de suas demandas em saúde provenientes da violência sexual, como uma questão de importância governamental, onde as instituições públicas e a sociedade devem tratar essa questão com humanidade e colocar as mulheres como sujeitos centrais desse processo.

Porém, os retrocessos também fazem parte dessa história. Se, por meio do ordenamento jurídico e serviços de saúde temos avanços no que tange ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual é justamente através desses que pessoas, profissionais, instituições religiosas e políticos contrários aos avanços se utilizam para dificultar o acesso das mulheres aos seus direitos em saúde.



## **CAPÍTULO 3 - O ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO PROGRAMA DE PESQUISA, ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA À VIOLÊNCIA (PAV) NA REDE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

### **3.1. Criação do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV)**

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em função das consequências e agravos em saúde das vítimas de violência, iniciou, em 1997, um atendimento especializado em crianças denominado Programa de Proteção à Criança Vítima de Maus Tratos, que funcionava no antigo Hospital Regional da Asa SUL - HRAS, atual Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB); porém, esse programa foi extinto e os PAVs atendem as demandas de atendimento às vítimas de violência.

Seguindo a lógica de inovações e estruturação do SUS no trato à violência, em 2001 foi criada, através da Portaria GM/MS Nº 737/2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que possui como diretrizes:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências.
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violência.
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.
- Capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Com essa portaria, com a grande demanda por atendimento às crianças vítimas de violência no HRAS e com o incentivo do Ministério da Saúde para a criação de serviços especializados, a SES/DF, em 2001, criou um comitê que iria elaborar as diretrizes do processo de descentralização dos serviços de atendimento

às vítimas de violência, sendo composto por assistentes sociais, médicos e psicólogos. Em 2002, iniciaram-se as capacitações dos profissionais para intervir de forma técnica, qualificada e humanizada nos serviços.

Na sequência, no ano de 2003, através do Decreto nº 23.812, foi criado o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência - NEPAV, que possui como função adequar, normatizar, planejar e coordenar as ações de promoção, prevenção, vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência em acordo com os princípios e diretrizes do SUS (VILELA, 2005, p.85). O NEPAV, no âmbito da estrutura administrativa, encontra-se na Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS e é responsável pela coordenação e articulação dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência- PAV.

Naquele mesmo ano, há também a criação dos Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência - PAV, que foram implementados gradualmente nas regionais de saúde, resultado das capacitações do NEPAV nesses locais. Os PAVs se localizam principalmente nos hospitais regionais e centros de saúde. Através da Portaria nº 141/2012 foi atribuído aos PAVs o atendimento às pessoas em situação de violência através de uma abordagem biopsicossocial por uma equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros) que implementam encaminhamentos institucionais e intersetoriais para a viabilização de direitos.

A propósito do tema, as ações desenvolvidas nos PAVs preconizam:

Acolhimento: atendimento humanizado no qual o profissional proporciona a escuta qualificada da situação enfrentada pela pessoa; vigilância: notificação dos casos de violência, análise epidemiológica da situação de violência e qualificação dos profissionais de saúde na identificação e no preenchimento adequado da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências do Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SISAN NET; atendimento: atendimentos individuais, familiares ou grupais. (Portal Eletrônico Secretaria de Saúde – SES/DF, 2015).

Nesta linha, o atendimento proporcionado pelos PAVs atende crianças, adolescentes, mulheres, idosos, e, em menor número, homens, que são, em geral, os principais perpetradores de violências. A partir disso, foi criado o PAV Alecrim, que atende a autores de violência, sendo uma ação inovadora que visa a não

reincidência em situações conflituosas. Dessa forma, é necessário entendermos às diversas formas de violência e como o Programa trabalha essa temática com os profissionais de rede pública de saúde.

### 3.2. Natureza e Tipologia da Violência na Rede de Saúde do Distrito Federal

A violência não se manifesta apenas por atos causadores de danos físicos; existem outras formas que se reproduzem de forma persistente nas diversas relações e subjetividades. É importante ressaltar as formas de violência definidas pelo Ministério da Saúde (2002) e pela rede de Saúde do DF (Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal, 2009, p. 9-11), que são:

**Quadro 2- Tipos de Violência**

<b>VIOLÊNCIA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Violência contra a Criança e o Adolescente</b>	É qualquer conduta – ação ou omissão, agressão ou coerção – ocasionada pelo fato de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social.
<b>Violência contra a Mulher</b>	É qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato de a vítima ser mulher, e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Pode acontecer tanto em espaços públicos como privados.
<b>Violência contra o Idoso</b>	É um ato único ou repetido ou, ainda, a omissão que cause dano ou aflição ao idoso, tal como: discriminação; agressão ou coerção; morte; constrangimento; limitação; sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social ou perda patrimonial.
<b>Violência de Gênero</b>	Violência sofrida pelo fato de ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição; produto de um sistema social que subordina o sexo feminino.

