



Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas - FACE
Departamento de Gestão de Políticas Públicas - GPP

GRACILENE DE SOUSA FARIAS

**A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres: uma
análise da assistência por meio do CEPAV**

Brasília – DF

2025

GRACILENE DE SOUSA FARIAS

**A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres: uma
análise da assistência por meio do CEPAV**

Monografia apresentada ao Departamento
de Gestão de Políticas Públicas como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharela em Gestão de Políticas Públicas

Professora Orientadora: Dra. Sheila
Cristina Tolentino Barbosa

Brasília – DF

2025

GRACILENE DE SOUSA FARIAS

**A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres: uma
análise da assistência por meio do CEPAV**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do
Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília da aluna:

Gracilene de Sousa Farias

Prof^a. Dr.^a Sheila Cristina Tolentino Barbosa
Professora-Orientadora

Prof^a. Dr.^a Ana Paula Antunes Martins
Professora-Examinadora

Brasília, 11 de fevereiro de 2025

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à minha orientadora professora Sheila Tolentino por todo seu comprometimento, dedicação e paciência em transmitir seu conhecimento para elaboração deste trabalho e em outras fases da minha graduação. Sua inteligência e sabedoria me inspiram.

Ao meu companheiro Eduardo Pereira por todo apoio, motivação, cuidado e respeito. Mais do que te amar, te admiro.

Agradeço às minhas irmãs, Letícia e Patrícia, hoje mulheres que eu amo, por seus incentivos. E ao meu pai Jales, que mesmo sobre o machismo enraizado em sua criação e diante das dificuldades da vida, sempre fez o que pode por nós.

Aos profissionais do Flor de Lótus pelo seu tempo, por suas ricas contribuições e pelo cuidado e dedicação com que desenvolvem suas atividades.

Por fim, meus mais sinceros agradecimentos a todas as professoras e professores do Departamento de Gestão de Políticas Públicas com quem tive o privilégio de aprender nos últimos anos.

“Nós somos um mosaico de todas as pessoas que passam por nossa vida.”
Gratidão por todos que fizeram parte dessa fase da minha vida.

RESUMO

Diante da grande necessidade da discussão sobre a garantia dos direitos das mulheres em situação de violência no Brasil, o objetivo do presente estudo é compreender como o atuação e o desenvolvimento das ações do Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) no DF correspondem aos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. O referencial teórico utilizado como base foi desenvolvido a partir de referências teóricas sobre as variadas formas de violência, o direito à saúde, a intersetorialidade, a integralidade e continuidade do cuidado e as Redes de Atenção à Saúde. Com vistas a atingir o objetivo da pesquisa foi utilizado a metodologia qualitativa com coleta de dados do portal InfoSaúde da Secretaria de Saúde do DF, informações de sites oficiais do governo distrital e nacional para análise de conteúdo com apoio de entrevistas semi estruturadas realizadas com três profissionais do CEPAV. A presente pesquisa buscou analisar como os Centros de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica do Distrito Federal correspondem aos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres. Para tanto foram analisados documentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde do DF e Ministério da Saúde combinado com entrevistas realizadas com profissionais do CEPAV. A referência utilizada como base para essas análises é a prestação de atendimento no âmbito de garantia de atendimento para vítimas de todas as formas de violência, o respeito ao direito à saúde, intersetorialidade, integralidade e continuidade do cuidado e as Redes de Atenção à Saúde. Quanto aos resultados vistos destacam-se a correspondência do atendimento no CEPAV ao eixo de assistência e acesso e garantia de direitos da Política Nacional. Embora haja lacunas quanto à comunicação intersetorial e a disponibilidade de atendimento multidisciplinar em todas as unidades do CEPAV, o serviço prestado por essa Instituição promove um atendimento para a pessoa em situação das mais variadas formas de violência por meio de um olhar humanizado. Há respeito às características individuais de cada paciente em seus aspectos biopsicossociais e preocupação com a articulação inter e intrasectorial para garantir que o acesso a direitos seja completo uma vez acessado o sistema.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Violência contra a mulher; CEPAV

ABSTRACT

Given the great need for discussion on guaranteeing the rights of women in situations of violence in Brazil, the objective of this study is to understand how the performance and development of actions of the Specialty Center for Care for People in Situations of Sexual and Family Violence and Domestic (CEPAV) in the DF correspond to the objectives of the National Policy to Combat Violence against Women. The theoretical framework used as a basis was developed from theoretical references on the various forms of violence, the right to health, intersectorality, comprehensiveness and continuity of care and Health Care Networks. In order to achieve the research objective, qualitative methodology was used with data collection from the InfoSaúde portal of the DF Health Department, information from official websites of the district and national government for content analysis with the support of semi-structured interviews conducted with three professionals. of CEPAV. This research sought to analyze how the Specialty Centers for Care for People in Situations of Sexual, Family and Domestic Violence in the Federal District correspond to the objectives of the National Policy to Combat Violence against Women. To this end, documents made available by the DF Health Department and the Ministry of Health were analyzed, combined with interviews conducted with CEPAV professionals. The reference used as a basis for these analyses is the provision of care within the scope of guaranteeing care for victims of all forms of violence, respect for the right to health, intersectorality, comprehensiveness and continuity of care and Health Care Networks. Regarding the results seen, the correspondence of the service at CEPAV to the axis of assistance and access and guarantee of rights of the National Policy stands out. Although there are gaps in intersectoral communication and the availability of multidisciplinary care in all CEPAV units, the service provided by this Institution promotes care for people in situations of the most varied forms of violence through a humanized approach. There is respect for the individual characteristics of each patient in their biopsychosocial aspects and concern with inter and intra-sectoral coordination to ensure that access to rights is complete once the system is accessed.

Keywords: Public Policies; Violence against women; CEPAV

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.....	17
Figura 2 - Diagrama da Rede de Atendimento.....	24
Figura 3 - Regiões de Saúde do Distrito Federal.....	30
Tabela 1 - Distribuição dos CEPAV's por Região de Saúde em 2023.....	31
Tabela 2 - Distribuição dos CEPAV's por instituição de saúde.....	31
Figura 4 - Organização dos Centro de Especialidades para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV nas Regiões de Saúde.....	32
Quadro 01 - Entrevistados.....	53
Figura 5 - Análise de Conteúdo de Bardin.....	55
Tabela 3 - Classificação de atendimento do CEPAV.....	58
Tabela 4- Classificação e quantidade de atendimentos 2020-2024.....	61
Figura 6 - Fluxograma de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual.....	67
Tabela 5 - Procedimentos realizados por Médico Ginecologista e Obstetra no CEPAV-2020-2024.....	69
Gráfico 1 - Atendimentos por Médico Ginecologista e Obstetra - 2020-2024.....	79
Gráfico 2 - Atendimentos por Enfermeiros - 2020-2024.....	80
Gráfico 3 - Atendimento por Assistente Social - 2020-2024.....	81
Gráfico 4 - Atendimento por Psicólogos - 2020-2024.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEPAV - Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica

CNPM - Conferência Nacional de Políticas para Mulheres

CRAS - Centros de Referência da Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializado de Assistência Social

DEAM - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher

DF - Distrito Federal

IML - Instituto Médico Legal

NEPAV - Núcleos de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências

Nupav - Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAIF - Programa de Atenção Integral à Família

PAV - Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência

PIGL - Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei

PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RAV - Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência

SEDIM - Secretaria de Estado de Direitos da Mulher

SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. Políticas Públicas Para Mulheres em Situação de Violência no Brasil.....	9
1.2. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.....	11
1.3. Centro de Especialidade para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV.....	22
1.4. Pergunta de Pesquisa.....	31
1.5. Objetivo Geral.....	33
1.6. Objetivos Específicos.....	33
1.7. Justificativa.....	34
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
2.1. A Violência Contra a Mulher.....	34
2.1.1. Violência Física.....	36
2.1.2. A Violência Sexual.....	36
2.1.3. A Violência Psicológica.....	38
2.1.4. A Violência Patrimonial.....	38
2.1.5. Violência Moral.....	39
2.1.6. A Violência Doméstica.....	39
2.1.7. O Tráfico de Mulheres.....	40
2.1.8. Exploração Sexual Comercial de Mulheres.....	40
2.1.9. Violência Institucional.....	40
2.2. O Direito à Saúde.....	41
2.3. A Intersetorialidade.....	42
2.4. Integralidade e Continuidade do cuidado na Atenção às Vítimas de Violência.....	43
2.5. As Redes de Atenção à Saúde.....	45
3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	47
3.1. Tipo e Descrição Geral da Pesquisa.....	48
3.2. Procedimentos de Coleta e Análise de Dados.....	48
3.2.1 Caracterização dos Instrumentos de Pesquisa.....	49
3.2.1.1. Análise Documental.....	49
3.2.1.2. Entrevista.....	51
3.2.1.3. Análise de Conteúdo.....	51
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	54
4.1. Atuação do CEPAV em Casos de Violência Contra a Mulher.....	54
4.1.1. Atendimento Nos Casos de Violência Física.....	60
4.1.2 O Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no CEPAV.....	63
4.1.3. O Atendimento às Vítimas de Violência Psicológica no CEPAV:.....	68
4.1.4. O Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica, Patrimonial e Moral no CEPAV.....	70
4.1.5. O Atendimento às Vítimas de Tráfico de Mulheres no CEPAV e Exploração sexual comercial de mulheres.....	71
4.1.6. Violência Institucional.....	72
4.2. O Direito à Saúde.....	73

4.3. A Intersetorialidade no CEPAV.....	81
4.4. Integralidade e Continuidade do Cuidado na Atenção às Vítimas de Violência.....	85
4.5. As Redes de Atenção à Saúde.....	94
5. CONCLUSÃO.....	99
6. REFERÊNCIAS.....	101
7. APÊNDICES.....	111
7.1. Apêndice A - Indicadores de Integralidade e Continuidade do Cuidado.....	111
7.2. Apêndice B - Indicadores de Intersetorialidade.....	112
7.3. Apêndice C - Indicadores de Rede de Atenção à Saúde.....	113
7.4. Apêndice D - Esquematização dos objetivos da PNEVCM.....	114
7.5. Apêndice E - Roteiro de Entrevistas realizadas com Profissionais do CEPAV.....	115

1. INTRODUÇÃO

1.1. Políticas Públicas Para Mulheres em Situação de Violência no Brasil

A história da constituição de políticas públicas para mulheres no Brasil na forma em que se encontra atualmente foi iniciada com a inserção do país nas convenções e tratados internacionais sobre a temática: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981) a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000).

Entre os anos de 1985 a 2002, a criação de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e de Casas-Abrigo foram os marcos da política de enfrentamento à violência contra as mulheres pautados nas áreas de segurança pública e assistência social. Essas iniciativas constituem também a base do Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, gerenciado pela Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), criada em 2002 e vinculada ao Ministério da Justiça.

Na área da saúde, em 1999, a participação em política para mulheres pelo Ministério da Saúde ocorre com a elaboração da Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual¹. Esta Norma Técnica garantiu o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde, sendo assim, uma das medidas adotadas com objetivo de reduzir os agravos decorrentes deste tipo de violência.

¹ Ministério da Saúde. Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 27 de mar. de 2024.

Outra abordagem do Estado diante da situação de violência vivenciada por mulheres pautada na área da saúde é a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres) de 2004. Essa Política é responsável pelos aspectos de atenção à saúde das mulheres, inclusive para o atendimento das vítimas de violência. Ela reconhece a importância de garantir o acolhimento e a assistência adequada a mulheres que sofrem violência de gênero como parte integral da atenção à saúde. Entre as diretrizes princípios da PNAISM relacionados ao atendimento de mulheres vítimas de violência incluem:

- Integralidade da Atenção à Saúde das mulheres: o atendimento envolve além de questões físicas, mas também aspectos psicológicos, sociais e emocionais, incluindo a violência de gênero.
- Humanização do Atendimento: A política destaca a importância de garantir um atendimento humanizado e acolhedor a todas as mulheres, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, como as vítimas de violência.
- Prevenção e Atenção à Violência: A PNAISM reconhece a necessidade de prevenir e combater a violência contra as mulheres, bem como de oferecer assistência integral às mulheres que sofrem violência, incluindo o acesso a serviços de saúde, psicológicos e sociais.
- Rede de Atenção à Saúde: A política enfatiza a importância de articular uma rede de atenção à saúde que ofereça serviços integrados e coordenados para atender às necessidades das mulheres em situação de violência, garantindo o acesso a cuidados de qualidade em todos os níveis de atenção.

A promulgação da Lei 10.778/2003 institui a Notificação Compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde, públicos ou privados e configura-se como novo avanço². No mesmo ano, com a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres, as ações para o enfrentamento à violência contra as mulheres têm seus investimentos ampliados promovendo a criação de novos serviços como o Centro de Referência de Atendimento às Mulheres, as

² BRASIL. Lei nº10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm>. Acesso em: 07 de fev. de 2023.

Defensorias da Mulher, as Promotorias Especializadas, os Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor.

A Política Nacional para as Mulheres, instituída em 2004, possui como base para suas discussões as Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres realizadas em 2004, 2007, 2011 e 2015, sendo vigente atualmente o Plano Nacional de Políticas para Mulheres como instrumento para o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional formulado a partir das discussões da Conferência de 2011. As Conferências Nacionais contam com a discussão entre gestoras de políticas para mulheres e representantes da sociedade civil organizada e constitui-se em um elemento estrutural da configuração de um Estado democrático.(Ministério da Mulher, 2023).

A atuação multifacetada com abrangência de diversos setores no trato da violência contra mulheres ocorre a partir das Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres (I e II CNPM). Essas Conferências promoveram a construção coletiva de dois Planos Nacionais de Políticas para Mulheres, dentro deles o Enfrentamento à Violência contra as Mulheres é ferramenta intersetorial no assunto. Dando sequência ao desenvolvimento surgido dos Planos Nacionais de Políticas para mulheres, em 2007 é lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. O Pacto Nacional integrou a Agenda Social do Governo Federal em uma estratégia de integração entre governo federal, estadual e municipal frente as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres. A estratégia visou a descentralização das políticas públicas no tema através de um acordo federativo, tendo por base a intersetorialidade e a capilaridade das iniciativas propostas para resolução das demandas na área.

O cenário do problema da violência contra a mulher no DF apresenta a grande demanda de políticas voltadas ao atendimento das mulheres em situação de violência. Nesse âmbito, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023)³ apontou que o DF registrou a taxa mais alta de feminicídio do país. Essas vítimas, inclusive, passaram por diversas formas de violência antes do feminicídio.

³ FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2023.

Dentre as formas de violência registradas as que mais aumentaram nos últimos anos foram a violência sexual e doméstica (FBSP, 2023). Somente em 2022 foram registradas 270 casos de estupro e mais de 3.300 casos de violência doméstica no DF (FBSP, 2023). Em todo o Brasil esses números chegam a 74.930 casos de estupro, 245.713 agressões por violência doméstica, 613.529 ameaças 899.485 chamados ao 190, sendo 102 acionamentos por hora. Para violência psicológica foram 24.382 casos registrados e 445.456 Medidas Protetivas de Urgência concedidas.

Desconsiderando a grande taxa de subnotificações que pode aumentar todos os dados disponíveis, os números registrados apontam para uma grande problemática da violência no DF e no Brasil. Nesse sentido, a Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres é uma importante ferramenta na lida com essa demanda social.

1.2. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres oriunda da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM, 2003) tem como propósito estabelecer diretrizes, princípios, conceitos e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres e promover a assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência em consonância com as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e a legislação nacional (SPM, 2011).

Dentre os instrumentos normativos seguidos pela Política Nacional estão a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e as convenções e tratados internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres reconhece as variadas formas de violência, mas foca suas ações nas seguintes expressões de violência: Violência Doméstica – compreendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação conforme Lei 11.340/2006.

São princípios orientadores da Política Nacional para Mulheres: autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; caráter laico do Estado; universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.

As diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres são:

- Garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Estado Brasileiro relativos ao enfrentamento da violência contra as mulheres;
- Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública.
- Combater as distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres, como a exploração sexual e o tráfico de mulheres.
- Implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial nas áreas de saúde, educação, assistência, turismo, comunicação, cultura, direitos humanos e justiça
- Incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência.

- Estruturar as Redes de Atendimento à mulher em situação de violência nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

O objetivo geral da Política Nacional consiste em enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno. A partir dessa ideia os objetivos específicos são:

- Reduzir os índices de violência contra as mulheres;
- Promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz;
- Garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional.
- Proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento.

Coconstituída a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres teve sua elaboração baseada na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher e pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Dentre os eixos do PNPM está o enfrentamento à violência contra a mulher que determina como objetivo a criação de uma Política Nacional.

Embora sua formulação tenha ocorrido há mais de 20 anos, é importante mencionar o processo de avanços e retrocessos ocorridos dentro das Políticas para Mulheres no Brasil (IPEA, 2023)⁴.

⁴ https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11863/1/TD_2866_Web.pdf

Conforme apontado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2023) o histórico das Políticas para Mulheres tem seu auge entre os anos de 2003 a 2014 com a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres tendo *status* ministerial. Nesse período foram criadas políticas cuja formulação e implementação contavam com conceitos transversais e interseccionais.

A partir de 2015 a 2018, com a inclusão da SPM no Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos recém criado, e com sua perda de *status* ministerial, as políticas para mulheres iniciam um processo de limitações. Esse momento limitou as ações da SPM e interrompeu o andamento das políticas e planos vigentes (IPEA, 2003), havendo inclusive estagnação da agenda.

Em 2019 houve o início de um período político conservadorista ocorrido pela troca de governos. A partir desse período a SPM é inserida no novo Ministério das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos, momento no qual acontece a fase mais desafiadora para as políticas para as mulheres. A nova premissa leva em consideração uma visão religiosa e conservadora do papel da mulher na sociedade. Nesse sentido, essa nova fase promove um processo de desmonte das políticas para mulheres (IPEA, 2023).

Diante desse processo ao longo dos anos da constituição da Política Nacional de Violência contra as Mulheres, o documento institucionalizado utilizado como base para orientação dessa pesquisa é o ultimo disponibilizado no ano de 2011⁵.

O enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher manteve-se como um eixo temático na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2007, indicando a pertinência do tema três anos após a primeira Conferência realizada.

O termo ‘enfrentamento’, adotado pela Política Nacional, refere-se à implementação de políticas amplas e articuladas, que correspondam a complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas formas.

⁵https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_e ntenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres

Esse processo exige uma ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, justiça, segurança pública, assistência social, educação). Devem promover ações que visem combater as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interferindo nos padrões sexistas e machistas perpetuados na sociedade.

Ainda, é importante sua atuação no desenvolvimento do empoderamento feminino e a garantia de atendimento qualificado e humanizado para as mulheres em situação de violência. Assim, a definição de enfrentamento não está limitada à ideia do combate, mas também envolve as dimensões de garantia de direitos das mulheres, prevenção e assistência.

A atuação delimitada pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres está calcada em quatro eixos conforme a Figura 1:

Figura 1 - Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres



Fonte: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2011

No campo preventivo a Política Nacional busca implementar ações educativas e culturais que difundam ideias de respeito às diversidades de gênero, desconstrução dos estereótipos e alteração dos padrões sexistas, perpetuadores das desigualdades de poder entre homens e mulheres e da violência contra as mulheres. Ainda, no âmbito da prevenção há a presença de campanhas sobre as variadas formas de violência de gênero sofridas pelas mulheres com o objetivo de anular a tolerância da sociedade frente ao fenômeno.

A prevenção referente a violência doméstica centra na mudança de valores, em especial no que tange à cultura do silêncio quanto à violência contra as mulheres no espaço doméstico e à banalização do problema pela sociedade.

No quesito combate à violência contra as mulheres está o estabelecimento e cumprimento de normas penais que garantam a punição e a responsabilização dos autores de violência contra as mulheres. Nesse sentido, a Política Nacional propõe ações que assegurem a implementação da Lei Maria da Penha, sobretudo na seus aspectos processuais/penais e no que diz respeito à criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

Além disso, a Política busca fortalecer atividades de combate ao tráfico de mulheres e à exploração comercial..

Por estar em consonância com os direitos humanos a Política deve cumprir as recomendações previstas na Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) e na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW, 1981).

Na área da garantia de direitos, as iniciativas implementadas visam a promoção do empoderamento das mulheres, o acesso à justiça e aos direitos por ela garantidos para as mulheres.

Na esfera da assistência a Política Nacional deve assegurar o atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência através da criação de serviços especializados como os Centros de Referência, as Casas-Abrigo, os Centros de Reabilitação e a Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher. Ademais, é necessário o desenvolvimento da formação continuada de agentes públicos e comunitários e a constituição e fortalecimento da Rede de Atendimento para promover a articulação entre o governo Federal, Estadual, Municipal, Distrital e da sociedade civil para garantir a integralidade do atendimento.

As ações previstas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2008) são implementadas pela Política Nacional de Enfrentamento À Violência para as Mulheres. As prioridades são:

- Ampliar e aperfeiçoar a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência (eixo de assistência);
- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência com atendimento qualificado ou específico (assistência)
- Garantir a implementação da Lei Maria da Penha e outras normas jurídicas nacionais e internacionais (combate e garantia de direitos);
- Promover ações para prevenção de violência contra mulher em todas suas formas nas áreas públicas e privadas (linha de prevenção);
- Promover atenção à saúde das mulheres em situação de violência, sendo o atendimento qualificado ou específico (assistência);

- Produzir e sistematizar dados e informações sobre violência contra mulher (prevenção e assistência);
- Garantir o enfrentamento da violência contra as mulheres, jovens e meninas vítimas do tráfico e da exploração sexual e que exercem a atividade da prostituição (prevenção, assistência e garantia de direitos); .
- Promover os direitos humanos das mulheres encarceradas (assistência e garantia de direitos).

Além disso, a Política Nacional incorpora ações voltadas para o tráfico de mulheres, para a garantia de direitos das mulheres em situação de prisão e para o combate à feminização da AIDS, áreas inseridas por recomendação da II Conferência de Políticas para as Mulheres (2007).

No Pacto Nacional de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres estão as metas e ações detalhadas a serem implementadas pela Política Nacional. O Pacto Nacional é o plano de ações referente à Agenda Social do Programa de Aceleração de Desenvolvimento (2007).

O Pacto Nacional deverá ser executado por diferentes órgãos da Administração Pública como o Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, entre outros, com ações nas seguintes áreas estruturantes:

- Consolidação da Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres e Implementação da Lei Maria da Penha: que inclui, entre outros aspectos, o fortalecimento da rede de atendimento; a capacitação de profissionais da Rede; a manutenção e ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; ações e campanhas educativas de prevenção; a implementação e funcionamento do Observatório da Lei Maria da Penha; a consolidação do Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre a Violência contra as Mulheres;
- Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids: contemplando ações como a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, especialmente a pílula de anticoncepção de emergência, a implementação da Notificação Compulsória nos serviços de saúde, a garantia do

abortamento legal e a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST;

- Combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres: incluindo ações para a implantação da Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas; a construção de metodologias de atendimento às mulheres vítimas de tráfico; e o apoio/realização de projetos inovadores de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes;
- Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão: com a construção/reforma de estabelecimentos penais femininos; a garantia de serviços de saúde integral, sistema educacional, cultura e lazer no sistema prisional e acesso à justiça e à assistência jurídica gratuita; a proteção aos direitos sexuais e reprodutivos e à maternidade; e o apoio/realização de projetos de geração de renda para as mulheres nos estabelecimentos penais.

De acordo com a Secretaria de Políticas para Mulheres em sua publicação referente a Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra Mulheres (2011), a realização de monitoramento das ações é ferramenta indispensável para garantir a plena execução do planejamento realizado.

Ainda, a avaliação sistemática e acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas nas áreas de prevenção, combate à violência contra as mulheres, assistência e garantia de direitos das mulheres em situação de violência é fundamental para realização da fase de monitoramento.

Ademais, na mesma publicação de 2011, a Secretaria de Políticas para Mulheres aborda sobre a articulação intergovernamental e sua importância no desenvolvimento de todos os eixos da Política, mas não deixa de tratar sobre a barreira a ser vencida que é a desarticulação e tendência ao isolamento de serviços ocorrida com a independência dos entes.

Nessa situação, o trabalho em rede é apontado como boa ferramenta para a promoção de uma ação coordenada entre governos Estaduais, Municipais e o Distrito Federal e a sociedade civil com apoio e monitoramento garantindo a integralidade do atendimento.

A ideia de Rede de atendimento possui o intuito da atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade,

visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção.

Diante da complexidade da temática da violência contra mulheres, a rede de atendimento almeja conseguir circundar o caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outras.

A Rede de Atendimento considera o percurso crítico que a mulher em situação de violência percorre e busca a entrega de assistência qualificada que não revitimiza essas vítimas (Secretaria de Políticas para Mulheres, 2011). Sua composição engloba os seguintes serviços:

- Centros de Referência: espaços de acolhimento e atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência. Devem atuar como articuladores das instituições e serviços governamentais e não governamentais que integram a Rede de Atendimento. Assim, monitoram e acompanham as ações desenvolvidas pelas instituições que compõem a Rede.
- Casas-Abrigo: é um serviço sigiloso e temporário que visa fornecer locais seguros de moradia protegida e atendimento integral a mulheres em risco de vida iminente em razão da violência doméstica.
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher: As DEAMs são unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. Suas atividades têm caráter preventivo e repressivo, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, as quais devem ser pautadas no respeito aos direitos humanos e nos princípios do Estado Democrático de Direito (Norma Técnica de Padronização – DEAMs, SPM:2006). Com a promulgação da Lei Maria da Penha, as DEAMs passam a desempenhar novas funções que incluem, por exemplo, a expedição de medidas protetivas de urgência ao juiz no prazo máximo de 48 horas.
- Defensorias da Mulher: oferecem assistência jurídica, orientação e encaminham as mulheres em situação de violência. É responsável pela

defesa das cidadãs que não possuem condições econômicas de ter advogado contratado por seus próprios meios. A Secretaria de Políticas para Mulheres tem investido na criação e consolidação de Defensorias da Mulher como uma das formas de ampliar o acesso à Justiça e garantir às mulheres orientação jurídica adequada, bem como o acompanhamento de seus processos.

- Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher: são órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal que poderão ser criados pela União (no Distrito Federal e nos Territórios) e pelos Estados para o processo, julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) que prevê a criação dos Juizados, esses poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde.
- Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180: é um serviço do Governo Federal criado em 2005 pautado no auxílio e orientação das mulheres em situação de violência através do número de utilidade pública 180. As ligações podem ser feitas gratuitamente de qualquer parte do território nacional. As atendentes da Central são capacitadas permanentemente em questões de gênero, legislação e políticas governamentais para as mulheres. A Central é responsável pelo encaminhamento da mulher para os serviços da rede de atendimento mais próxima, assim como prestar informações sobre os demais serviços disponíveis para o enfrentamento à violência.
- Ouvidorias: A Ouvidoria é o espaço de comunicação direta entre a instituição e a população. É uma ferramenta que atua através da articulação com outros serviços de ouvidoria em todo o país, encaminhando os casos que chegam para os órgãos competentes em nível federal, estadual e municipal, além de proporcionar atendimentos diretos. Logo, a Ouvidoria busca fortalecer o acesso aos direitos das vítimas. A SPM possui o serviço de ouvidoria disponibilizado à população desde 2003.
- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): Os Centros de Referência da Assistência Social fazem parte do PAIF (Programa de Atenção Integral à Família) e desenvolvem serviços básicos continuados e ações de caráter preventivo para famílias em situação de vulnerabilidade social (proteção

básica). Os CREAS, por outro lado, são responsáveis pela proteção de famílias e indivíduos que tenham seus direitos violados e que vivam em situações de risco pessoal e social (proteção especial).

- Serviço de Responsabilização e Educação do Agressor: é o responsável pelo acompanhamento das penas e das decisões proferidas pelo juízo competente no que tange aos agressores, conforme previsto na Lei 11.340/2006 e na Lei de Execução Penal. Esses serviços deverão, portanto, ser necessariamente vinculados ao sistema de justiça, entendido em sentido amplo (Poder Judiciário, Secretarias de Justiça Estadual e/ou Municipal). Entre suas atribuições, podem-se citar: a promoção de atividades educativas, pedagógicas e grupos reflexivos, a partir de uma perspectiva de gênero feminista e de uma abordagem responsabilizante; e o fornecimento de informações permanentes sobre o acompanhamento dos agressores ao juízo competente, por meio de relatórios e documentos técnicos pertinentes;
- Polícia Civil e Militar: A Delegacia comum também deve registrar toda e qualquer ocorrência oriunda de uma mulher vítima de violência. São os profissionais da Polícia Militar que, muitas vezes, fazem o primeiro atendimento ainda na residência ou em via pública, realizando então o primeiro atendimento e encaminhando para outros serviços da rede.
- Instituto Médico Legal: O IML desempenha um papel importante no atendimento à mulher em situação de violência, principalmente as vítimas de violência física e sexual. Sua função é decisiva na coleta de provas que serão necessárias ao processo judicial e condenação do agressor. É o IML quem faz a coleta ou validação das provas recolhidas e demais providências periciais do caso.
- Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual: A área da saúde, por meio Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, tem prestado assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violência sexual, inclusive quanto à interrupção da gravidez prevista em lei nos casos de estupro.

Figura 2 - Diagrama da Rede de Atendimento



Fonte: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2011

1.3. Centro de Especialidade para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV

O Distrito Federal possui uma política pública exclusiva voltada ao atendimento no âmbito da saúde para vítimas de violência sexual, doméstica e familiar em consonância com o eixo de assistência da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a Rede de Serviços de Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência, uma resposta do governo local à Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990⁶, que estabelece que o SUS seja organizado em rede de serviços de maneira regionalizada e hierarquizada. A Rede coordena os Centros de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVs), intitulado Flores em Rede. Os CEPAVs

⁶ **BRASIL.** Lei nº8.080, 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. *Brasília*, DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 31 de mar. de 2024.

foram instituídos por meio da Portaria nº 942 de 18 de novembro de 2019⁷ em substituição ao Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV).

Além de estar em consonância com a Lei nº 8.080/1990, o surgimento do Flores em Rede é propiciado por outras ações ao longo dos anos nas esferas do Governo Federal e Distrital, uma delas é a criação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Criada em 2001 através da Portaria nº 737/GM/MS⁸, a Política é uma das medidas de estruturação e inovação do Sistema Único de Saúde na lida com a temática da violência no país. Dentre suas diretrizes estão a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, prevendo a assistência interdisciplinar e intersetorial para as vítimas de violência.

Em 2003 o Governo do Distrito Federal criou por meio do Decreto nº 23.812⁹ os Núcleos de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências (NEPAV's), sendo eles responsáveis pelo planejamento, coordenação, normatização das ações de promoção, prevenção e atendimento das pessoas em situação de violência. A ação visou corresponder às diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e foi reestruturada no ano seguinte pela Portaria nº. 936/GM¹⁰, de 19 de maio de 2004, que definiu a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

⁷ **DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde.** Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019. Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV). Distrito Federal, 2019. Disponível em: <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/Portaria_942_18_11_2019.html>. Acesso em 31 de mar. de 2024.

⁸ **BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001. Define os critérios para a implantação de serviços de atenção domiciliar. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html>. Acesso em: 31 de mar. de 2024.

⁹ **DISTRITO FEDERAL.** Decreto nº 23.812 de 03 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: <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/43231/Decreto_23812_03_06_2003.html>. Acesso em: 31 de mar. de 2024.

¹⁰ **BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 936/GM, de 19 de maio de 2004. Estabelece a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.htm>. Acesso em: 31 de mar. de 2024.

Em 2012, por meio da Portaria nº 141¹¹, o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) é instituído com o objetivo de prestar atendimento biopsicossocial com atuação interdisciplinar no atendimento às vítimas de violência. Além disso, era incumbido de realizar capacitação para os profissionais da saúde e executar outras atividades de promoção e prevenção no âmbito da violência.

Os Centros de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVs) substituem o PAV seguindo algumas leis e regulamentações instituídas no país ao longo dos anos conforme o aprimoramento e mudanças presentes no contexto do trato com a violência.

Atualmente os CEPav's são coordenados pelo Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (Nupav) que também é dividido em unidades nas regiões de saúde e são amparados pela Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do DF (RAV), recém estipulada.

Dentre as normas que exercem influência na nova constituição dos CEPav's está o Decreto Federal nº 7.958 de março de 2013, que estipula as orientações para um atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS evidenciando a preocupação na realização do acolhimento das pessoas em situação de vulnerabilidade psicológica oriunda da violência.

No âmbito do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde por meio da Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos publicou, em 2018, uma Nota Técnica com as recomendações para o atendimento de vítimas de violência sexual na rede pública na região¹². O documento traz em sua redação a necessidade do zelo no atendimento pela saúde física e psicológica das vítimas. Ainda, aborda a importância da capacitação das equipes especializadas que atuam no acolhimento e acompanhamento das vítimas.

Os cuidados da saúde física das mulheres vítimas de violência no Distrito Federal seguem o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia

¹¹ **DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde.** Portaria nº 141 de 17 de julho de 2012. Institui o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV). (Revogada pela Portaria nº942 de 18 de novembro de 2019). Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/71928/Portaria_141_17_07_2012.html. Acesso em: 28 de mar. de 2024.

¹² Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV. Recomendações para o atendimento médico das pessoas após violência sexual na rede de saúde do Distrito Federal.

Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção Pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2015).

Atualmente são 18 unidades do CEPAV distribuídas entre as sete regiões de saúde do Distrito Federal para prestação de acolhimento e atendimento às vítimas de violência sexual, familiar e doméstica. Atendem crianças e adultos em grupo ou individualmente conforme definido para cada unidade por meio de encaminhamento de outros órgãos como Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e emergências, Delegacias de Atendimento à Mulher (Deam I e II) e conselhos tutelares, ou procura espontânea das vítimas.

Suas competências envolvem o planejamento, execução, monitoramento e avaliação em demandas de prevenção, promoção da saúde à população em situação de violência.

Inicialmente a equipe promove o acolhimento das vítimas em um processo de escuta para compreender a situação individual e identificar as necessidades de cuidados físicos e psíquicos. Após o contato inicial os profissionais dão início a primeira fase do tratamento que consiste em atendimentos agendados individuais em sessões quinzenais com psicólogos, enfermeiros, clínicos gerais, assistentes sociais e ginecologistas.

Ao evoluir o tratamento, o atendimento segue para reuniões em grupo com bate-papos temáticos e atividades criativas diversas. O intuito é promover a troca de experiências e reforçar a divulgação de informação sobre os tipos de violência, direitos da mulher e do cidadão, canais de denúncia e onde procurar ajuda.

Na etapa de atendimento grupal se explora assuntos como medo, culpa, autopercepção, limites e autoestima. O objetivo nesse processo é trabalhar a nomeação, ressignificação, interrupção e a superação da violência.

Além disso, os profissionais preocupam-se em garantir que os pacientes compareçam aos atendimentos, participem dos encontros e não abandonem o tratamento. Como alternativa são oferecidas remarcação de horários e até consultas em modo virtual.

O tratamento costuma durar de seis meses a um ano podendo ser estendido a depender das especificidades de cada paciente conforme entendimento dos profissionais durante as etapas de atendimento.

No entanto, mesmo quando o paciente recebe alta do tratamento há ainda a preocupação da equipe em o encaminhar para vinculação na sua Unidade Básica de

Saúde (UBS) ou no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de psiquiatria caso haja necessidade.

Os CEPAVs também atuam no fomento de pesquisas e análises epidemiológicas, articulam-se intersetorialmente e intrasetorialmente para executar ações de vigilância na temática e propor estratégias para o enfrentamento da problemática em parceria com a Rede de Proteção e Responsabilização. Além disso, outra competência relativa ao CEPAV diz respeito à elaboração de iniciativas em termos de educação e saúde, comunicação e capacitação técnica em vigilância epidemiológica.

Prestam atendimento em regime ambulatorial na atenção secundária e em todos os ciclos de vida sendo referência no atendimento de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica. Tem foco em reduzir danos provocados por situações traumáticas, promovem a ressignificação e reabilitação física e mental das vítimas. Suas unidades estão dispostas em hospitais ou policlínicas da rede pública de saúde do DF.

Na execução do atendimento há fluxos estabelecidos para promover a atuação em situações crônicas e agudas conforme o grau de agravo físico e psicológico, estes seguem um sistema de classificação de risco. A todas as unidades são recomendadas a terem capacidade de identificação de sinais e sintomas de vivências violentas, tipificar, realizar notificações e solicitar o cuidado necessário conforme a demanda.

Atuam em equipes interdisciplinares seguindo a legislação, normas técnicas e protocolos vigentes. Suas atribuições são:

Portaria nº 942/2019 (SES/DF). (2019)

“Art. 4º O CEPAV tem as seguintes atribuições:

I - Prestar assistência em uma abordagem biopsicossocial e interdisciplinar às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica;

II - Elaborar e divulgar material educativo e informativo relativo às ações de promoção, prevenção e atendimento na temática violência sexual, familiar e doméstica;

III - Executar as ações de educação permanente para os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção e outros parceiros da Rede de Proteção e Responsabilização para as ações de promoção, prevenção, atendimento, notificação e seguimento em Rede;

IV - Promover a articulação da Rede Intra e Intersetorial no território;

V - Ofertar apoio matricial às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e demais unidades de saúde;

VI - Executar outras atividades relacionadas à temática.

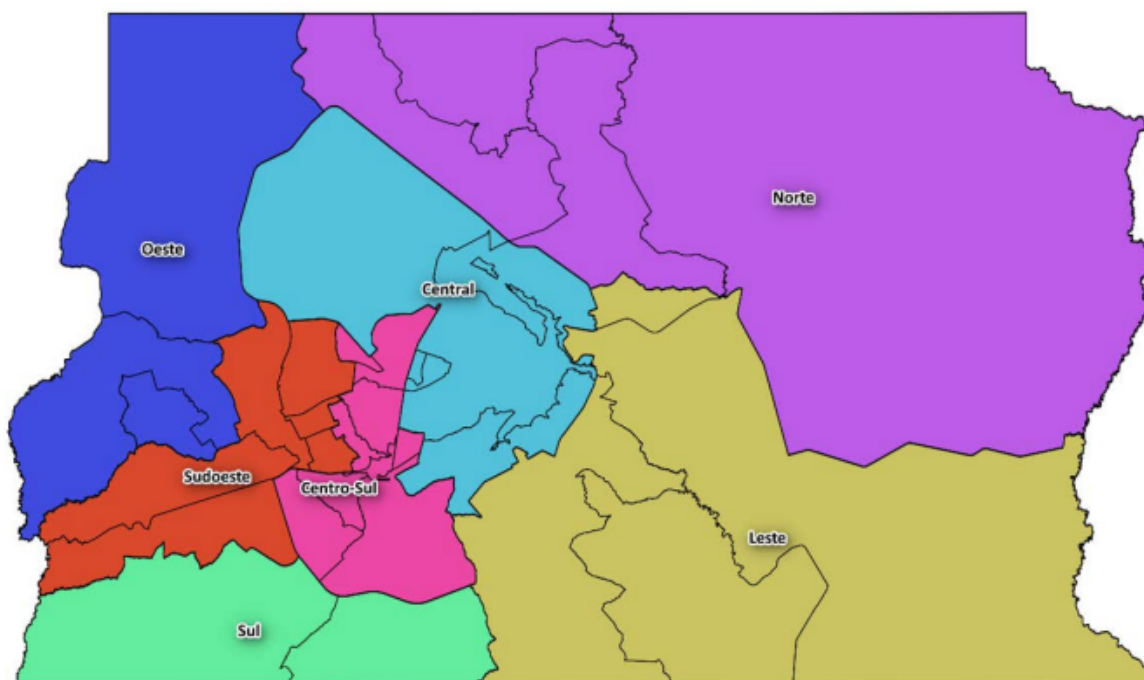
Ainda, a Portaria estabelece os profissionais que devem constituir seu quadro, sendo eles: Assistente Social, Equipe de enfermagem, Psicólogo, Técnico administrativo e a Equipe médica de referência (Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria)

Para compreender a distribuição das unidades CEPAV no Distrito Federal é necessário conhecer a divisão realizada pela Secretaria de Saúde para facilitar a gestão da pasta.