<b>Violência Intrafamiliar</b>	Praticada por membros da família (pai, mãe, filha, filho, marido, sogra, padrasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa ou fora). Geralmente, expressa-se como abuso físico, sexual, psicológico ou como negligência ou abandono.
<b>Violência Física</b>	Qualquer ação que machuque ou agrida intencionalmente uma pessoa, por meio da força física, arma ou objeto, provocando ou não danos e lesões internas ou externas no corpo.
<b>Violência Institucional</b>	Essa violência permeia todas as instituições públicas e privadas; apresenta-se na relação de servidores com o paciente/usuário, podendo se dar de diversas formas: ineficácia e negligência no atendimento, discriminação (de gênero, étnico-racial, econômica etc.), intolerância e falta de escuta, desqualificação do saber do paciente, uso de poder, massificação do atendimento e outros.
<b>Violência Moral</b>	Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem.
<b>Violência Patrimonial</b>	Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares.
<b>Violência Psicológica</b>	Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa, por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.
<b>Violência Sexual</b>	É toda relação sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra a sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica. Essa violência é considerada crime, mesmo quando praticada por um familiar, seja ele pai, marido, namorado ou companheiro. Considera-se também, como violência sexual o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros. Consta, ainda, no Código Penal Brasileiro, que a violência sexual pode ser caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro.

<p align="center"><b>Síndrome de Munchausen por Procuração</b></p>	<p>Situação em que os pais submetem as crianças a consultas médicas, exames clínicos e/ou cirúrgicos, alegando sintomas físicos, patológicos, fictícios, mediante administração de substâncias à criança. Consequência do desequilíbrio emocional dos pais/responsáveis.</p>
<p align="center"><b>Negligência</b></p>	<p>É o abandono, a falta de cuidados básicos e a falta de atenção e proteção. É negligência: deixar vacinas em atraso, não levar ao médico, não fazer os tratamentos necessários, perder documentos importantes da criança (ex: certidão de nascimento, cartão da criança), a criança não estar matriculada ou não ir à escola, aparência descuidada e suja, falta de supervisão dos responsáveis - crianças pequenas sozinhas em casa ou constantemente fora de casa, em festas populares, em casa de vizinhos, nas ruas, em abandono; acidentes domésticos previsíveis: quedas da cama, berço, janelas, escadas, banheiras; asfixias por objetos pequenos, brinquedos, travesseiros, fios de telefone, saco plástico, pedaços grandes de alimentos, cordão de chupeta e outros; intoxicações por medicamentos, material de limpeza, veneno de rato, cosméticos, bebida alcoólica, dentre outros; queimaduras no forno quente, tomada, ferro de passar, velas, fósforos, panelas, líquidos quentes, álcool e exposição excessiva ao sol; atropelamentos e afogamentos em piscinas, lagos, praias, banheiras, baldes e vasos sanitários). É negligência contra o idoso: negar cuidado e supervisão adequados (especialmente em casos de pessoas com incapacidades físicas ou mentais), deixar o idoso passar fome, não dar as medicações que necessita, não levar às consultas marcadas, não prover outros cuidados físicos, isolá-lo dos outros, vesti-lo inadequadamente face ao tempo ou às condições ambientais, deixar o idoso sozinho, entre outros. Autonegligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência envolve situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas ações) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.</p>

<b>Assédio Moral</b>	É a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas em que predominam condutas negativas e interações desumanas de longa duração. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho que desestabiliza a relação da vítima com o ambiente e a organização, forçando-a a desistir do emprego.
<b>Auto-extermínio/Suicídio</b>	Ação pela qual alguém põe intencionalmente termo à própria vida. É um ato exclusivamente humano e está presente em todas as culturas. As causas do suicídio são numerosas e complexas.

Fonte: (Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal, 2009, p. 9-11).

Diante disso, as tipologias das violências são importantes para a compreensão, detecção e intervenção dos profissionais de saúde para prestar um atendimento integral às pessoas vítimas de violência, prestando os devidos encaminhamentos intersetoriais e intrasetoriais. Em relação aos atendimentos das mulheres, dados do Mapa da Violência de 2015 mostram importantes informações, conforme apresentado a seguir.

**Quadro 3 - Número e estrutura (%) de atendimentos de mulheres pelo SUS, segundo tipo de violência e etapa do ciclo de vida. Brasil. 2014.**

Tipo de violência	Número						%					
	Criança	Adolescente	Jovem	Adulta	Idosa	Total	Criança	Adolescente	Jovem	Adulta	Idosa	Total
Física	6.020	15.611	30.461	40.653	3.684	96.429	22,0	40,9	58,9	57,1	38,2	48,7
Psicológica	4.242	7.190	12.701	18.968	2.384	45.485	15,5	18,9	24,5	26,6	24,7	23,0
Tortura	402	779	1.177	1.704	202	4.264	1,5	2,0	2,3	2,4	2,1	2,2
Sexual	7.920	9.256	3.183	3.044	227	23.630	29,0	24,3	6,2	4,3	2,4	11,9
Tráfico seres	20	16	28	30	3	97	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Econômica	115	122	477	1.118	601	2.433	0,4	0,3	0,9	1,6	6,2	1,2
Neglig./abandono	7.732	2.577	436	593	1.837	13.175	28,3	6,8	0,8	0,8	19,0	6,7
Trabalho Infantil	140	133				273	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
Interv. Legal	75	94	64	90	29	352	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2
Outras	649	2.359	3.228	4.978	684	11.898	2,4	6,2	6,2	7,0	7,1	6,0
<b>Total</b>	<b>27.315</b>	<b>38.137</b>	<b>51.755</b>	<b>71.178</b>	<b>9.651</b>	<b>198.036</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil.

Como se vê, é possível observar no Mapa da Violência de 2015, no quadro 3, que é a violência sexual que apresenta mais atendimentos no SUS, precedida pela violência física e psicológica.