Para realizar a gestão das políticas de saúde, o Distrito Federal foi dividido em 07 regiões de saúde. Essas regiões possuem superintendências subordinadas diretamente à Secretaria de Estado de Saúde. Estão incumbidas na promoção, articulação e fortalecimento das ações de saúde em todos os níveis de atenção de maneira integrada em cada região.

A imagem a seguir aponta a forma de divisão das regiões de saúde:

Figura 3 - Regiões de Saúde do Distrito Federal



Fonte: Decreto nº 37.515/2016 e alterações posteriores. Elaboração: SES/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GMOAS, 2023.

As Regiões de Saúde abrangem as referidas Regiões Administrativas:

- Região Central compreende Asa sul e Norte, Cruzeiro, Lago Norte e Sul, Varjão, Vila Planalto e Sudoeste
- Região Centro Sul: Guará, Núcleo Bandeirante, Candangolândia e Riacho Fundo
- Região Oeste: Ceilândia e Brazlândia
- Região Sul: Gama e Santa Maria
- Região Leste: Paranoá, Itapoã e São Sebastião
- Região Norte: Sobradinho, Fercal e Planaltina
- Região Sudoeste: Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas e Vicente Pires

As unidades do CEPAV estão divididas por regiões de saúde conforme apresenta a tabela seguinte:

Tabela 1 - Distribuição dos CEPAV's por Região de Saúde em 2023

Região de Saúde	Região Administrativa	CEPAV
Central	Plano Piloto	05*
Centro-Sul	Guará	01
	Núcleo Bandeirante	01
Leste	Paranoá	01
	São Sebastião	01
Norte	Sobradinho I	01
	Planaltina	01
Oeste	Ceilândia	01
Sudoeste	Taguatinga	01
	Recanto das Emas	01
	Samambaia	01
Sul	Gama	01
	Santa Maria	01
URD	HMIB	01
TOTAL		18

Fonte: NEPAV/CVDANT/DIVEP/SVS/SES-DF, 2023. Nota: *01 que atende autores de violência sexual de crianças e adolescentes.

Atualmente o Distrito Federal possui 18 unidades do CEPAV, conforme tabela abaixo de distribuição nas regiões. Sendo a unidade no Recanto das Emas e HMIB criadas recentemente.

Das 18 unidades disponíveis, 13 delas atendem todas as tipologias de violência e faixas etárias, duas tratam de registro e investigação epidemiológica (Amarílis e Ipê). Há ainda cinco serviços com atendimento específicos: Caliandra e Jasmim atendem público de até 18 anos. Alecrim recebe autores de violência sexual de crianças e adolescentes com encaminhamento judicial, Jardim presta suporte a saúde mental para a rede dos CEPAV's e o Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL) com atendimento exclusivo e especializado em casos de interrupção gestacional com previsão legal.

Quanto às unidades do CEPAV por seus nomes e instituição em que são instaladas estão distribuídas da seguinte maneira:

Tabela 2 - Distribuição dos CEPAV's por instituição de saúde

REGIÃO DE SAÚDE	CEPAV	LOCAL
CENTRAL	MARGARIDA JASMIN	HRAN HRAN

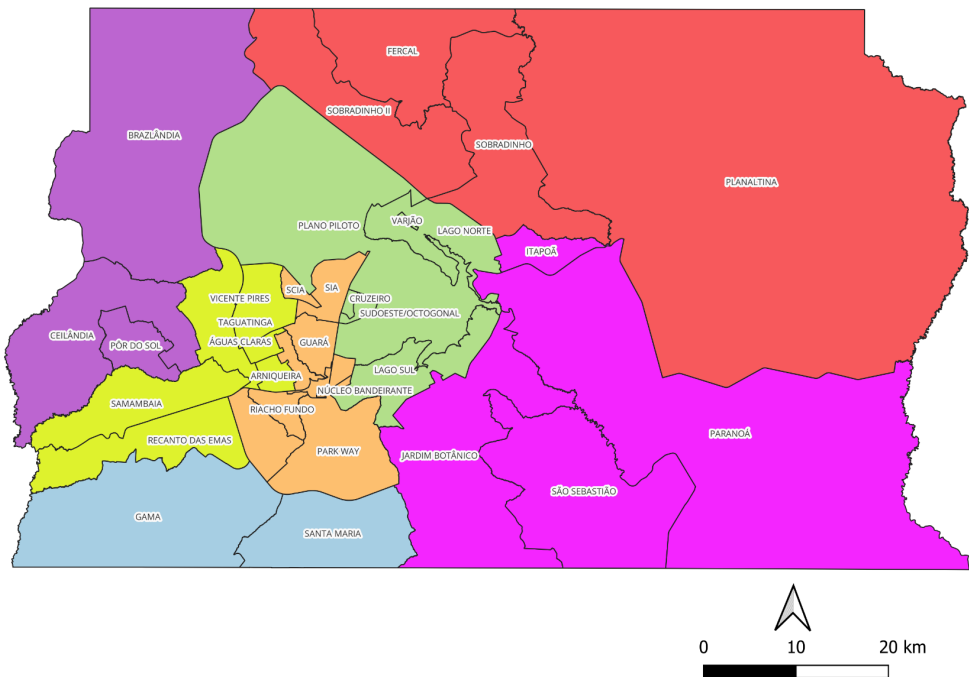
	CALIANDRA	ADOLESCENTRO
CENTRO SUL	PRIMAVERA ALFAZEMA	HRGu
OESTE	FLOR DE LÓTUS	HRC
SUL	GARDÊNIA FLOR DO CERRADO	HRG HRSM
LESTE	GIRASSOL TULIPA	HRPa CSSS01
NORTE	FLOR DE LIS SEMPRE VIVA	HRP HRS
SUDOESTE	AMARILIS ORQUÍDEA AZALÉIA	DRSRE HRSam HRT

Fonte: Nepav 2022 com adaptações da autora

Figura 4 - Organização dos Centro de Especialidades para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV nas Regiões de Saúde

Legenda:

- Sul
CEPAV Gardênia
CEPAV Flor do Cerrado
 - Centro Sul
CEPAV Primavera
CEPAV Alfazema
 - Norte
CEPAV Flor de Lis
CEPAV Sempre Viva
 - Sudoeste
CEPAV Azaléia
CEPAV Orquídea
CEPAV Amarilis
 - Leste
CEPAV Girassol
CEPAV Tulipa
 - Oeste
CEPAV Flor de Lótus
 - Central
CEPAV Margarida
CEPAV Jasmin
CEPAV Caliandra
CEPAV Alecrim
CEPAV Jardim
- HMIB - Ref. Distrital
Programa Violeta
Programa PIGL



Fonte: GCD- RAV/ SES DF, 2025

Há ainda 04 unidades que atendem todo o DF: Violeta, Alecrim, Jardim e o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) localizados no HMIB e HRAN.

Na maioria das unidades ocorre atendimento para vítimas de violência doméstica, física, sexual e maus tratos. Sendo algumas especializadas em determinado tipo de violência e com atendimento voltado para crianças. Ainda, há CEPAVs que prestam atendimento para as vítimas, familiares e seus agressores a fim de melhorar o meio em que vivem.

O acesso das pessoas em situação de violência a essas unidades pode ocorrer por modo livre, onde a vítima vai até uma das unidades e busca pelo acolhimento, mas em sua maioria é efetivado por meio de encaminhamento institucional dos órgãos que realizam a primeira etapa de atendimento das vítimas, estes podem ser vinculados a justiça ou da rede de saúde que tem o dever de notificar a entrada de vítimas de violência em suas unidades.

1.4. Pergunta de Pesquisa

Os problemas tratados pelas políticas públicas são *wicked problems*, questões de alta complexidade que não podem ser solucionadas com aplicação de teorias científicas como na área de exatas, por exemplo (Capella, 2018). A gama de atores envolvidos com suas particularidades e interesses diversos, bem como todo o contexto ao seu redor (instituições, normas, hierarquia etc.), faz com que a busca por soluções de problemas e todo o processo na criação, aplicação e avaliação de uma política pública incorra em dificuldades.

Segundo Lima e D'Ascenzi (2013) os problemas de implementação necessitam da construção de formas ou instituições capazes de propiciar um contexto de cooperação para os atores envolvidos.

No âmbito do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde por meio da Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos publicou, em 2018, uma Nota Técnica com as recomendações para o atendimento de vítimas de violência sexual na rede

pública na região¹³. O documento traz em sua redação a necessidade do zelo no atendimento pela saúde física e psicológica das vítimas. Ainda, aborda a necessidade de capacitação das equipes especializadas que atuam no acolhimento e acompanhamento das vítimas.

Os cuidados da saúde física das mulheres vítimas de violência no Distrito Federal seguem o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção Pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2015).

A Rede de Serviços de Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência chamada Flores em Rede coordena os Centros de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVs). O CEPav é responsável pela execução das ações no Distrito Federal na questão da violência. Suas competências envolvem o planejamento, execução, monitoramento e avaliação em demandas de prevenção, promoção da saúde à população em situação de violência;

Os CEPAVs fomentam pesquisas e análises epidemiológicas, articulam-se intersetorialmente e intra setorialmente para executar ações de vigilância na temática e propor estratégias para o enfrentamento da problemática em parceria com a Rede de Proteção e Responsabilização. Além disso, outra competência relativa ao CEPav diz respeito à elaboração de iniciativas em termos de educação e saúde, comunicação e capacitação técnica em vigilância epidemiológica.

Sendo a violência um problema de saúde com repercussão nos âmbitos sociais e econômicos, e que gera prejuízos à qualidade de vida, ações de prevenção, promoção e recuperação são necessárias. Essas ações devem ser integradas entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária com vistas a propiciar a construção de uma rede de apoio bem articulada, especializada e capacitada para lidar com a temática no SUS.

Compreendendo a Política Nacional para Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres como mecanismo orientador de ações no âmbito nacional, estadual e municipal/distrital nos eixos de promoção, prevenção e assistência, no Distrito Federal o CEPav atua como um instrumento de assistência no cumprimento e

¹³ Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV. Recomendações para o atendimento médico das pessoas após violência sexual na rede de saúde do Distrito Federal.

garantia de atendimento humanizado, intersetorial e multidisciplinar para as vítimas de violência.

Nesse sentido, tendo a Política Nacional para Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres como mecanismo orientador de ações no âmbito nacional, estadual e municipal/distrital nos eixos de promoção, prevenção e assistência e a necessidade de acolhimento psicológico das vítimas de violência sexual no Distrito Federal o questionamento da presente pesquisa é: De que forma a atuação do Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) no DF corresponde aos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres?

1.5. Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral compreender a atuação e o desenvolvimento das ações de assistência promovidas pelo Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) no DF que correspondem aos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

1.6. Objetivos Específicos

Para orientar o objetivo geral deste estudo é necessária a abordagem de alguns pontos:

- Descrever a atuação do CEPAV no âmbito da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
- Descrever os objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres na área de assistência
- Identificar as ações do CEPAV relacionadas aos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

1.7. Justificativa

O presente estudo visa mostrar a correspondência das ações estipuladas em uma política pública nacional dentro da esfera distrital com o objetivo de garantir respostas a uma demanda social. Ainda, aponta para a importância de um instrumento de assistência para mulheres vítimas de violência.

Voltado ao tratamento psicológico de mulheres vítimas de violência no Distrito Federal, o CEPAV promove atendimento multidisciplinar e intersetorial com ênfase na continuidade do cuidado.

Compreender a atuação entre os entes federados nas políticas públicas aponta para a necessidade da intersetorialização para garantia da aplicabilidade dos planos estipulados nacionalmente. A influência dos mecanismos planejados para a política pública de amparo às vítimas de violência e como isso ocorre propicia uma visão ampliada sobre a atuação governamental no processo pós implementação da política pública.

Além disso, estudar uma instituição que lida com mulheres já tão vilipendiadas em seu direito básico, a posse de seus próprios corpos, amplia a visão sobre a complexidade e necessidade da integralidade e continuidade de amparo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Diante da necessidade de entendimento do CEPAV como resposta aos eixos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres no atendimento psicológico de vítimas de violência é importante a elucidação de alguns conceitos e teorias que estarão presentes na discussão.

2.1. A Violência Contra a Mulher

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência é “o uso intencional da 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 grande

possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p. 05).

Para a Organização das Nações Unidas conforme o artigo 1º da Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres de 1993 a violência contra a mulher é considerada "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada".

Na sociedade ocorre uma significação na qual mulheres, por questão de gênero, são colocadas em condição de inferioridade e sujeitadas a violência física e simbólica (MACHADO, 2010). A compreensão da violência cometida contra as mulheres não pode ser isolada do entendimento da questão de gênero ao longo da história do mundo. Saffioti (1999, p.82-83) aponta que a desigualdade entre homens e mulheres, “longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais”.

A construção de masculinidade e feminilidade, bem como os papéis da mulher e do homem em sociedade e sua relação ocorrem no meio social, cultural e político (Araujo, 2005). A visão de inferioridade da mulher nesse relacionamento é um processo longínquo e sua compreensão envolve as dimensões de raça/etnia, classe e geração (Silva, 2010).

É direito da mulher gozar de todos os Direitos Humanos, entre eles o direito à vida, à liberdade e segurança da pessoa, igual proteção perante a lei, direito ao mais alto padrão possível de saúde física e mental (ONU, 1993). A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) considera a violência doméstica e familiar contra a mulher como uma forma de violação dos direitos humanos.

A Lei 11.340 de 2006 aponta ainda o poder público como responsável por desenvolver políticas para assegurar às mulheres em suas relações domésticas e familiares a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência, violência, exploração, opressão e crueldade de forma a garantir o cumprimento dos direitos humanos.

Nesse sentido a violência cometida contra as mulheres e utilizada como referência nos tratados, convenções internacionais e leis brasileiras pode ocorrer em diversas formas, sendo elas: a violência física, sexual, psicológica, moral, patrimonial e institucional. A Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher (SPM, 2011) caracteriza, além dessas formas, a violência doméstica, o tráfico de mulheres, a exploração sexual e comercial de mulheres, jovens/adolescentes.

2.1.1. Violência Física

Segundo a Lei Maria da Penha (2006) a violência física é aquela que ofende a integridade ou saúde corporal da mulher. O Instituto Maria da Penha exemplifica como ações de violência física práticas como: espancamento, tortura, atirar objetos, estrangulamento ou sufocamento, sacudir e apertar os braços, lesões com objetos cortantes ou perfurantes e ferimentos causados por queimaduras ou armas de fogo.

É a forma mais evidente e complicada de esconder por apresentar evidências físicas visuais e costuma ser recorrente ao longo do tempo (Casique; Furegatto, 2006). Ademais, a violência física é um grave problema de saúde pública, interferindo no direito à vida, à saúde e à integridade física, ferindo assim os direitos humanos (Moroskoski *et. al*, 2020).

2.1.2. A Violência Sexual

A violência sexual “ é a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e *voyerismo*; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer” (Taquette, 2007).

O artigo 213 do Código Penal brasileiro¹⁴ sobre os crimes contra a dignidade e liberdade sexual define estupro como o constrangimento de uma pessoa por meio de grave ameaça ou violência a praticar ato sexual ou permitir que seja realizado com ela outro ato libidinoso. Os artigos seguintes, 215 e 216, tipificam a violação sexual mediante fraude e o assédio sexual.

A prática do estupro ofende as mulheres para além do ato agressivo de busca do prazer pelo agressor, mas sobretudo pela alienação de sua existência configurada pela posse do seu próprio corpo (Diniz, 2013). Em consonância, a relação de dominação da figura masculina sobre a feminina sobre seus corpos, construída e reforçada durante anos por uma cultura social machista é perpetuada na questão da violência sexual contra mulheres (Silva; Silva, 2021)..

A Organização Mundial da Saúde em 2002 definiu a violência sexual como sendo qualquer ato sexual ou tentativa de obtê-lo, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, atos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção independente de sua relação com a vítima ou ambiente em que ocorre¹⁵.

Segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher, intitulada Convenção de Belém do Pará, promulgada em 1996 por meio do Decreto de nº1.973¹⁶, a violência contra a mulher configura-se como qualquer ação baseada no gênero que incorra na morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher nas esferas públicas ou privadas.

Os países membros da Convenção de Belém do Pará afirmam que a violência contra a mulher viola os direitos humanos, além de violar e limitar as liberdades fundamentais. Constitui, ainda, ofensa contra a dignidade humana e denota a relação de poder historicamente desiguais entre os sexos. A Convenção também estabelece que a agressão pode ocorrer no meio familiar, em uma unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal na qual ocorra compartilhamento de residência ou tenha ocorrido em algum momento e em casos de nunca ter havido.

¹⁴ BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília: Senado Federal, 1940. art. 213.

¹⁵OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002, p.149.

¹⁶BRASIL. Decreto nº1.973, de 01 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm>. Acesso em 25 de jan. de 2023.

Para além da violência cometida sobre o corpo da mulher e os riscos para sua saúde física, a agressão sexual é a motivação de diversos quadros de problemas psicológicos desenvolvidos pelas vítimas que vão desde quadros depressivos a tentativas de suicídio (Facuri *et al.*, 2013). Logo, as políticas públicas para atendimento das vítimas carecem de uma intervenção intersetorial.

No que tange aos autores da violência, considera-se qualquer pessoa que pratique abuso sexual, estupro, tortura, assédio sexual, tráfico de mulheres, prostituição forçada e sequestro em qualquer local ou situação. O Decreto de nº1.973 assegura, ainda, o direito da mulher de exercer sua vida livre de comportamentos sociais e culturais pautados em uma ideia de inferiorização e subordinação.

2.1.3. A Violência Psicológica

A Violência Psicológica, de acordo com a Lei Maria da Penha, é aquela que causa dano emocional e promove a diminuição da autoestima, gerando prejuízo e perturbando o pleno desenvolvimento. Ainda, podem ser ações que visem degradar ou controlar suas ações, crenças, comportamentos e decisões, por meio de ameaça, humilhação, constrangimento, manipulação, vigilância constante, isolamento, chantagem, perseguição contumaz, insulto, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

2.1.4. A Violência Patrimonial

A violência patrimonial configura-se como qualquer conduta que caracterize retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

Nessa forma de violência são atribuídas ações como ausência de pagamento de pensão alimentícia, causar dano intencional a objetos que sejam de propriedade da mulher, destruição de documentos pessoais, controle financeiro de valores oriundos de atividades da mulher e privação de bens e recursos econômicos (Instituto Maria Da Penha, 2017).

2.1.5. Violência Moral

A violência moral é compreendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Lei Maria da Penha, 2006). De acordo com o Código Penal Brasileiro, o crime de calúnia é a imputação a alguém de fato definido como crime; difamação é imputação de fato ofensivo à sua reputação; e injúria uma ofensa à dignidade ou decoro (BRASIL, 1940).

O insulto é uma expressão de agressão à dignidade da vítima ou um mecanismo de negar uma obrigação moral que pode significar em alguns casos um desrespeito (Oliveira, 2008). “A violência simbólica é suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas, e se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento” (Bourdieu apud Moreira, 2005, p. 400).

Para a Secretaria da Mulher do Distrito Federal (2012) são formas de violência moral: exposição da vida íntima, emitir juízo moral sobre conduta, distorcer fatos para deixar a mulher em dúvida de sua sanidade, tentativa de manchar a sua reputação, rebaixar a mulher por meio de xingamentos que incidem sobre a sua índole e fazer críticas caluniosas.

2.1.6. A Violência Doméstica

A violência doméstica praticada contra a mulher compreende a violência física, a psicológica, a sexual, patrimonial e a violência moral. Segundo Saffioti (1999) pode envolver membros da mesma família, levando em consideração a consanguinidade e a afinidade ou pessoas sem grau de parentesco, mas que compartilham o mesmo domicílio.

Essa violência é interpessoal e ocorre no âmbito intrafamiliar (Minayo, 2005). Caracteriza-se como toda ação ou omissão cometida nas relações familiares por algum de seus membros ao promover ameaça a vida, a integridade física ou mental, e vir a causar danos ao desenvolvimento da personalidade e a sua liberdade (Damásio, 2015).

Saffioti (2004) aponta ainda o fator financeiro como um determinante na tomada de decisão das mulheres. As vítimas que dependem financeiramente de

seus companheiros, e que muitas vezes são mães e não têm para onde ir com os seus filhos dificilmente encerram o relacionamento com o agressor.