### **3.3. AÇÕES ESTRATÉGICAS DO PAV NO FORTALECIMENTO AOS DIREITOS DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

#### **3.3.1. Acolhimento, Atendimento e protagonismo do Serviço Social**

A violência contra as mulheres é uma temática com algumas particularidades se comparada a outros grupos. No caso de crianças e adolescentes, os encaminhamentos dos profissionais do SUS, após receber intuito da demanda de saúde, consiste em encaminhar para a rede de proteção, que são órgãos, como: Conselho Tutelar, Instituto Médico Legal, Vara da Infância e Juventude, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) para a investigação dos abusos e maus tratos e a judicialização do processo para a responsabilização dos agressores. No caso de idosos, os profissionais devem encaminhar ao Ministério Público, ou Conselho do Idoso do Município, Estado ou Nacional, as devidas denúncias de suspeita de maus tratos para as providências jurídicas cabíveis. Em relação às mulheres, o processo é diferenciado, só a própria mulher está autorizada a denunciar nos órgãos, como as Delegacias de Polícia ou Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) e a fazer o exame de corpo de delito no IML.

Nesse momento, as mulheres estão extremamente fragilizadas emocional, psicológica e fisicamente e buscam, muitas vezes, apenas o SUS para auxiliá-las. Elas apresentam sintomas recorrentes para os profissionais de saúde, tais como:

Com repercussões na saúde das mulheres, a violência está associada a maiores índices de suicídios, abusos de drogas e álcool, queixas vagas, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral, incluindo tentativas de suicídio. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem demonstrado estar associada a maiores taxas de dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, além de doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada e aborto, inviabilizando opções contraceptivas para parte das mulheres (SCHARAIBER, 2001, p.109).

Dadas essas circunstâncias, uma das competências do PAV que está diretamente ligado à prevenção e recuperação dos sintomas citados é a prestação no acolhimento através do atendimento biopsicossocial, que visa suprir de forma integral as necessidades da usuária do serviço, oferecendo os cuidados físicos, acompanhamento psicológico e social. Há procedimentos necessários e regularizados para prestar um bom atendimento que esteja de acordo com as portarias, leis e decretos citados no capítulo 2 para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.

Sendo assim, os profissionais devem realizar a anamnese, que é a coleta de informações relativas ao como ocorreu a violência, o número de agressores, se é/são conhecido (os) ou não da vítima, se faz uso de anticoncepcionais, data da última menstruação e outras informações pertinentes. As perguntas possuem o propósito de elaborar uma linha de cuidado em saúde, jamais revitimizando essas mulheres.

Diante disso, esse acolhimento é crucial para possíveis encaminhamentos. Caso a mulher engravide em decorrência do estupro, ela estará amparada pelo aborto previsto em lei, que é executado pelo Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) na SES/DF. Para ter direito ao aborto a mulher não precisa que haja processo contra o autor do crime, ou seja, não precisa de Boletim de Ocorrência e de exames do IML para comprovar a violência, pois a palavra da vítima já é prova suficiente. Ela será acompanhada no PIGL para as possíveis providências. Caso continue com a gravidez, será acompanhada através de atendimentos individuais e grupais e, caso deseje doar a criança, será encaminhada à Vara da Infância e Juventude para proceder com os trâmites legais da adoção.

Nesse sentido, os encaminhamentos do PAV no âmbito hospitalar para exame clínico e ginecológico são recorrentes para outros setores do Hospital, visto que a administração da profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e a pílula de emergência devem ser ministrados até 72 horas após o estupro, depois desse prazo, infelizmente, esses cuidados não são possíveis, porém ocorrem outras medidas para promover a saúde da mulher.

Desse modo, a mulher é atendida primeiramente nos serviços de emergência e urgência e depois é encaminhada para o PAV. Esse trabalho inter setorial é de suma importância para o fortalecimento do atendimento. Em relação ao



encaminhamento interssetorial, a mulher é orientada a procurar a DEAM ou a delegacia mais próxima para registrar boletim de ocorrência e, a partir de então, é encaminhada para o IML para a coleta de vestígios. A coleta precisa ocorrer até 48 horas após o coito vaginal e até 12 horas após o coito anal. Porém, muitas vezes, a mulher, após o estupro, toma banho, pois a violência traz uma sensação de mal-estar. O procedimento correto seria não tomar banho e levar as roupas usadas no momento da violência para o IML.

Dito isso, muitas vezes, ocorre de os profissionais de saúde burocratizarem o atendimento à mulher, pedindo o boletim de ocorrência e o exame pericial para fornecer o atendimento ambulatorial. Porém, os PAVs do DF proporcionam diversas capacitações sobre o correto fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual, que devem ser norteadas pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Crianças - Portaria nº 845/ 2014 e Lei 12.845/2013 - o que promove um maior conhecimento entre os profissionais sobre o assunto e gera atendimentos mais condizentes com os princípios do SUS.

**Quadro 4- Fluxograma de atendimento as mulheres nos hospitais**



Fonte: Manual para Atendimento às vítimas de Violência na rede de saúde pública do DF, 2009,p.30.

É importante ressaltar que, para além dos cuidados ambulatoriais, os acompanhamentos psicológico e social são importantes para a viabilização da superação do trauma sofrido e a garantia de direitos sociais.

De fato, as contribuições do (a) assistente social possuem um caráter particular, pois seu projeto profissional hegemônico apresenta consonância com o movimento de classes, com o projeto societário que tem raízes na vida social, sendo contrário a interesses das classes proprietárias e exploradoras. (NETTO, 1999, P.18). Isso se materializa durante sua formação profissional e acadêmica, na qual se adquire conhecimentos técnicos, valores e princípios éticos, sendo regido pelo Código de Ética Profissional, que se baseia na liberdade como valor ético central; defesa dos direitos humanos; defesa da democracia; ampliação e consolidação da cidadania; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; empenho para a eliminação de preconceitos; garantia do pluralismo de ideias; projeto profissional voltado para a construção de uma nova ordem societária sem exploração de classe, etnia e gênero; articulação com movimentos de outras categorias profissionais; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e exercício profissional sem discriminar e ser discriminado por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física.

De mais a mais, o Serviço Social, sendo uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, configura-se, no âmbito das relações entre Estado e sociedade, nas quais as questões macro sociais estabelecem limites e possibilidades ao exercício Social, que são o conjunto de desigualdades sociais presentes na sociedade capitalista, oriundas de apropriações de riquezas por uma pequena parcela da sociedade (IAMAMOTO, 2004, p. 12-16).

Nesse sentido, essas características profissionais do (a) assistente social proporcionam valiosas contribuições aos PAVs, considerando sua percepção de totalidade da realidade social, sendo “articulador” entre as políticas sociais e os usuários, proporcionando informações, encaminhamentos e atendimentos viabilizadores para a garantia dos direitos sociais. Nesse caso específico, dos direitos as mulheres vítimas de violência sexual, o conhecimento da rede de

proteção citados acima, além de outros direitos, é constantemente repassado através desses profissionais.

Como é sabido, o exercício profissional do (a) assistente social apresenta três dimensões para sua concretização, quais sejam: orientação ético-político, norte teórico-metodológico, instrumentos e técnicas:

Orientar o trabalho nos rumos aludidos, requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Estes elementos, aliados à pesquisa da realidade possibilitam decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas, requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los (IAMAMOTTO, 2004, p. 35).

Diante disso, os instrumentos da dimensão técnico-operativa do Serviço Social nas ações de acolhimento e atendimento nos PAVs são imprescindíveis para traçar, junto às mulheres, uma linha de cuidados e viabilização de direitos.

Nessa linha, a observação é um instrumento que requer planejamento, objetivos claros de conhecer a realidade posta e até onde se pode chegar. Há uma interação entre o (a) assistente social e a usuária, uma troca de saberes e experiências. De palavras ditas e não ditas, o olhar deve ser atento, respeitoso, acolhedor e comprometido. (PORTES; PORTES, 2016, p. 69-71). Em decorrência da observação, temos a abordagem do (a) profissional:

A abordagem está diretamente associada à forma como se tem construído a aproximação profissional com os usuários, sujeitos também da realidade social. É também reveladora dos conhecimentos e saberes acumulados pelo profissional que se explicitam nas atitudes, posturas e posicionamentos dos assistentes sociais (PORTES; PORTES, 2016, p.)

Nesse momento, uma abordagem qualificada e bem direcionada é capaz de iniciar o processo de restauração de direitos, da não culpabilização e da não revitimização da mulher. A entrevista também traz novos subsídios para a abordagem profissional, pois, através desse processo, é elaborado o perfil

socioeconômico; a história de vida e a detecção das violências sofridas, local e data; a análise de quais familiares e amigas podem auxiliar a usuária; encaminhamentos para atendimento médico, psicológico e outros e apontar a importância desses acompanhamentos; preenchimento da ficha de notificação; esclarecer os recursos institucionais (exames, passes urbanos, medicações e outros); informar outras instituições e recursos que possam auxiliar para suprir as demandas oriundas da violência ou que foi detectada durante o atendimento, como o Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social - CREAS, Conselho dos Direitos da Mulher, DEAM, Delegacia de Polícia, IML e outros; mapear possíveis riscos e formas de proteção; construir juntamente com a mulher projetos de vida para superação da situação vivida.

Em vista disso tudo, o exercício profissional do (a) assistente social, como citado acima, possui competências que proporcionam uma maior qualidade na prestação dos serviços de saúde e o fortalecimento do trabalho multidisciplinar e em rede intra e intersetorial, visto as ações socioeducativas e assistenciais elucidadas.

### **3.3.2. Vigilância à Violência e Serviço Social**

A vigilância epidemiológica é de extrema importância para a compreensão da quantidade de atendimento de casos de violência, pois os dados obtidos auxiliam na elaboração e aperfeiçoamento de políticas públicas. Sobre isso, os estudos de Venzi (2015) demonstram que:

Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção, criando-se o elo necessário entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação. A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica. Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for sua área de atuação (VENZI, 2015, p.65).