Para além da dependência financeira, a violência doméstica costuma estar permeada em afetividade e dependências recíprocas, e apesar da autonomia conquistada por muitas mulheres, algumas ainda não conseguem se libertar das relações de abuso por questões afetivas e de domínio psicológico.

2.1.7. O Tráfico de Mulheres

Essa forma de violência praticada contra a mulher baseia-se conceito de tráfico de pessoas entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça ou uso da força ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade ou à entrega ou aceitação de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra para fins de exploração. A exploração incluirá, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, escravatura ou práticas similares à escravatura, a servidão ou a remoção de órgãos (Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Seres Humanos, 2007).

2.1.8. Exploração Sexual Comercial de Mulheres

As três formas primárias de exploração sexual comercial possuem uma relação entre si: a prostituição, a pornografia e o tráfico com fins sexuais, incluindo o turismo sexual. A violação está relacionada a algum tipo de transação comercial ou alguma troca e/ou benefício em dinheiro, ofertas ou bens, por intermédio da exploração sexual (Taquette, 2007).

2.1.9. Violência Institucional

A violência institucional é aquela que, segundo a Convenção de Belém do Pará, é praticada ou tolerada pelos agentes do Estado ou por ele mesmo onde quer que ocorra. Nesse sentido cabe ao Estado promover políticas públicas de prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher aliado à importância de capacitação técnica para os agentes que atuam no atendimento às vítimas a fim de assegurar seus direitos. Segundo Taquette (2007) “é aquela praticada, por ação

e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos (...)É perpetrada por agentes que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. A violência institucional compreende desde a dimensão mais ampla, como a falta de acesso aos serviços e a má qualidade dos serviços prestados, até expressões mais sutis, mas não menos violentas, tais como os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário.

As mulheres em situação de violência passam muitas vezes por um processo de 'revitimização' nos serviços que deveriam prestar assistência sendo julgadas; não tendo sua autonomia respeitada; sendo forçadas a contar a história de violência inúmeras vezes; sendo discriminadas em função de questões de raça/etnia, de classe e geracionais (Cardoso; Biazotto, 2024).

2.2. O Direito à Saúde

A Organização Mundial da Saúde afirma que a saúde é um direito fundamental, intrinsecamente ligado à dignidade humana (OMS, 2012). Ainda, a saúde está presente como direito fundamental de todos na Constituição Federal brasileira sendo dever do Estado a sua promoção (BRASIL, 1988). Este é encarregado em garantir o direito à saúde de todos os cidadãos, inclusive das vítimas de violência. Além de adotar medidas para prevenir a violência e proteger as vítimas, o Estado deve promover serviços de saúde de qualidade, acessíveis e humanizados conforme previsto na Lei nº 8.080 de 1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

As ações e serviços de saúde no país são reguladas pela Lei nº 8.080 de 1990 que trata dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalização do acesso, equidade, hierarquização dos serviços, integralidade da atenção, descentralização da gestão e controle social (BRASIL, 1990).

O direito à saúde garantido constitucionalmente no país endossa o acesso a serviços de saúde de qualidade, focado na promoção do bem-estar físico, mental e social para todas as pessoas (BRASIL, 1990). No entanto, a violência, em suas variadas formas, representa uma grave violação a esse direito por acarretar consequências físicas, mentais e psicológicas duradouras para as vítimas (OMS,

2005). Para Azambuja e Nogueira (2008) as mulheres sofrem mais as consequências da ausência de cuidado e assistência na saúde sexual e reprodutiva.

A violência, seja ela psicológica, física, sexual ou patrimonial, promove impactos diretos à saúde das vítimas, propiciando um maior risco de adoecimento e morte (Ministério da Saúde, 2005). Segundo Minayo (1993) a violência é um agravo conforme afeta a saúde individual e coletiva em variadas situações e circunstâncias. Além de lesões e doenças crônicas, elas costumam apresentar transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Abissamra et al., 2023). Ademais, a violência também pode conduzir à perda de autonomia, ao isolamento social e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A relação entre violência e saúde é complexa e multifacetada (Minayo, 2006). Enquanto a violência é um fator de risco para a saúde, por outro lado, a saúde pode ser um fator de proteção contra a violência. O sistema de saúde é incumbido de identificar precocemente os casos de violência, oferecer atendimento integral às vítimas e promover ações de prevenção (Minayo, 2006).

A violência doméstica e familiar praticada contra a mulher recebeu um aparato legal em diversas áreas, dentre elas a saúde, com a promulgação da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). O Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se membro da rede de assistência para as mulheres vítimas de violência, garantindo a prestação dos cuidados necessários no âmbito da saúde.

2.3. A Intersetorialidade

Os problemas tratados pelas políticas públicas são *wicked problems*, questões de alta complexidade que não podem ser solucionadas com aplicação de teorias científicas como na área de exatas, por exemplo (Capella, 2018). A gama de atores envolvidos com suas particularidades e interesses diversos, bem como todo o contexto ao seu redor (instituições, normas, hierarquia etc.), faz com que a busca por soluções de problemas e todo o processo na criação, aplicação e avaliação de uma política pública incorra em dificuldades.

Segundo Lima e D'Ascenzi (2013) os problemas de implementação necessitam da construção de formas ou instituições capazes de propiciar um

contexto de cooperação para os atores envolvidos. No entanto, a própria divisão setorial ocorrida dentro da esfera pública para fins de distribuição de funções e organização acaba por gerar uma fragmentação na execução das políticas públicas que envolvem mais de um setor. Enquanto o planejamento busca uma articulação entre ações e serviços, na fase de execução ocorre desarticulação e perda da visão do indivíduo em sua integralidade bem como a inter-relação dos problemas (Junqueira; Inojosa; Komatsu, 1997).

A intersectorialidade, caracterizada por sua multidisciplinaridade, surge da cooperação necessária entre atores e setores envolvidos na resolução de um problema social. Para Cavalcanti, Batista e Silva (2013) configura-se como a articulação entre as políticas públicas na implementação de ações integradas com objetivos em comum para a sociedade e devem ser norteadores na formação das redes municipais.

A violência contra a mulher é um problema complexo, logo um *wicked problem*, e exige uma abordagem intersectorial, envolvendo diversos setores da sociedade, como saúde, justiça, assistência social e segurança pública. A criação de redes de atendimento especializado para as vítimas de violência é fundamental para garantir a integralidade do cuidado e a superação das barreiras existentes no acesso aos serviços (Oliveira; Delziovo; Lacerda, 2014).

A Secretaria de Políticas para Mulheres (2011) ao assimilar a violência contra as mulheres com sua complexidade aponta para a necessidade de uma abordagem intersectorial com ações integradas para solucionar as demandas em junção com os setores da justiça, saúde, assistência social, segurança pública e cultura entre outros para propiciar um atendimento completo para as mulheres em situação de violência.

2.4. Integralidade e Continuidade do cuidado na Atenção às Vítimas de Violência

A integralidade e a continuidade do cuidado são princípios fundamentais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Ministério da Saúde, 2010) e ganham especial

relevância no contexto do atendimento às vítimas de violência. Esses princípios, quando aplicados de forma efetiva, garantem que as vítimas recebam um cuidado abrangente e acompanhamento contínuo, contribuindo para sua recuperação física, psicológica e social (Minayo, 2005).

De acordo com Alcantara *et. al* (2024) a integralidade como princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) é evidenciada no contexto da assistência articulada, ela atua na promoção da integração dos serviços através das redes de assistência. Esse cuidado exige a utilização de práticas humanizadas, com o objetivo de garantir ao usuário acesso, resolubilidade e o encaminhamento, quando necessário, em situações de violência (Guzzo *et. al*, 2014).

A integralidade do cuidado, assegurada pela Lei 8.080 de 1990 dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). implica em oferecer à vítima de violência um atendimento que cubra todas as suas necessidades, tanto físicas quanto psicológicas e sociais. Isso significa cumprir o que é determinado pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006):

- Atendimento multidisciplinar: A participação de diferentes profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais) é essencial para oferecer um atendimento completo e personalizado (Minayo, 2006).
- Abordagem biopsicossocial: Para Teixeira e Paiva (2021) a violência impacta não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e social da vítima. A abordagem biopsicossocial considera todas essas dimensões na avaliação e no tratamento.
- Articulação entre os serviços: A articulação entre os diferentes serviços de saúde (atenção básica, especializada, urgência e emergência) garante que a vítima tenha acesso a todos os recursos necessários para sua recuperação (Brasil, 2015).
- Envolvimento da rede de apoio: Segundo o Ministério da Saúde (2001) a família, amigos e outros membros da comunidade podem desempenhar um papel fundamental no processo de recuperação da vítima . É importante que a equipe de saúde envolva esses atores no cuidado.

A continuidade do cuidado garante que a vítima seja acompanhada de forma contínua ao longo de todo o processo de recuperação, evitando interrupções no tratamento e garantindo a efetividade das intervenções (Ministério da Saúde, 2001). Isso implica em:

- Acompanhamento longitudinal: A vítima deve ser acompanhada ao longo do tempo, com avaliações periódicas para monitorar sua evolução e ajustar o tratamento conforme necessário (Oliveira *et. al*, 2022)
- Comunicação entre os profissionais: É fundamental a comunicação clara e eficiente entre os diferentes profissionais que atendem a vítima se comuniquem de forma clara e eficiente, garantindo a troca de informações e a continuidade do cuidado (Oliveira *et. al*, 2022).
- Transição segura entre os níveis de atenção: De acordo com Zanetoni, Cucolo e Perroca (2023) a transferência da vítima entre os diferentes níveis de atenção (atenção básica, especializada, hospitalar) deve ser feita de forma segura e organizada, evitando interrupções no tratamento.

A integralidade e a continuidade do cuidado são especialmente importantes para as vítimas de violência por diversos motivos como:

- Complexidade das necessidades: Conforme aponta Alcantara *et. al* (2024) as vítimas de violência apresentam necessidades complexas que exigem um cuidado multidimensional e de longo prazo.
- Vulnerabilidade: Para Guedes, Silva e Fonseca (2009) as vítimas de violência são frequentemente pessoas vulneráveis, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde e com maior risco de desenvolver problemas de saúde física e mental.
- Impacto na qualidade de vida: Já Adeodato *et. al* (2005) abordam sobre o violência no aspecto do impacto significativo gerado sobre a qualidade de vida da vítima, afetando suas relações sociais, trabalho e autoestima. Um cuidado integral e contínuo pode contribuir para a recuperação e reintegração social da vítima conforme apontam Fontoura e Mayer (2006).

2.5. As Redes de Atenção à Saúde

O Decreto nº 7.508 de 2011 regulamenta a Lei 8.080 de 1990 ao versar sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento e assistência à saúde, bem como a articulação interfederativa (BRASIL, 2011). Para isso, o Decreto traz definições de termos importantes na organização do SUS, dentre eles, a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme o Decreto nº 7.508, é configurada como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). É uma organização primordial dentro do SUS e representa um avanço importante na organização dos serviços de saúde.

Para Mendes (2011), um dos precursores dos estudos sobre as RAS no Brasil, estas podem ser definidas como:

“ organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”

A RAS funciona como ferramenta de integração regional do SUS, preservando suas características pública, descentralizada e hierarquizada (Faria, 2020). Além disso, sua estrutura também é fundamentada nos princípios do SUS ao assegurar acesso universal, equidade e integralidade garantidos legalmente para todo o território nacional sendo o fornecimento dever do Estado (Faria, 2020). Ainda, busca integrar os diversos níveis de atenção, desde a Atenção Primária até a alta complexidade, promovendo assim a continuidade e integralidade do cuidado (Mendes, 2011).

Segundo Mendes (2011) as Redes de Atenção à Saúde possuem missão e objetivos comuns, atuam cooperativamente e interdependente, realizam trocas de recursos entre si, não possuem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, promovem cuidados nos níveis primário, secundário e terciário com atenção integral.

Ademais, promovem ações de promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e paliativas (Mendes, 2011).

Conforme Rosen e Ham (2008) a RAS tem como objetivo melhorar a oferta da atenção, a qualidade de vida do público atendido, os resultados das avaliações do sistema de atenção à saúde, a eficiência no uso dos recursos e a equidade em saúde.

As portas de entrada para acesso às ações e aos serviços de saúde dentro das Redes de Atenção à Saúde ocorrem por meio dos serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011). Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, inclusive são acessados pelo público através dessas portas de entrada.

Outro aspecto da Rede de Atenção à Saúde consiste na ideia de que a integralidade da assistência à saúde começa e se finda na Rede de Atenção à Saúde, por intermédio do encaminhamento do usuário na rede regional e interestadual (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a sistematização das RAS busca respostas às demandas na área da saúde por meio de um ciclo completo de atendimento em diferentes níveis: Atenção primária e Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar.

Sua implementação é realizada por meio de redes temáticas e tem como objetivo lidar com processos complexos de gestão e atenção à saúde com interação de diversos agentes e alta demanda ao acesso dos serviços públicos de saúde (Mendes, 2011).

O Distrito Federal atualmente conta com cinco redes de atenção à saúde: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), Rede Cegonha (RC), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (DCNT), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV) recém implementada.

3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Tendo definido a pergunta de pesquisa para o presente estudo, sendo esta: ‘De que forma a atuação do Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) no DF corresponde aos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres?’, bem como os objetivos gerais e específicos para orientar o processo de compreensão do que se pretende responder. Agora é necessário estabelecer os procedimentos metodológicos a serem utilizados no desenvolvimento da pesquisa.

3.1. Tipo e Descrição Geral da Pesquisa

No que tange aos objetivos, a pesquisa apresentada pode ser classificada como descritiva. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006), é descritiva objetivando o conhecimento das características daquilo que se estuda.

Ao considerar a natureza das variáveis analisadas, a pesquisa configura-se como qualitativa. A pesquisa qualitativa é uma ferramenta para analisar a realidade e refletir sobre ela por meio de métodos e técnicas para ampliar a compreensão acerca do objeto estudado (Oliveira, 2007).

De acordo com Creswell (2010) o método qualitativo é aplicado em situações nas quais o pesquisador busca explorar as interpretações feitas por indivíduos sobre determinado problema social, através de análise de dados e métodos indutivos. É utilizada quando o pesquisador procura compreender “um nível de realidade que não pode ser quantificado” (Minayo, 2002, p.21).

Para Minayo (1992) a técnica busca compreender os ideais de grupos, instituições e atores sobre sua cultura, relação, processos sociais e históricos e de implementação de políticas públicas e sociais.

3.2. Procedimentos de Coleta e Análise de Dados

No âmbito da coleta de dados e seus instrumentos foram empregados o método documental, entrevistas e criação de um quadro operacional de conceitos de

indicadores (conforme Apêndices A, B e C) para posterior análise de conteúdo. As informações pertinentes sobre a Política Nacional e o CEPAV foram reunidas por meio dos dados disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, documentos elaborados a partir de convenções e conferências de políticas públicas para mulheres, normativos fornecidos como guias para os profissionais atuantes na Secretaria de Saúde e dados de atendimento na Rede Pública de Saúde do DF no portal InfoSaúde.

O quadro operacional de conceitos de indicadores foi confeccionado a partir dos conceitos abordados no referencial teórico. Estes conceitos, por sua vez, foram utilizados para construir o roteiro de entrevista.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com três profissionais do CEPAV. Por meio das respostas obtidas foi possível identificar sua correspondência com os indicadores de conceitos teóricos do quadro operacional.

Os dados coletados foram analisados por meio de uma análise de conteúdo com o intuito de identificar se a percepção dos entrevistados assemelha-se em alguns pontos e suas correspondências com o referencial teórico construído e com os objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

Nesse sentido, a partir desses documentos e das entrevistas com os profissionais de saúde verifica-se se há correspondência com o que se espera do CEPAV como ferramenta Distrital de implementação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

3.2.1 Caracterização dos Instrumentos de Pesquisa

3.2.1.1. Análise Documental

O termo 'documento' indica toda origem de informação existente (Laville; Dionne, 1999, p.166). Segundo Laville e Dionne (1999, p.167) costumam ser de fácil

acesso e permitem a compreensão sobre aspectos sociais, econômicos e/ou políticos e seu desenvolvimento em um determinado espaço de tempo.

Para esses autores o procedimento realizado nessa forma de análise consiste na reunião dos documentos, escrita ou transcrição eventual do seu conteúdo e às vezes em efetuar uma ordenação inicial das informações para seleção daquelas que parecem pertinentes.

Assim, a análise documental da presente pesquisa consistiu em reunir e organizar os dados presentes no Portal InfoSaúde, espaço virtual da Secretária de Saúde do DF responsável pelo agrupamento e fornecimento de dados sobre a saúde na região e os serviços prestados em cada nível de atendimento (Primário, Secundário ou Especializado).

O InfoSaúde apresenta as informações dos procedimentos realizados nas unidades do CEPAV entre os anos de 2020 a 2024, agrupando por tipo de procedimento e unidade onde foi realizado.

Para análise dos objetivos estabelecidos pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e a atuação do CEPAV como instrumento de implementação da Política Nacional no DF foram utilizados como base os dados presentes nos documentos descritivos do Governo Federal e da Secretária de Saúde do DF e as notícias e mais informações sobre os serviços prestados presentes em seus respectivos sites.

- InfoSaúde-DF:
<<https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-causas-de-atendimento-atencao-psicossocial/>>
- Secretaria de Saúde do DF:
<https://www.saude.df.gov.br/carta-servicos-violencia>
- Minuta da Consulta Pública sobre a Linha de Cuidado: Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual, Doméstica e Familiar - DF:
https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Linha_de_Cuidado_Atencao_a_Pessoa_em_Situacao_de_Violencia__1_.pdf/f7c02c4c-01ed-76c3-0190-3cec93953db0?t=1736527427767
- Portal gov.br:
<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arqui>

[vo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf](https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf)

- Senado:

https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf

3.2.1.2. Entrevista

A entrevista configura-se como componente importante na pesquisa qualitativa (Minayo, *et. al*, 2002). Para esses autores a entrevista pode ser aberta com abordagem livre do tema, estruturada com perguntas previamente definidas ou semiestruturada onde as duas formas combinam-se.

De acordo com Laville e Dionne (1999) a entrevista semiestruturada é constituída por perguntas abertas realizadas verbalmente com uma ordem prevista, mas permitindo ao entrevistado perguntas para melhorar seu entendimento.

Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas conforme roteiro previamente estabelecido (Apêndice E) com três profissionais atuantes no CEPAV com objetivo de compreender suas atuações e experiências dentro da instituição. As entrevistas ocorreram em modalidade virtual com gravação de áudio e posterior transcrição de seu conteúdo. Os entrevistados são identificados conforme o quadro a seguir:

Quadro 01 - Entrevistados

Entrevistado (a)	Instituição	Área de Atuação
01	CEPAV - Região Oeste	Enfermagem
02	CEPAV - Região Oeste	Gestão Nupav/Psicologia
03	CEPAV - Região Oeste	Psicologia

Fonte: autoria própria (2025)

3.2.1.3. Análise de Conteúdo

A técnica de Análise de Conteúdo (AC) foi utilizada para analisar os documentos e as entrevistas realizadas. Esse processo pode ser empregado em análise textual de documentos escritos, inclusive em conteúdos de entrevistas, por meio de inferências relativas a um contexto ou situação, que se almeja estudar conforme aponta Bauer (2008) e Sampaio e Lycarião (2021).

Para Laville e Dionne (1999, p. 214) o processo de análise de conteúdo consiste em desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo a fim de realizar o esclarecimento de suas diferentes características e alcançar sua significação.

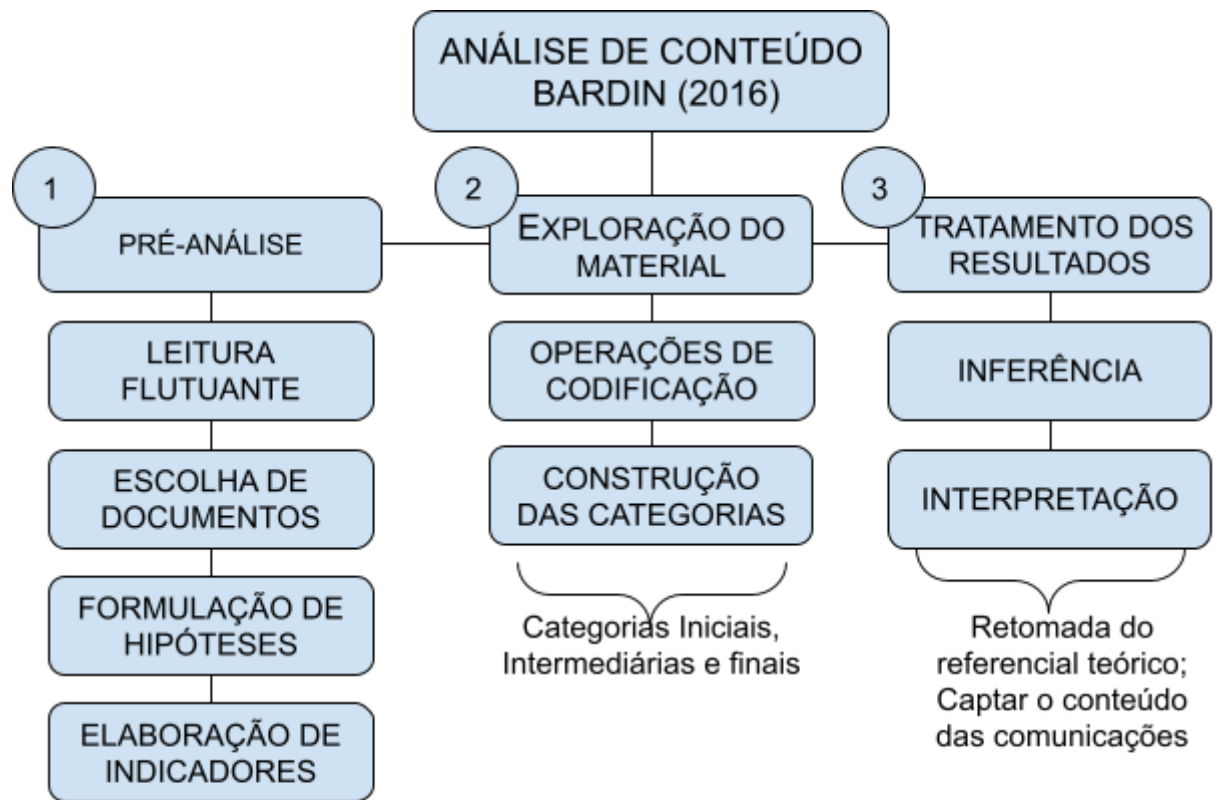
Para Bardin (2016) a AC é caracterizada como um conjunto de técnicas que aspira obter descrições do conteúdo de mensagens através de indicadores, que podem ser do tipo quantitativos ou qualitativos. Com o uso de procedimentos sistemáticos e objetivos, é viável produzir inferências de conhecimento ligados às condições de produção ou recepção das mensagens examinadas. A AC pode dividir-se em três etapas: organização, codificação e categorização, sendo o referencial teórico estabelecido utilizado como base (Bardin, 2016).

Para realizar a análise de conteúdo optou-se por basear-se nas três fases propostas por Bardin (1977): pré-análise, exploração do material e tratamento de dados, inferência e interpretação.

Na pré-análise, o material é preparado para ser submetido à análise. Durante a fase de exploração são realizadas seleções das categorias a serem analisadas, baseando-se no referencial teórico que fundamenta a pesquisa. A etapa de tratamento de dados é o momento onde as informações são analisadas para determinar se os documentos selecionados são similares e correspondem aos critérios estabelecidos, que devem atender ao objetivo da análise.

A análise de conteúdo foi efetuada em etapas conforme o fluxograma de processo abaixo:

Figura 5 - Análise de Conteúdo de Bardin



Fonte: adaptado de Bardin (2016)

Após a realização dos procedimentos de elaboração de referencial teórico, levantamento dos instrumentos de pesquisa, coleta de dados, transcrição das entrevistas e observação de documentos, foram seguidas as três etapas do processo de análise de conteúdo de Bardin (2016): organização, codificação e categorização. Assim, a codificação dos dados de entrevistas e análise documental será organizada em categorias baseadas na estrutura do referencial teórico constituído por meio da confecção de um quadro com conceitos de indicadores, observando as relações entre os dados com posterior sintetização dos resultados da análise para construção de uma estrutura explicativa (Miles; Huberman, 1994).

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

4.1. Atuação do CEPAV em Casos de Violência Contra a Mulher

Os Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) são insituições da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que prestam atendimento especializado para pessoas em situação de qualquer forma de violência, faixa etária e genero.

O atendimento é fornecido para pacientes com sintomas de estresse pós-traumático e/ou manifestações de sofrimento psíquico diretamente relacionado ao evento de violência e para pacientes com risco iminente de sofrer novas violências.

As ações realizadas pelo CEPAV consistem em acolher a pessoa em situação de violência; identificar as histórias de violência (diagnóstico das violências); avaliar o risco de reincidência de violências e risco de feminicídio; avaliar os impactos da violência na saúde; elaborar o plano terapêutico singular; e encaminhar para rede intra e intersetorial, conforme demandas identificadas em cada caso.

Como existem algumas unidades com atendimento exclusivo para situações específicas de violência em determinadas regiões de saúde, vale salientar o tipo de atendimento realizado na Região Oeste (Região de Saúde onde os entrevistados atuam)¹⁷:

As modalidades de atendimento são por meio de acolhimento individual e coletivo. Há atendimentos familiares, em grupo de adolescentes, grupos de mulheres, grupos multifamiliares de crianças vítimas de violência sexual grupos multifamiliares de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

É prestado um atendimento Psicossocial cujo publico alvo são: Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e maus tratos (violência física, psicológica e negligência); mulheres vítimas de violência sexual, familiar e doméstica e homens vítimas de violência sexual.

17

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80238/Lista-CEPAV-2021-1-1-1.pdf/6b7a9983-a71e-0d96-421c-d900fc740496?t=1648518742587>

Ainda é prestado um atendimento Pediátrico para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e maus tratos.

Atendimento Ginecológico para mulheres vítimas de violência sexual, familiar e doméstica.

Apesar de não ser um serviço exclusivo para mulheres (atende também crianças, adolescentes e homens), seu maior público é composto por mulheres. Isso se dá pelos fatores presentes na sociedade onde, segundo Machado (2010), ocorre uma significação na qual mulheres, por questão de gênero, são colocadas em condição de inferioridade e sujeitadas a violência física e simbólica.

Ainda há de se levar em consideração estigmas que fazem com que homens não busquem por esse tipo de atendimento ou não sigam com o tratamento proposto, conforme relato do Entrevistado 01: “adulto a maioria que a gente tem são mulheres, alguns homens são encaminhados e poucos aderem, esses são (feitos atendimentos) individuais, pois não temos quantidade suficiente para (formar) o grupo”. Assim, a presente análise focou nas informações e dados que correspondem principalmente ao atendimento das mulheres dentro do CEPAV.

As tipologias de violência cometidas contra as mulheres, e adotadas no atendimento fornecido pelo CEPAV, são as mesmas utilizadas como referência nos tratados, convenções internacionais e Leis brasileiras. Sendo elas: a violência física, sexual, psicológica, moral, patrimonial e institucional. E, seguindo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (SPM, 2011), além dessas formas, a violência doméstica (que pode conter as outras formas de violência), o tráfico de mulheres, a exploração sexual e comercial de mulheres.

O atendimento realizado no CEPAV pode ser classificado conforme a tabela a seguir da SES-DF¹⁸:

¹⁸ <https://saude.df.gov.br/consulta-publica-sobre-a-linha-de-cuidado>

Tabela 3 - Classificação de atendimento do CEPAV

Atenção Ambulatorial Especializada			
-Pacientes com sintomas de estresse pós-traumático e/ou manifestações de sofrimento psíquico diretamente relacionado ao evento de violência. -Pacientes com risco iminente de novas violências.	Centro Especializado de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual, Doméstica e Familiar (Cepav)	Demanda espontânea; Encaminhamento da rede intra e intersetorial.	• Acolhimento • Notificação • Atendimento • Garantir oferta ou orientação e acompanhamento de cuidados profiláticos nas violências sexuais • Segmento na Rede de Cuidado e de Proteção Social.

Fonte: GCD- RAV/ SES DF, 2025

Das 18 unidades disponíveis do CEPAV, 13 delas atendem todas as tipologias de violência, faixas etárias e gênero, 02 tratam de registro e investigação epidemiológica (Amarílis e Ipê). Há ainda 05 unidades, que apesar de acolherem todas as demandas e realizar encaminhamentos, possuem foco em atendimentos específicos:

- Caliandra e Jasmim - atendem público de até 18 anos,
- Alecrim - recebe autores de violência sexual de crianças e adolescentes com encaminhamento judicial,
- Jardim - presta suporte a saúde mental para a rede dos CEPAV's e,
- Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL) com atendimento exclusivo e especializado em casos de interrupção gestacional com previsão legal. Quanto a ligação do PIGL o Entrevistado 02 e Gestor do Nupav aponta que:

“O PIGL é ligado ao CEPAV, inserido dentro da Rede de Atenção à Violência. Ele é um serviço que tem autonomia e que qualquer pessoa atendendo aos critérios do serviço pode acionar o serviço. É uma unidade autônoma, não é subordinada a nenhum CEPAV, ela tem o UPAV (Unidade de Proteção e Assistência a Situações de Violência) que é uma unidade como o CEPAV.”

Os entrevistados atuam em unidades onde não há atendimento específico, acolhendo pessoas por demanda espontânea, mas em sua maioria por meio de encaminhamento conforme Entrevistada 01:

“Apesar dela (unidade do CEPAV) ser porta aberta a gente pede que encaminhe sempre o caso ou via email ou via SEI porque a demanda é muito grande e os servidores são poucos. Então pode ser que na hora que chegue lá não tenha ninguém disponível para fazer o atendimento, a gente sempre pede que encaminhe uma história da violência que aquela pessoa sofreu os dados dela, data de nascimento, telefones que aí a gente vai entrar em contato e agendar o serviço de acolhimento”

As competências do CEPAV envolvem o planejamento, execução, monitoramento e avaliação em demandas de prevenção, promoção da saúde à população em situação de violência¹⁹.

Inicialmente a equipe promove o acolhimento das vítimas em um processo de escuta para compreender a situação individual e identificar as necessidades de cuidados físicos e psíquicos. Após o contato inicial os profissionais dão início a primeira fase do tratamento que consiste em atendimentos agendados individuais em sessões quinzenais com psicólogos, enfermeiros, clínicos gerais, assistentes sociais e ginecologistas.

Ao evoluir o tratamento, o atendimento segue para reuniões em grupo com bate-papos temáticos e atividades criativas diversas. O intuito é promover a troca de experiências e reforçar a divulgação de informação sobre os tipos de violência, direitos da mulher e do cidadão, canais de denúncia e onde procurar ajuda:

“Na maioria dos grupos são cinco encontros, antes a gente fazia semanal, agora quinzenal, ele vai participar do acolhimento, mais os cinco encontros e aí ele tem um atendimento individual, aí é o psicólogo mesmo, ou o colega que fez com ele o grupo quando dá. Se nesse atendimento o psicólogo avaliar que ele está bem, se ele não estiver em acompanhamento com a ginecologista, nem com o pediatra, aí ele é liberado do CEPAV. Se ele está em acompanhamento com um dos dois médicos, a gente mantém ele ainda um período no CEPAV com a gente, porque para ele ter acesso ao atendimento ele tem que estar vinculado, a psicóloga vai avaliando o intervalo que precisa dessas consultas até receber alta.”

Na etapa de atendimento grupal se explora assuntos como medo, culpa, autopercepção, limites e autoestima. O objetivo nesse processo é trabalhar a nomeação, ressignificação, interrupção e a superação da violência.

19

Além disso, os profissionais preocupam-se em garantir que os pacientes compareçam aos atendimentos, participem dos encontros e não abandonem o tratamento. Como alternativa são oferecidas remarcação de horários e até consultas em modo virtual.

O tratamento costuma durar de seis meses a um ano podendo ser estendido a depender das especificidades de cada paciente conforme entendimento dos profissionais durante as etapas de atendimento.

No entanto, mesmo quando o paciente recebe alta do tratamento há ainda a preocupação da equipe em o encaminhar para vinculação na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de psiquiatria caso haja necessidade.

Os CEPAV's também atuam no fomento de pesquisas e análises epidemiológicas, articulam-se intersetorialmente e intrasetorialmente para executar ações de vigilância na temática e propor estratégias para o enfrentamento da problemática em parceria com a Rede de Proteção e Responsabilização.

Além disso, outra competência relativa ao CEPAV diz respeito à elaboração de iniciativas em termos de educação e saúde, comunicação e capacitação técnica em vigilância epidemiológica para profissionais dos diferentes níveis de atenção e outros parceiros da Rede de Proteção, Responsabilização e Enfrentamento e do Sistema de Garantia de Direitos.

O InfoSaúde possui informações sobre os atendimentos psicossociais realizados pela Rede de Saúde do Distrito Federal²⁰. Estão na classificação de atendimentos ambulatoriais. Os registros são do ano de 2020 a novembro de 2024. Apenas 12 unidades do CEPAV aparecem na lista sendo eles: Alfazema, Azaléia, Flor de Lis, Flor de Lótus, Flores da Central, Gardenia, Girassol, Orquídea, Primavera, Sempre Viva, Tulipa e Amarilis. Na organização de informações do InfoSaúde as unidades de atendimento da região Central são classificadas como Flores da Central, sendo elas: Margarida, Jasmim e Caliandra. Nota-se que as duas primeiras unidades estão localizadas no mesmo hospital, no caso o Hospital Regional da Asa Norte.

Os atendimentos realizados podem ser classificados da seguinte forma:

20

<https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-causas-de-atendimento-atencao-psicossocial/>

Tabela 4- Classificação e quantidade de atendimentos 2020-2024

Procedimentos	Total (2020-2024)
Escuta Inicial / Orientação (Acolhimento À Demanda Espontânea)	4.304
Atividade Educativa / Orientação Em Grupo Na Atenção Primária	11
Atividade Educativa / Orientação Em Grupo Na Atenção Especializada	13.196
Visita Domiciliar/Institucional Por Profissional De Nível Superior	3
Consulta Medica Em Atenção Especializada	5.179
Sessão De Arteterapia	20
Consulta De Profissionais De Nível Superior Na Atencao Especializada (Exceto Médico)	36.528
Consulta/Atendimento Domiciliar Na Atenção Especializada	3
Teleconsulta Médica Na Atenção Especializada	13
Teleconsulta Por Profissionais De Nível Superior Na Atenção Especializada (Exceto Médico)	3.543
Atendimento Individual Em Psicoterapia	827
Atendimento Em Psicoterapia De Grupo	2.684
Terapia Individual	1.615
Terapia Em Grupo	3.026
Atendimento De Urgencia Em Atencao Especializada	12
Acolhimento Com Classificação De Risco	12

Fonte: InfoSaúde - 2024

O foco da instituição é a prestação de serviço e apoio no âmbito psicológico das vítimas, o que é corroborado pela classificação de tipo de atendimento realizados em maior quantidade na Instituição.

As terapias individuais e em grupo com o auxílio de apoio multiprofissional fornecem um atendimento mais completo para recuperação psicológica das vítimas. Em relação a isso, a Entrevistada 03 afirma: “nosso trabalho é totalmente multidisciplinar”. O Entrevistado 02 aponta que:

“O atendimento do CEPAV a previsão dele é que ele aconteça de uma forma multidisciplinar [...]. Claro que cada profissão tem suas atribuições particulares, seus dispositivos, mas a maior parte do acompanhamento ele ocorre nessa forma multi. Nessa perspectiva de visão do serviço existem diversas demandas e tem demandas que são atravessadas por diversas visões, tipos de compreensão. Por essa complexidade não tem como você não pensar na violência por uma perspectiva multidisciplinar. O conceito é a gente chegar no nível da transdisciplinaridade.

Boa parte dos nossos atendimentos a gente faz com profissionais de categorias diferentes. A gente trabalha muito com o GM que é o Grupo Multifamiliar, então na perspectiva do GM o GM é conduzido por um psicólogo, por uma assistente social, por uma enfermeira, é conduzido pela equipe até mesmo pela complexidade que é o fenômeno da violência que é multifacetada.”

Na fala do Entrevistado 02 percebe-se um anseio em elevar a multidisciplinaridade para a transdisciplinaridade, o que corresponde à temática da violência nas políticas públicas e sua grande complexidade.

4.1.1. Atendimento Nos Casos de Violência Física

O CEPAV acolhe as mulheres em situação de violência física para casos onde ocorre a identificação de transtornos pós-traumáticos ou onde há suspeita de manutenção da violência física contra a vítima.

O acolhimento pode ocorrer por demanda espontânea ou encaminhamento da Atenção Primária em Saúde, Segurança Pública (Delegacias de Atendimento à Mulher), Ministério Público ou outras Instituições.

Embora algumas das unidades tenham essa característica formal de atendimento por demanda espontânea, onde a própria vítima pode se dirigir até um dos Centros, a maioria em caso de violência física é encaminhada a partir de outros órgãos ou pela Unidade Básica de Saúde que realiza o atendimento inicial para tratamento de ferimentos ou pela Delegacia Especial de Atendimento à Mulher

quando a vítima se dirige para realizar Boletim de ocorrência contra o agressor. Nesse sentido os Entrevistados falam que:

Entrevistada 01:

“A pessoa pode pedir o atendimento indo até lá (unidade do CEPAV com livre demanda, nem todas são) ela mesma pode mandar um email para a gente. E temos as instituições que encaminham, Unidades Básicas de Saúde, criança e adolescente são muito encaminhadas pelo Conselho Tutelar, Centro 18 de maio, delegacia, juizado, alguma ONG as vezes encaminha, escola, CREAS, CRAS, hospital quando é violência aguda”

Entrevistado 02:

“Maciçamente a maior parte [...] acontecem via encaminhamento, e os encaminhamentos vem de diversas instituições, vêm de Conselhos Tutelares, de escolas, da própria Rede de Saúde, vem da Assistência Social, das unidades de acolhimento, então diversos tipos de atores da garantia de direitos que acionam o serviço do CEPAV”

Entrevista 03:

“A gente recebe encaminhamento tanto da Rede Intrasetorial que são os serviços de saúde, quanto da Rede intersetorial, a gente recebe de diversos órgãos externos que é justiça, da assistência, do Ministério Público, [...] dos diversos órgãos Também pode ser por demanda espontânea, a pessoa fica sabendo que tem esse serviço ela pode nos procurar também.”

Em casos onde a violência física apresenta maior gravidade, a indicação é realizar o encaminhamento para unidades de Atenção Primária de Saúde ou Urgências, sempre levando em consideração o estado da vítima e suas individualidades.

O processo mais comum é a vítima desse tipo de violência acessar a Rede de Saúde do DF inicialmente pela Atenção Primária para os devidos atendimentos físicos. Após o atendimento inicial é encaminhada para o atendimento especializado nos casos de lesões mais graves como: queimaduras de maior gravidade; traumas cranianos ou fraturas; suspeita de lesão de órgãos internos; trauma facial e traumatismo dentário.

O CEPAV realiza o atendimento especializado no âmbito do atendimento Biopsicossocial. Segundo a Entrevistada 01, recebem as vítimas após passarem pela Atenção Primária em Saúde: “ [...] a gente é um atendimento especializado [...]”

as UBS acabam mandando (pacientes) para gente, na Atenção Primária eles fazem a filtragem e encaminham para gente”

Em situação de estado de choque emocional são encaminhadas para serviços especializados como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em todos os casos o profissional responsável pelo atendimento deve registrar a situação de violência física no Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan para fornecer informações que auxiliem na construção de iniciativas e tomada de decisões para combate ao problema de violência. Os profissionais do CEPAV também são obrigados a fazerem esse registro conforme entrevistados:

Entrevistada 01: “tem as questões de notificações que a gente é obrigado a notificar “

Entrevistado 2:

“Dentro da Região Oeste só o CEPAV que realiza essa questão na perspectiva de treinamento e capacitação, na questão tanto do atendimento de pessoas vítimas de violência, do treinamento de notificação, notificação compulsória nós também fazemos esse treinamento.”

É dever do profissional de saúde notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violência por meio do preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada e inserção no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). Essa é uma medida compulsória, imediata e institucional conforme a Lei nº 6.259/1975 (BRASIL, 1975).