Essa é a razão porque o correto preenchimento da ficha de notificação (ver anexo 1) é um dos grandes desafios do setor da saúde. Em relação a isso, o serviço

social e os outros profissionais dos PAVs buscam elaborar oficinas e capacitações para os outros setores dos hospitais e centros de saúde para que o fluxo da notificação ocorra de forma correta. O fluxo correto da notificação perpassa pelas etapas a seguir, segundo o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF (2009):

- O paciente é atendido por uma unidade de saúde.
- Profissional de saúde detecta suspeita ou ocorrência de violência,
- Profissional responsável pelo atendimento preenche a ficha de notificação.
- Ficha de notificação é encaminhada para chefia imediata do profissional responsável pelo atendimento.
- Chefia encaminha a ficha de notificação para o PAV.
- Pav confere o preenchimento correto da ficha.
- Se o preenchimento estiver correto, o PAV encaminha a ficha de notificação para a Coordenação Regional de Saúde para assinatura do Coordenador/Diretor. Depois da assinatura, a ficha é enviada para o PAV.
- O PAV faz cópias da ficha de notificação para preenchimento de formulário de registro de demanda de atendimento no PAV e marcação de acolhimento.
- A cópia da notificação é anexada ao formulário de registro de demanda de atendimento e depois a ficha original é encaminhada para o NEPAV.
- Caso a ficha não tenha sido preenchida de forma correta, o PAV encaminha a ficha de notificação para a chefia imediata do responsável pelo atendimento, depois a chefia encaminha a ficha a ser corrigida para o profissional responsável pelo preenchimento e, assim, o mesmo executa as alterações imediatas e depois a ficha retorna ao PAV novamente.

Isso posto, quando a ficha de notificação é preenchida indevidamente, a subnotificação apresenta-se como resultado, o que dificulta o contato do PAV com a

usuária para prestar o atendimento devido. Segundo estudos no PAV Primavera, “o profissional que mais notifica é a Assistente Social e o profissional que mais resiste ao ato notificador é a equipe médica” (VENZI, 2015, p.64). Esse fato remete ao compromisso que se tem com as usuárias e como, ao mesmo tempo, é necessário mobilizar outros profissionais a terem um olhar mais sensível e comprometido com os atendimentos. Porém, para viabilizar o correto preenchimento da notificação, uma das medidas adotadas é o fato de que o profissional, que preenche a ficha coloca como suspeita a situação de violência e apenas o diretor/coordenador assina a notificação, assim dificultando qualquer represália sobre o profissional que primeiro atendeu ao caso.

Neste específico ponto, a ficha de notificação, segundo a Lei nº 1078/2003, estabelece a notificação compulsória no território nacional no caso de violência contra a mulher que for atendida nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. Em 2009, a notificação de violência passou a ser inserida no Sistema de Informações de Agravos e Notificações - SINAN. Essa medida resulta em dados mais completos sobre a realidade social.

Como se pode notar, os dados sobre violência sexual são mais elevados do que as estatísticas institucionais revelam, visto as especificidades da situação, que provocam nas mulheres o receio de procurar os setores de saúde e jurídico por medo de serem culpabilizadas pela violência sofrida.

Com essas observações, é primordial o trabalho socioeducativo do Serviço Social nas ações de vigilância dos PAVs. Diante disso, abaixo serão explanadas algumas dessas atividades, que foram coletadas através do relatório de estágio da autora que vivenciou na sua experiência profissional no PAV, tais atividades.

- Campanhas preventivas sobre as diversas formas de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Um exemplo é como o PAV Violeta reforça a campanha do Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, através da sensibilização e divulgação de informações, que ocorre com os diversos usuários e profissionais do Hospital. Outra ação interessante desse PAV, que segue a mesma lógica é a elaboração de *folders* com informações sobre os direitos das mulheres vítimas de violência sexual

e onde encontrar apoio institucional, elaborado em 2014. Esse tipo de medida viabiliza a democratização de informações sobre a rede de atendimento e direitos sociais para as mulheres.

- Capacitações e oficinas com os profissionais de saúde para que os possam intervir de maneira eficaz nos casos de violência sexual, além de sensibilizá-los da importância de um atendimento humanizado.
- A realização de atividades em grupo com as mulheres e suas famílias abordando temas do interesse delas para a construção de projetos de vida para a superação do trauma sofrido. Assistentes sociais e psicólogos, trabalham de forma interdisciplinar nessa ação.
- A sistematização dos dados obtidos através do monitoramento das fichas de notificação.

A partir do exposto, foi possível comprovar o afirmado como hipótese, que o trabalho do Serviço Social no âmbito do PAV é imprescindível para o atendimento, fortalecimento dos direitos das mulheres e a articulação com os demais profissionais e articulação com a rede intersetorial das políticas públicas. Considera-se que a violência sexual é um dos resultados da violência de gênero que afeta negativamente a saúde das mulheres, resultando em transtornos físicos, emocionais e psicológicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das ideias e dados expostos, pode-se afirmar que a violência sexual é resultado da violência de gênero contra as mulheres, o que gera agravos de saúde, com sofrimentos físicos, psíquicos e emocionais. Porém, essa situação poderá ser transformada ou amenizada a partir da viabilização de direitos sociais.

De fato, a mobilização das mulheres, de organizações governamentais, de organizações não governamentais e sociedade civil possibilitaram um atendimento mais humanizado, organizado e técnico do setor de saúde frente a essas demandas. A materialização desses direitos, obtido por meio de leis, portarias, decretos, normas técnicas de saúde, campanhas educativas e sensibilização sobre o tema para a população resultam em mudanças culturais gradativas acerca da violência sexual.