Além disso, os profissionais do CEPAV possuem um controle próprio com registros da vítima atendida para fins de acompanhamento e identificação do perfil do paciente:

Entrevistada 01:

“A gente tem tanto o Sinan que registra as notificações no Sistema de Notificações e a gente tem um controle nosso dos pacientes que chegam. Pacientes encaminhados para gente tem todos lá”

4.1.2 O Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no CEPAV

De acordo com a Entrevistada 01 a maior quantidade de casos recebidos pelo CEPAV de vítimas mulheres são de violência sexual: “A gente atende tanto violência

sexual, doméstica, psicológica, mas a que mais chega é violência sexual.”

A Entrevistada 3 aponta para uma ressalva sobre o público atendido:

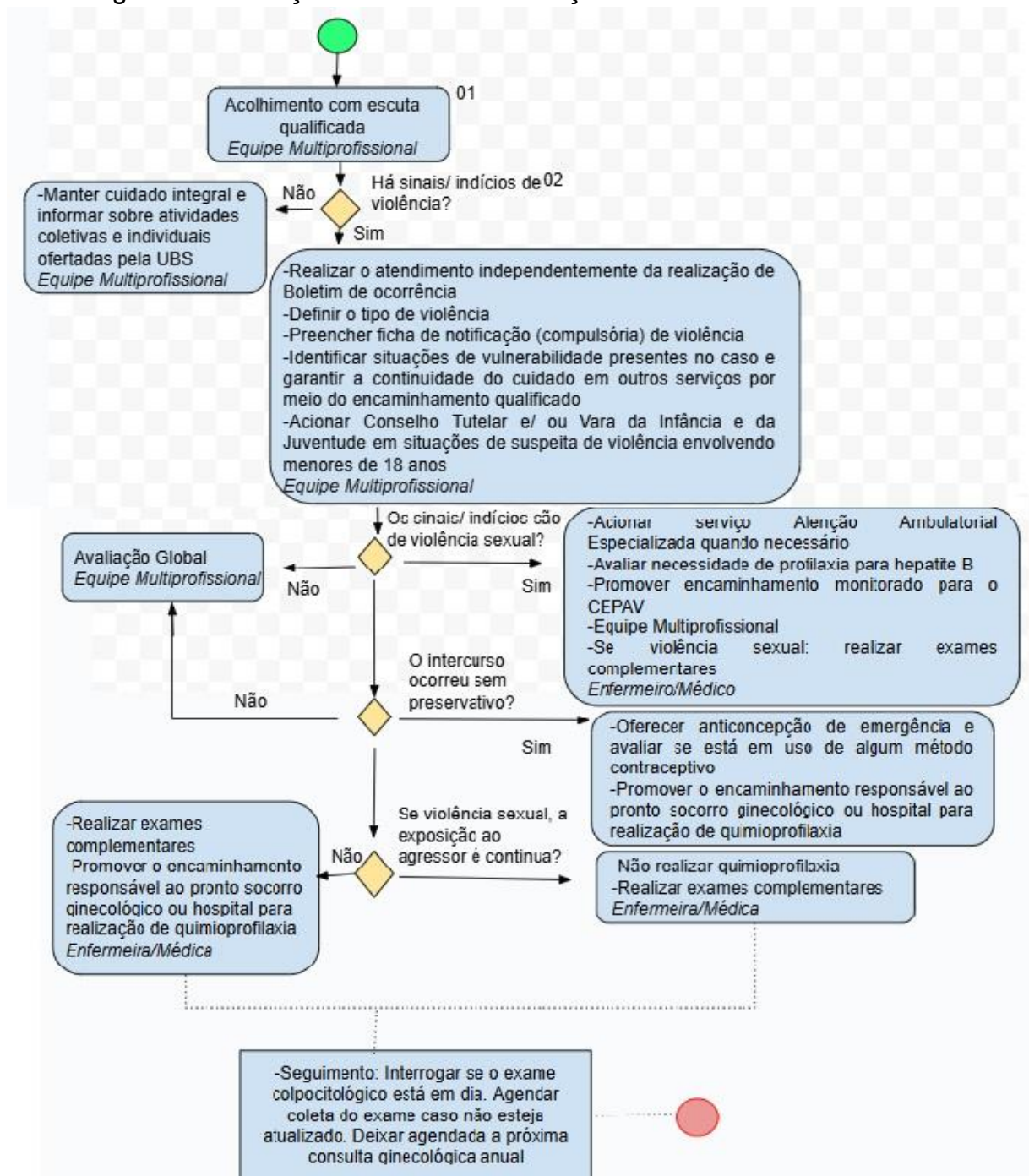
“[...] crianças e adolescentes a maioria que são encaminhadas para nós são de violência sexual [...] Existem muitas outras políticas para atender mulheres, agora pra atender crianças e adolescentes vítimas de violência sexual não tem tanto igual as que atendem mulherer. Acaba muito sendo o cargo chefe do CEPAV, apesar da gente atender vários ciclos de vida, durante muito tempo a gente ficou muito conhecido pelo serviço que atende criança e adolescente vítima de violência sexual. A gente atende muito crianças e adolescentes sofrendo maus tratos, violência física, negligência, mas a maioria esmagadora é de violência sexual.”

A orientação da SES-DF para os profissionais da saúde que atendem pessoas em situação de violência é prezar para o acolhimento humanizado, escuta qualificada e estar sempre atualizado quanto aos serviços ofertados pelas redes intra e intersetorial do DF.

Para esses casos o profissional de saúde deve seguir o Fluxograma de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual²¹.

“ [...] hospital quando é violência aguda [...]aquela que aconteceu em menos de 72 horas, então as pessoas buscam ou as Unidades Básicas ou os Hospitais para poder usar a medicação, lá elas vão tomar a profilaxia para HIV, para doenças infecciosas, hepatite se precisar e não for vacinado, para prevenir gestação, Sífilis, Gonorreia, quando a violência ocorreu até 72 horas vão fazer o uso dessa medicação. Depois de 72 horas a gente chama de violência crônica, ela não vai usar mais medicação, mas elas são encaminhadas para fazer o acompanhamento aqui com a gente [...]aí elas vão fazer o acompanhamento tanto com o psicólogo, com assistente social, com enfermagem.”

Figura 6 - Fluxograma de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual



Fonte: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/MS, ISL, 2016, adaptado para a SES-DF.

No CEPAV o profissional que acolhe a pessoa pode ser de qualquer área de formação (enfermagem, assistência social, psicologia, medicina ou outra). Segundo o entrevistado 01 isso ocorre conforme a disponibilidade na unidade no momento da

escuta inicial do paciente. De modo que todas as áreas de acolhimento são instruídas como realizar os procedimentos de escuta inicial e como prosseguir em cada caso, nota-se nesse sentido pelas falas do entrevistado, que todos os profissionais presentes na instituição e que realizam esse contato direto com a vítima estão bem instruídos para realização do contato inicial. Após o acolhimento e escuta inicial a pessoa em situação de violência sexual é encaminhada para as especialidades indicadas em cada caso.

Quando a pessoa em situação de violência sexual é recebida em sua fase aguda, ou seja, em até 72 horas após a violência sexual, o CEPAV ou qualquer outro serviço da rede de saúde deve encaminhar a vítima a uma UBS ou ao serviço de Urgência e Emergência de um dos hospitais da rede pública mais próximo para realização de esquema profilático²².

É imprescindível que os procedimentos de Profilaxias Pós-Exposição de Risco à Infecções pelo HIV, IST e Hepatites Virais e contracepção de emergência sejam administrados a vítimas de violência sexual quando em sua fase aguda.

Em casos de violência sexual crônica, quando ocorre a impossibilidade de executar a Profilaxia, as vítimas são encaminhadas para realizar exames de rastreamento e serem orientadas sobre sorologias e testes rápidos para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A principal frente de atuação do CEPAV nos casos de violência sexual diz respeito ao tratamento do sofrimento mental/psicológico decorrente dessa forma de violência. Assim, as reuniões em grupo atuam de maneira mais descontraída para facilitar e promover o interesse da pessoa em situação de violência:

“o nosso atendimento lá é na maioria das vezes em grupo, a gente não faz terapia, chamamos de grupo, os encontros em grupo com várias pessoas daquela mesma faixa etária para poder falar da temática de violência, de autocuidado, de sexualidade, cuidado com o corpo, então é abordado vários temas nos encontros que a gente tem nesse grupo”

Embora ocorram esses atendimentos em grupo há um cuidado em respeitar a individualidade cada um:

“[...] às vezes durante o atendimento você não consegue perceber todas as vulnerabilidades, então o que a gente costuma falar muito no acolhimento:

²² https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf

participa do primeiro dia do grupo. Tem gente que não consegue fazer coisa em grupo, às vezes fica constrangido ou não tem o perfil mesmo. A maioria quando vai no primeiro dia gosta porque você não está lá para falar da sua violência, você não precisa contar sua história se você não quiser. Se você quiser, a gente vai ouvir, mas você pode ouvir o que a gente tem para falar e a gente vai trocar. A gente vai falar muito de prevenção da violência, então às vezes no primeiro atendimento elas ficam mais caladas porque ainda não conhecem e depois vai se soltando. Às vezes durante esse atendimento precisa de uma interferência individual então quando isso acontece isso é desenvolvido”

“é um espaço terapêutico então quem está lá tem que respeitar quem está falando, você pode discordar, mas você tem que saber que o outro está em sofrimento também”

Para o Ministério da Saúde e a SES-DF as atividades coletivas são exemplos de ferramentas com alto potencial para identificação de riscos, sinais de alerta e prevenção das situações de violência. Quanto a isso a Entrevistada 03 denota seu ponto de vista:

“[...] acaba que é muito potente o grupo nesses casos de violência, sai muito desse lugar individualizado de estar relacionado a pessoa em si, de estar relacionado àquele corpo. Então a questão da universalidade é muito importante, a gente vê efeitos bem interessantes assim de trabalhar essa temática em grupo.”

Quanto ao atendimento ginecológico (especialidade mais ligada a questão do tratamento físico da violência sexual) nas unidades os dados da Secretaria de Saúde do DF do ano de 2020 a 2024 traz as seguintes informações:

Tabela 5 - Procedimentos realizados por Médico Ginecologista e Obstetra no CEPAV - 2020-2024

Procedimento	Flores da Central	Azaléia	Flor de Lótus
Consulta Médica em Atenção Especializada	426		884
Teleconsulta Médica na Atenção Especializada	3	183	
Consulta Médica em Atenção	1		

Primária			
Consulta Pré-Natal			2

Fonte: Elaborado pela autora com dados do InfoSaúde-DF, SES-DF, 2025²³

Infere-se dessas informações apresentadas que somente algumas unidades do CEPAV constam no sistema. Sendo o Flores da Central nomenclatura utilizada para referenciar as unidades da Região Central de Saúde, são elas: Jasmim, Margarida e Caliandra. Nesse sentido compreende-se que as demais unidades não possuem levantamento das informações sobre os profissionais ou simplesmente estão com uma defasagem de profissionais da ginecologia.

Essa defasagem de profissionais, seja na ginecologia ou nas demais áreas atendidas pelo CEPAV, é algo indicado pelos Entrevistados.

De acordo com a Entrevistada 01 sobre as especialidades de profissionais disponíveis no seu CEPAV :

“ lá tem, só está com uma defasagem de carga horária, mas tem” [...] porque têm poucos, a gente precisaria de mais [...] é porque tem uma padronização, não sei se é bem pela população, mas por exemplo é tantos psicólogos de 40h para atender, tantos assistentes sociais, então falta profissional pela distribuição de carga horária.”

O Entrevistado 02 também corrobora com essa informação:

“Eu deveria ficar responsável somente pela parte de gestão, mas como a gente está com uma defasagem de profissionais dentro da equipe então termina que não me desvinculei da minha atividade enquanto psicólogo do CEPAV. Então permaneço na gestão, mas também na assistência atendendo.”

Para a Entrevistada 03 outro aspecto sobre a defasagem diz respeito ao tipo de serviço executado: “Aqui o trabalho é tão intenso que às vezes algumas pessoas optam por sair da Secretaria de Saúde mesmo.”

Da fala da Entrevistada 03 é importante observar que, se há defasagem por saída espontânea dos profissionais, é necessário que a Secretaria de Saúde atue de maneira a realocar profissionais nos postos desocupados ou realizar novas contratações para não prejudicar a qualidade do atendimento multiprofissional do CEPAV.

A partir dos dados coletados, também é possível identificar que a unidade Azaleia aparentemente não realiza atendimentos pessoais com as vítimas, mas

²³ <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-atencao-secundaria-consultas/>

concentra esse atendimento na modalidade de Teleconsultas. Isso pode indicar uma característica da escolha das vítimas atendidas ou do profissional que as atende e até mesmo da estrutura disponível ou dificuldade do acesso das vítimas até a unidade.

4.1.3. O Atendimento às Vítimas de Violência Psicológica no CEPAV:

O atendimento para vítimas de violência psicológica ocorre nas unidades do CEPAV conforme a Portaria²⁴, que institui os Centros, e seus normativos²⁵. A Entrevistada 03 indica que as formas de violência atendidas podem ser: “doméstica, sexual, familiar, psicológica, física, moral, patrimonial, todas essas que tem na Lei Maria da Penha a gente trabalha”.

Ainda, a mesma aborda outra questão importante identificada em vítimas de violência: “ [...] tem uma polivitimização, geralmente quem sofre violência física sofre violência psicológica também, muitas vezes a violência sexual vem com outros tipos de violência [...]”

Das pessoas em situação de violência psicológica, o local da violência pode ser domiciliar sendo praticada pelo marido/esposa ou outros membros da família.

Não há um registro numérico que especifique quantas pessoas são atendidas estando somente em uma situação de violência ou várias, mas é mais comum que vítimas de violência doméstica sofram com mais de uma forma de violência, incluída nelas, a violência psicológica. Nesse sentido, essas vítimas aparecem em grande quantidade nos atendimentos do CEPAV.

Com relação às unidades presentes na exposição de dados do InfoSaúde, há a situação do Centro Flores do Cerrado, que não aparece em nenhum dado registrado no InfoSaúde, cuja gestão é responsabilidade do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES-DF). O Hospital de Base e o Hospital Regional de Santa Maria, onde está instalado o ambulatório da respectiva unidade

24

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/Portaria_942_18_11_2019.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20942%2C%20DE%2018,%2C%20Familiar%20e%20Dom%C3%A9stica%20%2D%20CEPAV.

25

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/PAV-Servi%C3%A7o-de-atendimento-%C3%A0-0-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-viol%C3%Aancia-SES-1.pdf>

do CEPAV, são de responsabilidade do IGES-DF. Infere-se que a partir disso suas estatísticas também são de responsabilidade do Instituto que envia esses dados para a Secretaria de Saúde do DF como prestação de suas obrigações conforme seu posto.

Sobre o atendimento psicológico no Flores do Cerrado, o site oficial do Governo do Distrito Federal, Agência Brasília, realizou uma entrevista com usuárias em um evento no Hospital Regional de Santa Maria (2024)²⁶:

“Ana*, de 48 anos, sofreu alguns anos com a violência psicológica cometida pelo ex-companheiro contra ela e os três filhos. “Este grupo me ajudou muito e me deu forças, mesmo não estando bem, consegui terminar meu curso de técnica de enfermagem e sei que só foi possível graças ao apoio que recebi aqui, sofro de ansiedade e depressão. Essa confraternização aqui foi maravilhosa, amei”, avalia.

Para Maria*, de 61 anos, o momento foi especial e a ajudou a se sentir mais feliz e animada. “Sempre que eu não estou bem eu venho aqui no Cepav buscar ajuda, antes eu vivia assustada e hoje, com o atendimento psicológico, me sinto mais tranquila e segura”, relata.”

Segundo dados do IGES-DF, na mesma reportagem, de janeiro a novembro de 2024 1.659 atendimentos foram destinados às mulheres adultas ou idosas no Flores do Cerrado.

4.1.4. O Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica, Patrimonial e Moral no CEPAV

As vítimas de violência doméstica passam por outros tipos de violência dentro de casa. Além da física e psicológica, podem estar a sexual, patrimonial e moral.

O atendimento para vítimas de violência doméstica ocorre nas unidades do CEPAV conforme a Portaria²⁷, que institui os Centros, e seus normativos²⁸. Todos os entrevistados indicam que há atendimento para pessoas em situação de violência

²⁶

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2024/12/18/vitimas-de-violencia-atendidas-no-cepav-flor-do-cerrado-participam-de-confraternizacao/>

²⁷

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/Portaria_942_18_11_2019.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20942%2C%20DE%2018,%2C%20Familiar%20e%20Dom%C3%A9stica%20%2D%20CEPAV.

²⁸

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/PAV-Servi%C3%A7o-de-atendimento-%C3%A0s-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-viol%C3%Aancia-SES-1.pdf>

doméstica. A Entrevistada 03 indica que as formas de violência atendidas podem ser: “doméstica, sexual, familiar, psicológica, física, moral, patrimonial, todas essas que tem na Lei Maria da Penha a gente trabalha”.

Ainda, a mesma aborda outra questão importante identificada em vítimas de violência: “ [...] tem uma polivitimização, geralmente quem sofre violência física sofre violência psicológica também, muitas vezes a violência sexual vem com outros tipos de violência [...]”

Das pessoas em situação de violência doméstica, a mesma pode ser praticada pelo marido/esposa, outros membros da família ou pessoas que vivam sob o mesmo teto conforme a Lei Maria da Penha indica²⁹ (BRASIL, 2006)

Não há um registro numérico que especifique quantas pessoas são atendidas estando somente em uma situação de violência ou várias, mas é mais comum que vítimas de violência doméstica sofram com mais de uma forma de violência, incluída nelas todas as outras formas. Nesse sentido, essas vítimas aparecem em grande quantidade nos atendimentos do CEPAV visto a variedade de violência sofrida.

4.1.5. O Atendimento às Vítimas de Tráfico de Mulheres no CEPAV e Exploração sexual comercial de mulheres

Embora seja uma forma de violência abordada pela Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher, o Tráfico e Exploração sexual comercial de mulheres não é indicado diretamente nos normativos seguidos pelo CEPAV.

Nesse âmbito, esse tópico, assim como o referencial teórico correspondente, faz parte dessa argumentação somente para garantir a completude de indicação de todas as formas de violência apontadas pela Política Nacional.

O SUS aponta que a pessoa em situação de qualquer forma de violência deve ser atendida dentro do Sistema (BRASIL, 1990)³⁰. Nesse sentido, o CEPAV atua em correspondência às diretrizes do SUS. Partindo desse seguimento a Entrevistada 03 demonstra que qualquer forma de violência é acolhida no CEPAV: “Se chegar para gente a gente atende, mas está aí uma demanda que não chega muito, eu mesma nunca atendi nesses anos, se chegar a gente vai atender.”

²⁹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

³⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Segundo relatório sobre o funcionamento do sistema de justiça brasileiro na repressão do tráfico internacional de pessoas feito pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2021 a maioria das vítimas do tráfico de pessoas para fins de exploração sexual no Brasil são mulheres e meninas³¹. Há estatísticas que apontam sobre a existência de mulheres em situação dessa forma de violência.

Denota-se da fala da entrevistada e dos dados existentes que, assim como em outras situações, a falta de demanda nesse sentido pode ser uma consequência da ausência ou falha na divulgação do serviço na Secretaria de Saúde. Ainda, uma ausência de conhecimento da atuação dentro da Rede Intersetorial.

Outro fator a ser levado em consideração é que há outras instituições no Distrito Federal que prestam acolhimento para mulheres em diversas situações de violência como a Casa da Mulher Brasileira e os Centros Especializados no Atendimento às Mulheres (CEAM).

4.1.6. Violência Institucional

Dentre os normativos que regulam a comunicação intersetorial entre o setor da saúde, segurança pública, justiça e assistência social para promover a garantia de direitos, verifica-se uma ênfase no sentido de que esse processo deve ocorrer livre de ações que possam revitimizar a pessoa em situação de violência no sentido de coibir a violência institucional durante o processo de acolhimento e encaminhamento.

Conforme abordado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023) essa comunicação intersetorial, legitimada pela atuação em rede, deve ser realizada sem qualquer teor expositivo, especulativo, revitimizador ou punitivo.

Além disso, a violência institucional apresenta-se na negligência institucional com o registro dos dados, sendo a subnotificação também relacionada ao processo de revitimização e a negociação da legitimidade das denúncias (FBSP, 2023). Nesse sentido, com os dados coletados pelo InfoSaúde não é possível mensurar se há

31

<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2023/07/trafico-de-pessoas-exploracao-sexual-e-trabalho-escravo-uma-conexao-alarmando-no-brasil>

subnotificação ou negligência institucional, uma vez que não há outros registros de acesso disponíveis para comparação.

Apesar disso, e sendo esse fator da subnotificação um processo revitimizador ligado principalmente às instituições de controle e mensuração, nota-se que os profissionais possuem uma dinâmica de acolhimento sem revitimizar as vítimas visto seu zelo e sua preocupação com o sofrimento de cada uma delas conforme a fala da Entrevistada 1: “é um espaço terapêutico então quem está lá tem que respeitar quem está falando, você pode discordar, mas você tem que saber que o outro está em sofrimento também”

Ainda, conforme abordado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher dentro da definição de violência institucional tem-se que essa forma de violência também é praticada quando as pessoas em situação de violência “são forçadas a contar a história de violência inúmeras vezes” nesse sentido a Entrevistada 1 traz que: “você não está lá para falar da sua violência, você não precisa contar sua história se você não quiser, se você quiser a gente vai ouvir, mas você pode ouvir o que a gente tem pra falar e a gente vai trocar”. Além de ser observado a preocupação da profissional em não revitimizar a pessoa em situação de violência é possível atribuir o caráter de atendimento humanizado onde as vontades, o tempo e o espaço da vítima são respeitadas.

4.2. O Direito à Saúde

O acesso ao atendimento do CEPAV, sendo uma instituição de saúde do SUS, segue suas prerrogativas. Quanto a isso o Entrevistado 2 traz que:

“Qualquer cidadão, qualquer pessoa que tenha notícia do nosso serviço ela é público do CEPAV, desde que se enquadre dentro do recorte de atendimento. Dentro do recorte qualquer pessoa, seja ela encaminhada, seja uma demanda espontânea, porque a gente (CEPAV) está enquadrado dentro do SUS.”

A partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização do acesso, equidade, integralidade da atenção tem-se que as pessoas em situação de violência podem acessar o atendimento do CEPAV por

iniciativa própria bastando ir até a unidade mais próxima de sua residência ou encaminhando um email, no entanto o acesso ocorre principalmente por encaminhamento conforme aponta o Entrevistado 2:

“A demanda espontânea dentro do recorte não acontece com tanta frequência. Por mês a gente recebe talvez uns quatro casos de demanda espontânea, de pessoas que ouviram falar dos nossos serviços, de pessoas que ouviram falar de pessoas que já foram atendidas no CEPAV e que recomendaram o serviço. Maciçamente a maior parte de acessos acontecem via encaminhamento, e os encaminhamentos vem de diversas instituições, vêm de conselhos tutelares, de escolas, da própria rede de saúde, vem da assistência social, das unidades de acolhimento, então diversos tipos de atores da garantia de direitos que acionam o serviço do CEPAV.”.

Partindo da fala do Entrevistado 2 observa-se uma possível falta de divulgação do serviço para a população e da possibilidade de acesso livre pela pessoa em situação de violência. Nota-se que nas ferramentas de comunicação da Secretaria de Saúde do DF com a sociedade é pouco divulgada a existência do atendimento do CEPAV. O que explicaria a maior entrada por meio de encaminhamento para o serviço.

No sentido da integralidade garantida pelo SUS a Entrevistada 01 aborda sobre o encaminhamento e cita exemplos de instituições da saúde ou de outros setores que enviam as vítimas para o atendimento no CEPAV:

“A pessoa pode pedir o atendimento indo até lá (unidade do CEPAV com livre demanda, nem todas são) ela mesma pode mandar um email para a gente. E temos as instituições que encaminham, Unidades Básicas de Saúde, criança e adolescente são muito encaminhadas pelo Conselho Tutelar, Centro 18 de maio, delegacia, juizado, alguma ONG as vezes encaminha, escola, CREAS, CRAS, hospital quando é violência aguda[...]”

Nas situações onde ocorreu violência sexual em menos de 72h a vítima é encaminhada pelo CEPAV para uma UBS ou hospital para tomar a medicação Profilática Pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV³². A dinâmica de encaminhamento nessas ocasiões pode ocorrer de forma reversa caso a vítima

³² https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf

tenha primeiro o contato com as unidades hospitalares. Nesse sentido há uma preocupação com a oferta de integralidade do atendimento às vítimas (Atendimento na Atenção Primária e Secundária) , conforme abordado pela Entrevistada 1:

“As pessoas buscam ou as Unidades Básicas ou os Hospitais para poder usar a medicação, lá elas vão tomar a profilaxia para HIV, para doenças infecciosas, hepatite se precisar e não for vacinado, para prevenir gestação, Sífilis, Gonorreia, essa quando a violência ocorreu até 72 horas vão fazer o uso dessa medicação. Depois de 72 horas a gente chama de violência crônica, ela não vai usar mais medicação, mas elas são encaminhadas para fazer o acompanhamento aqui com a gente [...]aí elas vão fazer o acompanhamento tanto com o psicólogo, com assistente social, com enfermagem, se for criança e adolescente a gente tem uma pediatra.”

A partir dessa dinâmica tem-se também um serviço de saúde que promove o bem-estar físico, mental e social para as pessoas em situação de violência conforme orientado pelo SUS. Nessa perspectiva a Entrevistada 03 aponta sobre a necessidade de um olhar amplo no trato da temática da violência:

“Para violência não tem como você não olhar com esse olhar de complexidade, tem que ser um olhar bem amplo. Tem vários aspectos que influenciam, não é atoa que não tem como trabalhar com violência sozinha. A gente trabalha muito em rede porque ao mesmo tempo que a gente está aqui fazendo esse acompanhamento psicológico, a gente tem que estar em contato com o CREAS para trabalhar as questões assistenciais porque a questão da renda é fator de risco para manutenção da violência [...] fazendo articulação com o conselho tutelar quando a gente vê que o direito de alguma criança, por exemplo , está sendo violado. Tem os atendimentos médicos para cuidar de tratamentos biológicos, todos os aspectos a gente olha de uma forma bem ampla mesmo, aspectos sociais, biológicos, psíquicos, questões de raça, tudo. No nosso acolhimento inclusive tem perguntas como a questão da raça, a questão da orientação sexual, a questão da identidade de gênero, tudo isso a gente leva em consideração no momento de fazer o acompanhamento das pessoas”

Percebe-se a preocupação do profissional do CEPAV em garantir que todas as esferas relacionadas ao indivíduo sejam atendidas conforme a disponibilidade da Rede intersetorial de políticas públicas.

Quanto ao relacionamento da violência com a saúde, o Ministério da Saúde (2005) aponta sobre a promoção do adoecimento físico relacionado a violência sofrida. Nesse sentido a Entrevistada 03 aborda um protocolo seguido e que possui orientações da Secretaria de Saúde do DF³³, guiadas por diretrizes do Ministério da Saúde, para auxiliar na identificação desses casos:

“A gente faz o matriciamento das equipes das UBS, das emergências, dos hospitais e tudo para que saibam minimamente acolher a violência tanto quando ela chega nominada, tanto quando não chega, porque muitas vezes vem demandas, queixas das mulheres que no geral não falam diretamente sobre violência, mas quando elas trazem alguns relatos, algumas questões, às vezes até em doenças crônicas que acontecem [...] quando você vê por trás tem uma vivência de violência. [...] dores de cabeça constantes, questões no intestino, estômago quando você vai ver são muito mais questões psicológicas relacionadas a violência vivida”

A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) inseriu o Sistema Único de Saúde (SUS) na Rede de assistência para as mulheres vítimas de violência, garantindo a prestação dos cuidados necessários no âmbito da saúde. Esse processo é comprovado uma vez que o CEPAV, como instituição da Secretaria de Saúde do DF e do SUS, segue a referida Lei, conforme fala de dois entrevistados:

“ [...] Lei Maria da Penha, são esses aspectos mais amplos que tem uma influência direta no nosso serviço, institucionais da própria Secretaria, do Ministério da Saúde, são muitos documentos que norteiam nossa prática [...] “A gente tem a portaria do CEPAV, fora as legislações relacionadas a violência que a gente tem que ancorar, a Lei Maria da Penha [...]”

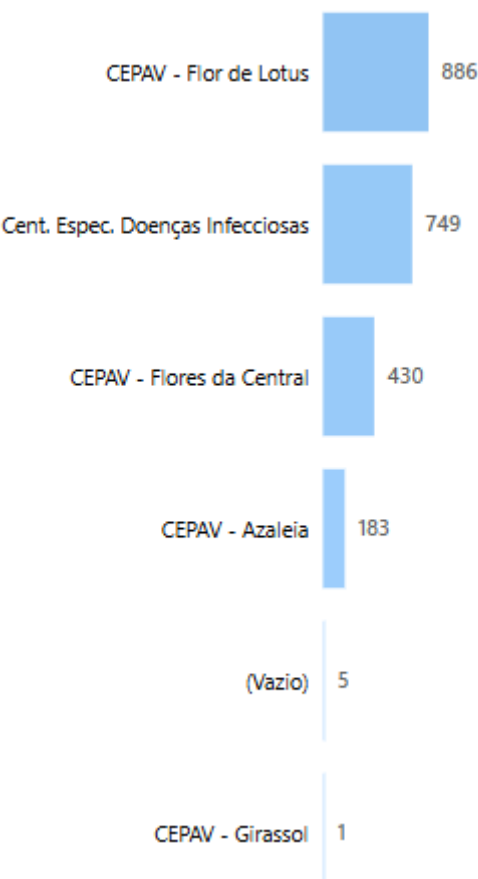
A partir do que foi visto nas falas dos profissionais entrevistados é nítido a preocupação da instituição na garantia do direito à saúde, seja ela física ou psicológica. As normas técnicas, Leis referentes a violência contra a mulher e encaminhamentos dentro da Rede de Saúde são seguidos. Percebe-se que há um atendimento humanizado e integral para as vítimas de violência acolhidas dentro da instituição.

Uma possível falha identificada na promoção do acesso integral a saúde e multidisciplinar pode ser visto a partir dos dados do InfoSaúde sobre os profissionais presentes nas unidades do CEPAV, conforme imagens gráficas a seguir:

33

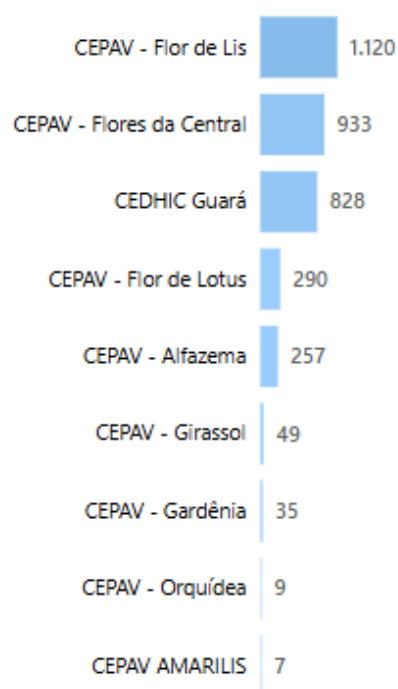
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/VIII.+Fluxograma+Viol%C3%AAncia+Sexual+do+Protocolo+Queixas+ginecologicas.pdf/21bc1dfd-108e-544d-45e1-41baa8d3c535?t=1698231272110>

Gráfico 1 - Atendimentos por Médico Ginecologista e Obstetra - 2020-2024



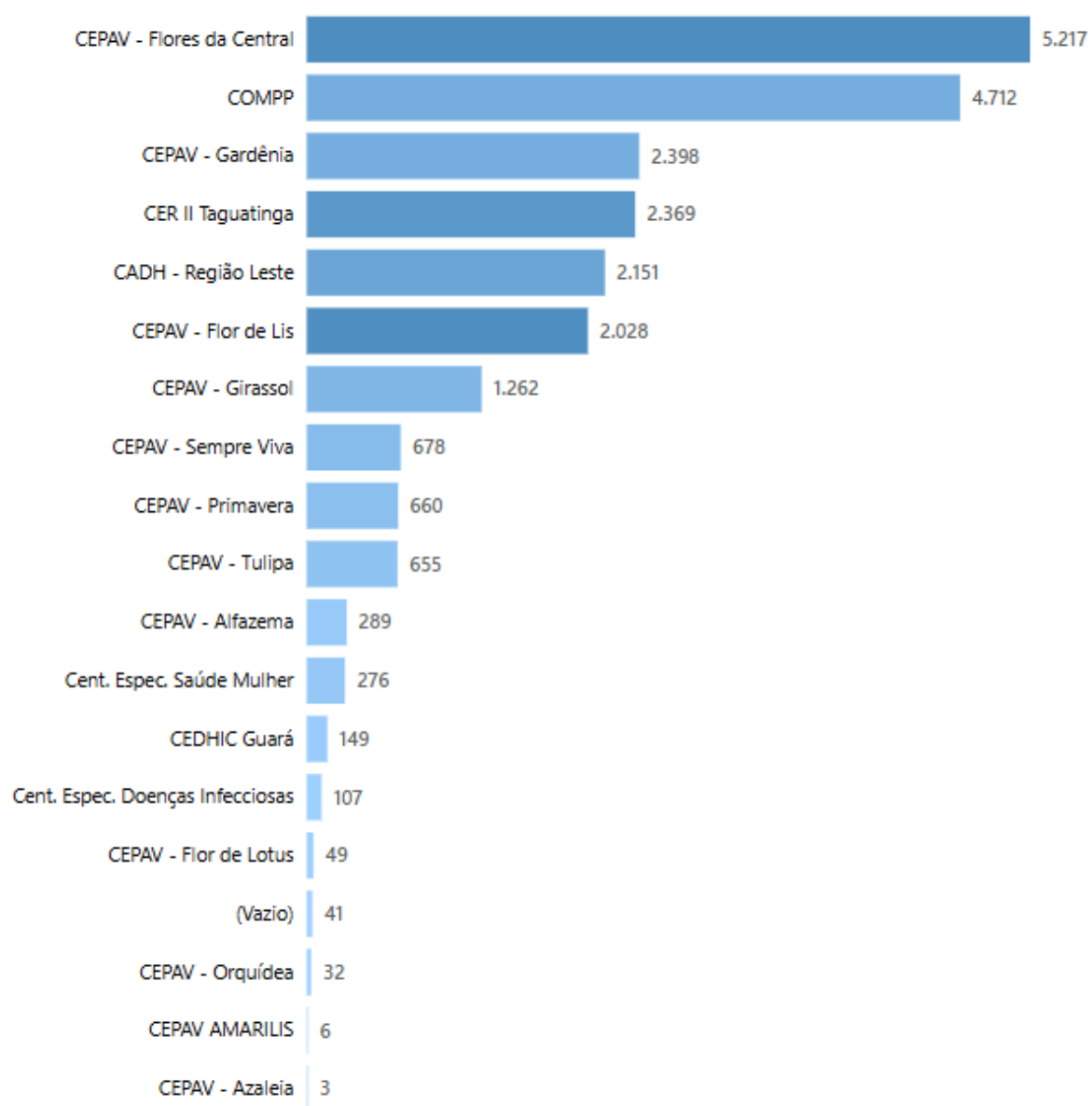
Fonte: InfoSaúde, SES-DF, 2025

Gráfico 2 - Atendimentos por Enfermeiros - 2020-2024



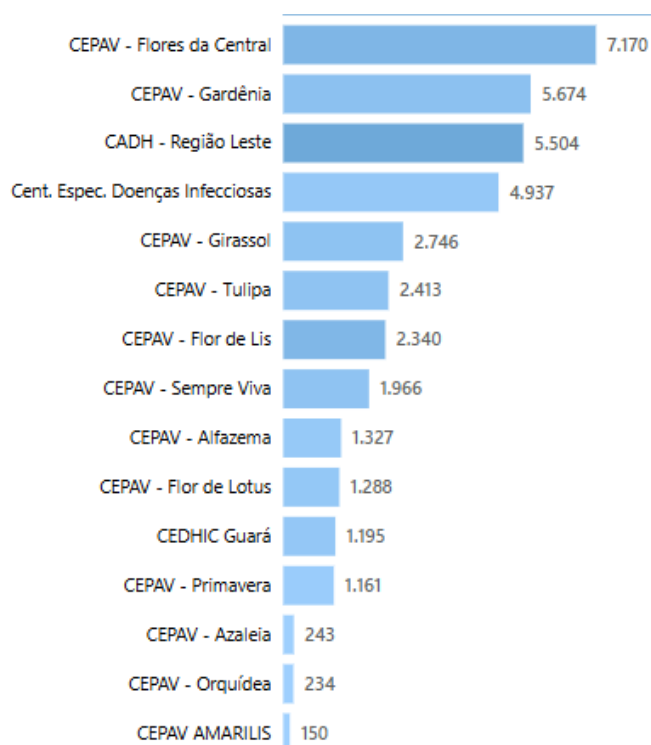
Fonte: InfoSaúde, SES-DF, 2025

Gráfico 3 - Atendimento por Assistente Social - 2020-2024



Fonte: InfoSaúde, SES-DF, 2025

Gráfico 4 - Atendimento por Psicólogos - 2020-2024



Fonte: InfoSaúde, SES-DF, 2025

De acordo com esses registros a profissão com maior defasagem é a ginecologia estando presente em somente 06 unidades do CEPAV. As com maiores presenças são a psicologia e a assistência social presentes em 14 unidades, enquanto a enfermagem está presente em 10 unidades.

Essa defasagem de profissionais, seja na ginecologia ou nas demais áreas atendidas pelo CEPAV, é algo indicado pelos Entrevistados.

De acordo com a Entrevistada 01 sobre as especialidades de profissionais disponíveis no seu CEPAV :

“ lá tem, só está com uma defasagem de carga horária, mas tem” [...] porque têm poucos, a gente precisaria de mais [...] é porque tem uma padronização, não sei se é bem pela população, mas por exemplo é tantos psicólogos de 40h para atender, tantos assistentes sociais, então falta profissional pela distribuição de carga horária.”

O Entrevistado 02 também corrobora com essa informação:

“Eu deveria ficar responsável somente pela parte de gestão, mas como a gente está com uma defasagem de profissionais dentro da equipe então termina que não me desvinculei da minha atividade enquanto psicólogo do CEPAV. Então permaneço na gestão, mas também na assistência atendendo.”

Para a Entrevistada 03 outro aspecto sobre a defasagem diz respeito ao tipo de serviço executado: “Aqui o trabalho é tão intenso que às vezes algumas pessoas optam por sair da Secretaria de Saúde mesmo.”

Da fala da Entrevistada 03 é importante observar que, se há defasagem por saída espontânea dos profissionais, é necessário que a Secretaria de Saúde atue de maneira a realocar profissionais nos postos desocupados ou realizar novas contratações para não prejudicar a qualidade do atendimento multiprofissional do CEPAV.

4.3. A Intersetorialidade no CEPAV

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres aponta sobre a necessidade da implementação de políticas públicas amplas e articuladas no âmbito da violência contra a mulher para que possam corresponder a complexidade do fenômeno em suas variadas formas.

Nesse sentido, o enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), por meio da constituição de uma rede de atendimento.

A Intersetorialidade é promovida entre o CEPAV e outras instituições de Segurança Pública, Justiça e Assistência Social por meio de normativas e determinações legais. Essas, indicam a necessidade de comunicação e articulação entre o setor da saúde e os órgãos como Delegacias de Polícia, Conselhos Tutelares, Ministério Público e outros órgãos de proteção, responsabilização e garantia de direitos.

Uma das maiores expressões de correspondência a preocupação do relacionamento intersetorial está ocorrendo no presente momento com a Consulta Pública aberta para orientação da criação da Linha de Cuidado: Atenção a Pessoa em Situação de Violência Sexual, Doméstica e Familiar³⁴. Aberta de 10 de janeiro de

34

https://docs.google.com/forms/d/1b6At9lkUoA-9ocAjCcZ6tJXLZvVKI6NaCX1xNfeEMN0/viewform?edit_requested=true

2025 a 08 de fevereiro de 2025 para participação dos profissionais da área e relacionados, bem como, para toda sociedade civil.