Nesta linha, o objetivo geral do trabalho, que é analisar as possibilidades e limitações da proposta de atuação do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) da Rede de Saúde do Distrito Federal encontra-se na análise desse programa ações de fortalecimento dos direitos à assistência em saúde das mulheres perante o enfrentamento das limitações dos reduzidos orçamentos para a saúde, limitações de espaço físico, capacitação dos profissionais que possuem poucos conhecimentos e sensibilizando acerca da violência para prestarem melhores serviços; no monitoramento dos dados obtidos através da notificação, que serão utilizados para o fortalecimento dos programas especializados em violência; apontando a importância de melhores orçamentos para essas áreas; proporcionando acolhimento e atendimento mais humanizado e em consonância com as leis de atendimento as vítimas de violência sexual.

Definitivamente, é inegável os avanços obtidos com os PAVs na Rede de Saúde do DF, o que coloca a capital federal em posição de destaque no atendimento especializado às vítimas de violência.

No entanto, é necessário afirmar que, mesmo apesar desses avanços, ainda possuímos limitações, como já citadas anteriormente.

Diante disso, vale ainda ressaltar que o desenvolvimento das ações dos PAVs e dos serviços que atendem às mulheres no setor de saúde no Brasil estão ameaçados pelo Projeto de Lei 5.069/2013, de autoria do Deputado Federal Eduardo Cunha, que altera o Decreto nº 2.848 do Código Penal de 1940 e os art. 1º,



2º e 3º da lei 12.835/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

Especificamente, as alterações propostas criminalizam a prestação de informações por partes dos profissionais de saúde sobre a pílula de emergência, usada na profilaxia, o que dificultará informações e o direito ao aborto previsto em lei, já que, para ter acesso a esse serviço, a mulher teria que prestar o exame de corpo de delito no IML logo após a violência. Além disso, a comunicação através de boletim de ocorrência na delegacia dificultará também o acesso dessa mulher ao aborto previsto em lei e mudará uma prerrogativa do SUS, que não atrela a prestação desses serviços de saúde a condicionantes oriundos da segurança pública. Assim, põe, ainda, em questão o direito a objeção de consciência dos profissionais, resultando no não atendimento das mulheres vítimas de violência sexual caso não haja outros profissionais para atender a vítima.

Ora, o Código Penal de 1940, com as alterações propostas pelo citado deputado, criminalizaria os profissionais de saúde que prestassem informações acerca do aborto e da pílula de emergência, além de colocar como prerrogativa para o acesso ao aborto previsto em lei o exame de corpo de delito e o boletim de ocorrência para o atendimento em saúde.

Em vista disso tudo, os retrocessos citados brevemente obstruem os direitos conquistados pelas mulheres, já mencionados. O poder patriarcal manifesta-se nesse momento através do “frio” poder das leis quando essas são capazes de limitar o exercício da autonomia das mulheres sobre seus corpos.

Nada de novo: essas ações manipuladoras e punitivas são colocadas em prática desde o período colonial, com o discurso da Lei, dos Médicos e da Igreja; esses mesmo autores na atualidade dão coro a esse projeto de lei.

No final, em verdade, percebemos como as mulheres, independentemente do tempo da história, terão que lutar por suas vidas e direitos; mas a luta e a bravura serão incessantes também.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO. Emanuel. A Arte da sedução: sexualidade feminina na Colônia. In: PRIORI, Mary Del; BASSANEZI. C (Org). Histórias da mulher no Brasil. São Paulo. Contexto. 1997.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DAS MULHERES. Carta das mulheres aos Constituintes. Brasília, 1987. Disponível em < [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicaocidada/constituintes/constituinteasmulheres/Constituinte%2019871988Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicaocidada/constituintes/constituinteasmulheres/Constituinte%2019871988Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf)> Acessado em 19 de maio de 2016.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In. GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CUTOLO, Luis Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina. Santa Catarina. Vol. 35, nº04, 2006. Disponível em < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>> Acessado em 20 de março de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética do/a Assistente Social de 1993. Brasília, 10ª ed, 2012. \_\_\_\_\_. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF. Brasília, 2009.

DINIZ, Debora. *À margem do corpo*. Documentário. ABA/Fundação Ford, 2006. DVD, 43 min, cor. Disponível em<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832007000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832007000200020)>

Acessado em 20 de junho de 2016.

DREZETT, Jefferson. Violência sexual como problema de saúde pública. In: TAQUETTE, S.R.(Org). Violência contra a mulher adolescente/jovem. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2007.p.81-91.

Decreto nº. 23.812 de 3 de junho de 2003, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal, DF, 4 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. Disponível em <[http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id\\_file=d74b5329-0ad6-3f68-a3b0-165e7d605f1c](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=d74b5329-0ad6-3f68-a3b0-165e7d605f1c) >. Acesso em 16 de setembro de 2015.

FALEIROS, Eva. Violência de Gênero. In: TAQUETTE, S.R.(Org). Violência contra a mulher adolescente/jovem. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2007.p. 61-67.

GIORDANI, Anncy Tojeiro. Violências contra a Mulher. São Paulo: YENDIS, 2006.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Revista Ciências Sociais Hoje, Rio de Janeiro, Anpocs, 1984. P. 223-244.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projeto de pesquisa. 4º edição. São Paulo: Atlas, 2002.

.

HAYECK, Cynara MARQUES. Refletindo sobre a violência. In: Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I - Número I – Julho de 2009.

IPEA. A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil. Nota técnica. Brasília, nº 13, 2015. <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/150302\\_nt\\_diest\\_13.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/150302_nt_diest_13.pdf) > acessado em 10 de maio de 2016.

IPEA. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados de saúde. Nota técnica. Brasília, n° 11, 2014. Disponível em < [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecnica\\_diest11.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnica_diest11.pdf) > acessado em 10 de maio de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-político e teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. Trajetórias e desafios. San José, Costa Rica, 12 de julho de 2004. Disponível em < <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-001.pdf> > acessado em 12 de junho de 2016.

Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

Lei nº 13.304, 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.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

MACHADO, Lia Zanota. Masculinidade, sexualidade e estupro, as construções da virilidade. Cadernos Pagu (11).1998. Disponível em <[www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51209](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51209)>. Acessado em 20 de maio.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 11, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>> acessado em 15 de junho de 2016.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional. Brasília: CFESS/ABEPS/CEAD/UnB), 1999.

NASCIMENTO, Vanessa de Souza; RODRIGUES, Marlene Teixeira. Violência contra as mulheres e saúde: desafios à prevenção. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde, migração, tráfico e violência contra as mulheres: o que o SUS precisa saber. Brasília, 1º edição, 2011, p.95- 108.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002

PRIORE, Mary Del. Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Brasília. José Olympio. 1993.

PRIORI. Mary Del. Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino. . In: PRIORI, D.M; BASSANEZI. C (Org). Histórias da mulher no Brasil. São Paulo. Contexto. 1997

Portaria nº. 141, de 17 de julho de 2012. Institui o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância a Violências (PAV) no organograma da Regional de Saúde, subordinado diretamente ao Coordenador Geral de Saúde e define suas atribuições. Diário Oficial do Distrito Federal, DF, 19 de julho de 2012. Disponível em:

<<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2012/Jul/19/portaria-no-141-de-17-de-julho-de-2012-institui-o>>. Acesso em 16 de maio de 2016.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. Gênero, Patriarcado, Violência. 1ª edição, São Paulo, Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cadernos Pagu. Campinas, nº 16, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010483332001000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010483332001000100007&script=sci_arttext)>. Acessado em: 15 de julho de 2015

SUAREZ, Mireya. “Gênero: uma palavra para desconstruir idéias e um conceito empírico e analítico.” *In*: Silva, K. (org.) Gênero no Mundo do trabalho: I Encontro de intercâmbio de Experiências do Fundo de Gênero no Brasil. Brasília: Agencia Canadense, Brasília, 2000.

SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos de 1970: revisitando uma trajetória. Estudos feministas. Florianópolis. 12 (2): 264, maio-agosto/2004.

STEPHAN, Isabela Telles Kahn. Jutando cacos e re-prensando o todo: o princípio da integralidade na atenção à saúde de mulheres em situação de imigração irregular e trabalho degradante. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde, migração, tráfico e violência contra as mulheres: o que o SUS precisa saber. Brasília, 1ª edição, 2011, p.95- 108.

KUYUMJIAN, Marcia de Melo Martins. Violência, poder e ordem social. Revista Ser Social 2. Violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes. Brasília: Programa de PósGraduação em Política Social SER/UNB, 1998.

Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único

de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Disponível em < <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/2015/abril/portaria-interministerial-no-288-de-25-de-marco-de-2015-1>> Acessado em 15 de maio de 2016.

Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html) > Acessado em 15 abril de 2016.

Projeto de Lei 5069, de 27 de fevereiro de 2013. Explicação da Ementa: Tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto. Disponível em < <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565882> > Acessado em 20 de junho de 2016.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípios e diretrizes. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf) > Acessado em 10 de maio de 2016.

PORTES, Lorena Ferreira ; PORTES, Melissa Ferreira. Os instrumentos e técnicas enquanto componentes da dimensão técnico-operativa do Serviço Social: aproximações acerca da observação e da abordagem. IN: LAVORATTI, C; COSTA, D. (Org.). Instrumentos técnico - operativos no Serviço Social: Um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.

Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010

SCHRAIBER, Lilia B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde. Revista USP, São Paulo, n° 51, p. 104-113, setembro/novembro, 2001. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35104>> a

VILELA, Lauez Ferreira. Histórico do enfrentamento da Violência na Rede de Saúde do Distrito Federal. In: VILELA, L.A (org). Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005.

VENZI, Mariana Lopes Carlos da Silva. Violência e ficha de notificação: O que nós, profissionais de saúde, temos a ver com isso?. II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e outras drogas- II CEMAD. Brasília: UnB, 2015.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília, 1° edição, 2015. Disponível em < [www.mapadaviolencia.org.br](http://www.mapadaviolencia.org.br) >acesso em 10 de junho de 2016.



## ANEXOS

### ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS (FRENTE)



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

#### FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº \_\_\_\_\_

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, 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.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		

Dados da Pessoa Atendida	7 Nome		8 Data de Nascimento	
	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante	
	12 Cor	13 Escolaridade	14 Situação conjugal	
	16 Relações sexuais	17 Possui algum tipo de deficiência?		18 Número do Cartão SUS
	19 Nome da mãe		20 UF	
	21 Município de residência		22 Bairro de residência	

Dados de Residência	23 Logradouro (rua, avenida,...)	24 Número
	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência		32 UF	
	33 Município de Ocorrência		34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	
	37 Complemento (apto., casa, ...)		38 Zona de ocorrência	
	39 Ocorreu outras vezes?		40 A lesão foi autoprovocada?	

## ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS (VERSO)

<b>Violência Sexual</b>	<b>43</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>44</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
<b>Dados do provável autor da agressão</b>	<b>45</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	<b>46</b> Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>47</b> Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	<b>48</b> Supeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
<b>Em casos de violência sexual</b>	<b>49</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____				
<b>Em casos de violência sexual</b>	<b>50</b> Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei				
<b>Evolução e encaminhamento</b>	<b>51</b> Evolução do Caso 1 - Alta    2 - Encaminhamento ambulatorial    3 - Encaminhamento hospitalar    4 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 5 - Óbito pela agressão    6 - Óbito por outras causas    9 - Ignorado			<b>52</b> Se óbito pela agressão, data 	
<b>Evolução e encaminhamento</b>	<b>53</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinelas <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____				
<b>Evolução e encaminhamento</b>	<b>54</b> Circunstância da lesão (confirmada) CID 10		<b>55</b> Classificação final 1 - Suspeito    2 - Confirmado    3 - Descartado <input type="checkbox"/>		

Informações complementares e observações


<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997	<b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180	<b>Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes</b> 100
-------------------------------------	---	---

<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Assinatura
	Função	

## ANEXO B – LISTAGEM DOS PAVS

REGIONAL / NOME DO PROGRAMA	ENDEREÇO	E-MAIL	TELEFONE	PÚBLICO ATENDIDO
HRAN - PROGRAMA MARGARIDA	SMHN Área Especial - Asa Norte	programamargarida.h ran@yahoo.com	39013065	Pessoas em todas as faixas etárias.
COMPP PROGRAMA JASMIM	Quadra 501 Norte bloco B Ed. COMPP - Asa Norte	programajasmim.com pp@gmail.com	33263784 39013062	Crianças e adolescentes.
HMIB PROGRAMA VIOLETA	SGAS Quadra 608/609 Módulo A - Asa Sul	programaviolela@gm ail.com	34457669	Mulheres e crianças.
ADOLESCENTRO PROGRAMA CALIANDRA	SAGS - Quadra 605 lote 32/33 - Asa Sul		34431855	Adolescente
HRC PROGRAMA FLOR DE LOTUS	QNM 17 Área Especial nº 01 - Ceilândia	pavflordelotushrc@g mail.com	33716595	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRG PROGRAMA GARDÊNIA	Área Especial nº 01 Setor Central – Gama	pavgama@gmail.com	33859956 33859236	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRGu PROGRAMA PRIMAVERA	Área Especial QI 06 lote "C" - Guará I	pavprimavera@gmail .com	33531477	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRPa PROGRAMA GIRASSOL	Quadra 2 Área Especial - Paranoá	pavparanoa@gmail.c om	33699899	Pessoas em todas as faixas etárias
HRP PROGRAMA FLOR DE LIS	Via W/L 4 Área Especial – Setor Hospitalar - Planaltina	pavplanaltina@gmail .com	33890746 HRP 33882861 CS	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRSam PROGRAMA ORQUÍDEA	QS 614 conj. 'C' lotes 01 e 02 - Samambaia	pavorquideahrsam@ gmail.com	34589838	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRSM FLOR DO CERRADO	Quadra "AC" 102 Conjunto A, B, C e D s/nº - Santa Maria	pavsantamaria@gmai l.com	33926405 33926512	Pessoas em todas as faixas etárias.
CSSS01 PROGRAMA TULIPA	Quadra 02 Área Especial - São Sebastião	pavtulipa@gmail.co m	33355472	Pessoas em todas as faixas etárias.

## ANEXO B – LISTAGEM DOS PAVS (CONTINUAÇÃO)

REGIONAL / NOME DO PROGRAMA	ENDEREÇO	E-MAIL	TELEFONE	PÚBLICO ATENDIDO
HRS PROGRAMA SEMPRE VIVA	Quadra 12 Área Especial – Setor Central – Sobradinho	programasempreviva @gmail.com	34879241 33531144	Pessoas em todas as faixas etárias.
HRT PROGRAMA AZALEIA	QNC Área Especial nº 24 - Taguatinga Norte	pavazaleiahrt@gmail. com	33531162/55 33531159 35632630 35634221	Pessoas em todas as faixas etárias.
ISM Instituto de Saúde Mental	EPNB KM 04, Área Especial S/N, Av. Sucupira, Granja do Riacho Fundo – Riacho Fundo I		33994545	Adultos.
PAV Alfazema Núcleo Bandeirante	3ª Avenida nº 03 - Núcleo Bandeirante Centro de Saúde do NB	programaalfazema@ gmail.com	34866710 33867902 (Serviço Social)	Pessoas em todas as faixas etárias.
DRSRE PROGRAMA AMARILIS	Q. 102 - Área Especial 1 - Avenida Recanto - Recanto Das Emas	pavamarilisrecantoda semas@gmail.com	34345793	Pessoas em todas as faixas etárias.
HBDF PROGRAMA IPÊ	SMHS - Área Especial - Q. 101		33151320	Pessoas em todas as faixas etárias.
Programa Alecrim		pav.alecrim@gmail.c om	32143840	Atendimento ao autor (adulto) de violência sexual.
PIGL Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei	SGAS Quadra 608/609 Módulo A – Asa Sul	pigl.hmib@gmail.co m	32446953	Acolhimento e avaliação de casos. Inclusão em programa de interrupção gestacional nos casos previstos em lei. Encaminhamentos e acompanhamentos junto à VIJ nos casos de adoção.