O objetivo da implementação da Linha de Cuidado na SES/DF visa organizar o itinerário do cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e garantir a orientação e articulação com os demais serviços de proteção e garantia de direitos da Rede Intersetorial.

Sua formulação contou com a participação conjunta de trabalhadores e gestores de diferentes níveis de atenção à saúde na SES-DF, representados pela Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (Sais) e suas coordenações; a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), representada pelo Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências (Nepav); as Regiões de Saúde, representadas pelos Núcleos de Prevenção e Assistência às Situações de Violência (Nupav) e pelos Centros de Especialidades de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (Cepav); e pelo Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL).

Sobre a articulação ocorrida entre o CEPAV e as outras instituições intersetoriais, a Entrevistada 01 diz que:

“Tem a reunião de Rede, geralmente é uma vez por mês, sempre tem um representante da saúde, da educação, onde são abordadas questões não só de violência, é de tudo, tem aqui [...] uma parceria com o Ministério Público. Então foi criado um protocolo para mapear a Rede que atende as crianças e adolescentes vítimas de violência, essa já está mais adiantada, E começou agora esse mapeamento para violência contra a mulher, então tem todos os órgãos que lidam com violência, delegacia CEAM, escola, CRAS, CREAS [...]”

Já o Entrevistado 02 aponta que:

“A gente trabalha com articulação com várias instituições. CRAS. CREAS. escolas também. Porque têm demandas que a gente não dá conta de saciar. Dentro dessa complexidade do indivíduo você tem que trabalhar com parceiros, com outros atores da política pública. Então às vezes quando a pessoa está no seu serviço ela precisa da sua intermediação técnica para conseguir se relacionar com esses outros atores, então a gente conduz esse relacionamento com esses outros atores para atender essa complexidade que a pessoa demanda dentro do serviço. No CEPAV não tem como você trabalhar se não for com essa dimensão desse olhar ampliado. São pessoas num estado de vulnerabilidade material, psicológico muito grande e algumas situações e contextos.[...] A gente recebe muitas solicitações de relatório do

Ministério Público, Justiça, às vezes Conselhos Tutelares. Nós somos bastante acionados nessa perspectiva.”

A Entrevistada 03 explora a questão da parceria com o Ministério Público e os frutos dessa relação Intersetorial:

“Aqui [...]. por exemplo. a articulação é bem estreita. é muito boa. A gente tem um relacionamento bem próximo com o Ministério Público, com CREAS. Inicialmente, há muitos anos atrás, quando essa equipe chegou e a gente foi organizar o trabalho, a gente fez alguns encontros com a Rede que a gente puxou mesmo pra organizar fluxo, para articular como seriam os encaminhamentos, quais seriam os passos, como deveria fazer no caso de violência aguda, no caso de violência crônica, para todo mundo ter noção de quais são os passos feitos dentro da Secretaria e para articular como seria, por exemplo, quando chegar lá no Conselho Tutelar. o que fazer primeiro, quando chega aqui o que fazer, toda essa organização. Então a gente tem o fluxo direitinho que foi feito e construído com a própria Rede. Fora que aqui tem as reuniões mensais da Rede que é algo também que estreita os laços. Fora ultimamente alguns grupos de trabalho que o Ministério Público tem puxado, [...] eles puxam muito grupo de estudo para fazer essas articulações de atendimento. A pessoa que é responsável aqui pela região é muito proativa e articulada então ela está sempre puxando algumas reuniões, alguns encontros, para gente discutir os atendimentos. Eu que já trabalhei em outras regiões considero (aqui) bastante articulada nesse sentido. A Rede daqui é muito potente nesse sentido, tem esses momentos de encontro fora no dia a dia que a gente se fala e troca.”

Na fala acima é possível perceber que a região onde ela atua tem essa característica de boa articulação Intersetorial. No entanto, ela aponta que isso não ocorre em todas regiões, sendo uma particularidade da Região Oeste nesse sentido, mas não um processo necessariamente corriqueiro em outras unidades do CEPAV.

Ainda sobre a relação com o Ministério Público da região ela aborda que:

“O Ministério Público a gente tem uma parceria com ele desde 2018 que eles passam verba de prestação pecuniária para a gente. A gente já comprou várias coisas aqui: computador, ar condicionado, brinquedos para as crianças, livros para o nosso trabalho. A partir dessas parcerias, o pessoal que paga fiança aí o dinheiro é revertido para gente fazer melhorias. Tem muita coisa ainda aqui no nosso CEPAV por conta dessa parceria. Em 2018 a gente mandou um ofício para o pessoal perguntando como funcionaria, se a gente conseguiria fazer essa parceria, porque a gente sabia que existia essa questão dessa verba. Quando o pessoal paga multa e tudo, paga fiança tem que ser revertido para o governo, para as instituições. Então a gente tem que fazer um projeto para falar tudo que a gente precisa, fazer alguns orçamentos e mandar junto para eles mandarem essa verba e a gente tem que mandar todas as notas. [...] A gente conseguiu comprar tablet pra falar com nossos usuários pelo whatsapp”

Percebe-se que a relação com outro órgão que lida com as vítimas de violência traz frutos diretos para as pessoas vítimas de violência e promovem uma melhor qualidade de atendimento dentro da Instituição.

A comunicação intersetorial é de grande importância para a garantia de direitos como o atendimento dentro do CEPAV. Sobre a comunicação e encaminhamentos a Entrevista 01 diz:

“Temos as instituições que encaminham, Unidades Básicas de Saúde, criança e adolescente são muito encaminhadas pelo Conselho Tutelar, Centro 18 de maio, delegacia, juizado, alguma ONG as vezes encaminha, escola, CREAS , CRAS, hospital”

A comunicação intersetorial pode ocorrer tanto para receber o encaminhamento das pessoas em situação de violência de outros setores, como para encaminhar as vítimas após a conclusão do atendimento no CEPAV: A Entrevistada 01 aponta sobre esse processo:

“A gente preenche um questionário, não é em forma de pergunta, mas raça, orientação sexual, escolaridade, a renda daquela família, religião, quantos pessoas moram naquela casa, então tudo isso é feito no primeiro atendimento dela. Se ela está recebendo algum benefício do Governo, porque a gente já encaminha, faz o relatório para o CREAS [...] para ele poder chamar essa família. Pode dar, por exemplo, cesta básica, auxílio vulnerabilidade, porque às vezes as famílias não vão (aos atendimentos no CEPAV) porque não têm dinheiro mesmo para pagar passagem”

“É uma rotina nossa lá quando o paciente finaliza o atendimento a gente fazer um relatório de devolutiva para o órgão que encaminhou. Então se foi, por exemplo, o CREAS que encaminhou no final eu devolvo para ele falando do que ele (pessoa em situação de violência atendida) participou, até para ele (CREAS) saber se aquele paciente que ele encaminhou foi e teve adesão. Da mesma forma, se ele não foi, a gente devolve para ele saber também. Se eles acharem que é importante e que ele precisa realmente daquele atendimento então ele entra em contato com aquela família e encaminha para gente de novo. isso é particularmente importante para criança e adolescente porque toda violência de criança e adolescente a gente tem que informar o conselho tutelar, então isso dá um respaldo para gente de que a instituição fez o que cabia a ela “

“quem trabalha com violência é muito importante trabalhar com outros órgãos, intersetorial, não pode ser só a saúde”

Nesse sentido o Entrevistado 02 aponta que a maior quantidade de acessos ao CEPAV vem desses encaminhamentos e dessa comunicação Intersetorial:

“Maciçamente a maior parte de pessoas eles acessam via encaminhamento, e os encaminhamentos vem de diversas instituições, vêm de Conselhos Tutelares, de escolas, da própria Rede de saúde, vem da Assistência Social, das Unidades de acolhimento, então diversos tipos de atores da garantia de direitos que acionam o serviço do CEPAV;”

A Entrevistada 03 traz que:

“A gente recebe encaminhamento tanto da Rede intrassetorial, que são os serviços de saúde, quanto da rede Intersetorial. A gente recebe diversos órgãos externos que são da justiça, da assistência, do Ministério Público, então a gente recebe dos diversos órgãos.”

A partir das falas de todos os entrevistados é visto que há um processo de comunicação Intersetorial de via dupla. Há trocas entre as instituições e órgãos de diferentes áreas com o CEPAV e o mesmo também promove um retorno das atividades realizadas. Ainda, é notória a preocupação do profissional do CEPAV e seu entendimento sobre a complexidade da dinâmica dos atendimentos e as necessidades desse processo de articulação entre setores distintos.

Embora a relação Intersetorial prevista em normativos seja promovida na prática na região de saúde na qual os entrevistados atuam. Nota-se nas falas da Entrevistada 03 uma característica problemática na forma em que esse processo se dá ao apontar que sua unidade do CEPAV possui práticas intersetoriais não presentes em outras unidades em que ela já atuou.

A ausência da institucionalização na dinâmica intersetorial da Rede de atendimento para o fenômeno de violência contra a mulher apresenta-se como um grande limitador na garantia de direitos e uniformização desse processo. Nesse sentido, apesar da intersetorialidade ocorrer na unidade mencionada, principalmente com o Ministério Público, não há normativos para garantir que o processo se dê igualmente nas outras unidades do CEPAV.

Além disso, essa ausência, por não gerar a obrigatoriedade e instruções quanto ao processo da relação intersetorial com as áreas de segurança, justiça e assistência, prejudica a maior comunicação entre todos os setores para propiciar a entrega de um serviço mais completo para as mulheres em situação de violência.

4.4. Integralidade e Continuidade do Cuidado na Atenção às Vítimas de Violência

A assistência articulada na integração dos serviços é um indicador da integralidade do cuidado, princípio norteador do SUS (Alcântara *et. al*, 2024). Partindo desse princípio, o CEPAV apresenta articulação com a Rede de Saúde por meio de encaminhamentos e recebendo pessoas encaminhadas para promover acesso a todos os atendimentos necessários para sua recuperação conforme Entrevistada 01: “[...] as UBS acabam mandando (pacientes) para gente, na Atenção Primária eles fazem a filtragem e encaminham para gente.”

A comunicação entre os diferentes níveis de Atenção em Saúde, seja a básica, especializada, urgência e emergência, ocorre de variadas formas. Segundo a Entrevistada 01:

“A gente tem o *trakcare* [...] é um prontuário eletrônico do paciente, então todo atendimento do paciente em qualquer lugar da Secretaria da Saúde é relatado lá [...]por exemplo, se meu paciente que está comigo agora mudar para Sobradinho elas conseguem acessar [...] então a gente evolui [registra o andamento do tratamento] nesse sistema.”

O Entrevistado 02 corrobora e complementa a informação:

“Qualquer registro, por exemplo, de participação em grupo, de atendimento que o profissional faça, ele deve ser feito no *Trakcare*, até de conclusão. Quando conclui você faz a evolução [...]. A gente faz muitos relatórios, recebe muitas solicitações de relatório. Os relatórios como saem para fora tem que fazer no meio impresso. Se tiver que fazer algum outro tipo de registro sobre o acompanhamento do paciente lá dentro ele acontece via relatório que solicitam ou às vezes quando a gente faz a contrarreferência com o informativo. Quando é um relatório que vai é mais simples, informando que concluiu. Quando é uma solicitação aí já é algo mais extenso.”

[...]os canais de comunicação estabelecidos tem o SEI que é a via que nós mais recebemos de dentro da própria Secretaria de Saúde. Tem também a comunicação via email institucional, e tem a comunicação via próprio prontuário eletrônico, que às vezes você não entra em contato diretamente com a equipe, mas pelo sistema você vê as intervenções que uma equipe fez, que aí seria [...] uma via indireta de comunicação. Você acessa a intervenção dos outros serviços via prontuário”

Assim, qualquer membro da área da saúde que possua acesso ao prontuário eletrônico pode acompanhar o tratamento que está em execução ou o que já foi realizado para cada paciente. A partir dessa compreensão o profissional fica orientado para identificar o tipo de atendimento necessário na continuidade em cada situação.

Outro aspecto dessa articulação diz respeito ao treinamento fornecido pelo CEPAV para outros membros da Atenção à Saúde conforme relata a entrevistada 3: “A gente faz o matriciamento das equipes das UBS’s, das emergências, dos hospitais e tudo para que saibam minimamente acolher a violência.”

A integralidade do cuidado implica em oferecer à vítima de violência um atendimento que cubra todas as suas necessidades, tanto físicas quanto psicológicas e sociais. Isso significa cumprir o que é determinado pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Nesse sentido, o CEPAV corresponde às determinações por corresponder a multidisciplinaridade com uma visão ampliada do atendimento.

Em relação a multidisciplinaridade o CEPAV é composto por profissionais de diferentes categorias pela própria natureza do serviço que é multidisciplinar. A equipe da Entrevistada 01 tem a seguinte composição: “Na nossa equipe a gente tem psicólogo, assistente social, enfermeiro e técnico de enfermagem, pediatra e a ginecologista. Enquanto está fazendo acompanhamento com a gente ele (paciente) tem acesso a essas especialidades”

Segundo o Entrevistado 02 sua equipe é composta por:

“02 psicólogos, eu que estou na assistência e estou na chefia na gestão no Nupav, tem a [...] que é psicóloga. Na parte de enfermagem nós temos uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, [...] tem duas médicas, uma pediatra e a ginecologista, e temos também o serviço social 01 assistente social”

Com relação a abrangência do cuidado, a dinâmica do atendimento multidisciplinar ocorre nas unidades do CEPAV conforme indicado pelos entrevistados em suas falas. Para a Entrevista 01:

“A gente busca trabalhar sempre com dois profissionais, então normalmente é um psicólogo e um enfermeiro, ou psicólogo e assistente social, para ter até uma abordagem diferenciada, porque eu enquanto enfermeira vou fazer um grupo enquanto enfermeira, então minha visão é diferente”

O Entrevistado 02 explora essa dinâmica da seguinte forma:

“Na verdade o atendimento do CEPAV a previsão dele é que ele aconteça de uma forma multidisciplinar. Claro que cada profissão tem suas atribuições

particulares, seus dispositivos, mas a maior parte do acompanhamento ele ocorre nessa forma multi. Nessa perspectiva de visão do serviço existem diversas demandas e tem demandas que são atravessadas por diversas visões, tipos de compreensão. Por essa complexidade não tem como você não pensar na violência por uma perspectiva multidisciplinar. O conceito é a gente chegar no nível da transdisciplinaridade. [...] Boa parte dos nossos atendimentos a gente faz com profissionais de categorias diferentes, os grupos acontecem dessa forma, nesse formato não tem “aí isso aqui é o grupo do psicólogo”. A gente trabalha muito com o GM, que é o grupo multifamiliar, então na perspectiva do GM o GM é conduzido por um psicólogo, por uma assistente social, por uma enfermeira, é conduzido pela equipe, até mesmo pela complexidade que é o fenômeno da violência que é multifacetada.”

A Entrevistada 03 aborda:

“Nosso trabalho é totalmente multidisciplinar. Eu posso te dizer que um dia a gente chegou até ser uma equipe interdisciplinar sabe, hoje a gente está um pouco menos, a gente está até tentando resgatar um pouco mais essa coisa de conseguir discutir os casos, conseguir ter uma relação mais estreita para não ficar aquela coisa de cada profissional trabalhando ali com a mesma pessoa sem ter uma interação muito forte. [...] Diversos profissionais fazem os grupos, então eu faço grupo com a enfermeira, com a assistente social, com outro psicólogo. A gente é uma equipe multidisciplinar.”

Há ainda a articulação entre os profissionais da unidade para manter um alinhamento dos atendimentos. Nesse sentido, a multidisciplinaridade está além da diversificação de categorias de profissionais dentro da unidade. Esses profissionais alinham suas visões de atendimento para proporcionar maior qualidade e amplitude na entrega do serviço pela instituição:

Entrevistada 01:

“A gente discute, por exemplo, nosso protocolo de atendimento, discute sobre algum caso que algum profissional atendeu e que precisa ser compartilhado. Elas (reuniões de equipe) são frequentes, mas não existe uma data, a gente tenta manter uma vez por mês, mas nem sempre a gente consegue.”

Entrevistado 02:

“A gente tenta manter uma frequência para deliberar sobre a própria organização do serviço. Nós tínhamos um momento para discussão de caso dentro dessas nossas reuniões. Com o tempo, as nossas reuniões começaram a ser muito tomadas pela organização do serviço numa

perspectiva de alinhamento de estrutura de organização institucional do próprio serviço e a gente foi perdendo um pouco da perspectiva das discussões de caso. Ai a gente começou a fazer isso com o carro andando, na própria rotina do serviço, essa perspectiva de discussão dos casos. Hoje mesmo a gente fez a reunião de equipe, a gente estava refletindo sobre essa dimensão de retomar a discussão dos casos dentro da reunião de equipe, principalmente para a gente refletir sobre os casos mais difíceis, mais complexos. [...] De uns tempos pra cá a gente começou a fazer isso dentro da rotina “ah a fulana percebeu um determinado aspecto” leva para equipe para discutir. Existe uma definição pro momento disso acontecer, a discussão e estudo de caso. Começando esse ano, a gente tem o plano de retomar isso dentro da reunião de equipe.”

Entrevistada 03:

“Essa (reuniões de equipe) era uma prática que sempre foi muito forte nossa, a gente se encontrava uma vez por mês, durante muitos anos foi assim. Deu uma quebrada nos últimos dois anos, inclusive hoje de manhã a gente discutiu sobre isso na reunião [...] sobre retomar isso. A gente até fez um planejamento hoje de manhã para voltar a ter essas reuniões. Essa sensação que eu tive que antes a relação era mais estreita também teve a ver com essa falta de reunião. Se a gente não discute, não articula, fica muito truncado, eu senti falta demais dessas reuniões.”

As reuniões foram prejudicadas por conta da alta demanda das atividades no CEPAV. Além dos atendimentos, eles também são responsáveis por treinamentos, que chamam de matriciamento, dentro da Rede de Saúde. Isso contribui na falta de tempo disponível para discutir os atendimentos realizados.

Entretanto, há uma preocupação da gestão e dos profissionais em retomar e aprofundar novamente a interação entre profissionais. Assim, ampliar os espaços de discussão de caso para promover a visão e contribuição multidisciplinar sobre as situações atendidas por eles.

No aspecto da abordagem biopsicossocial é levado em consideração o impacto da violência além da saúde física, mas na mental e social da vítima (Teixeira; Paiva, 2021). Assim, a abordagem sobre o impacto da violência deve levar em consideração sua vulnerabilidade e as complexas necessidades que exigem um cuidado multidimensional. Quanto a isso os profissionais falam que:

Entrevistada 01

“A gente preenche um questionário, não é em forma de pergunta, mas raça, orientação sexual, escolaridade, a renda daquela família, religião, quantos pessoas moram naquela casa, então tudo isso é feito no primeiro atendimento dela. Se ela está recebendo algum benefício do governo, porque a gente já encaminha, faz o relatório pro CREAS. O CREAS atende situações de vulnerabilidade em geral, quando alguma pessoa sofreu situação de violência é para lá que a gente manda, então a gente faz esse relatório, já encaminha para o CREAS para ele poder chamar essa família, pode dar, por exemplo, cesta básica, auxílio vulnerabilidade. Porque às vezes as famílias não vão (aos atendimentos no CEPAV) porque não tem dinheiro mesmo para pagar passagem. [...] A região que a gente está ali é uma população muito vulnerável. “

Entrevistado 02:

“A gente tem uma preocupação muito grande com essa visão ampliada da pessoa atendida pela equipe. Observamos todos esses aspectos, biológico, psicológico, social, até porque é muito complicado dissociar esses aspectos dentro do processo de acompanhamento. Um exemplo dessa nossa preocupação, antes a gente fazia o grupo na rotina, a partir do momento que a gente iniciava o grupo fazia o encontro semanal, depois a gente fez uma reflexão: talvez fosse melhor, apesar que a gente dá o atestado de comparecimento, mas aí no caso elas (crianças e adolescentes atendidas) perderiam o conteúdo na escola, passaram a ser quinzenalmente que aí elas não perderiam tanto conteúdo na escola e a gente ficaria com essa pessoa mais tempo no serviço. A gente pensou também na questão que existem famílias que têm dificuldade de renda para ter passagem para ir ao serviço pra ela estar semanalmente no serviço. Tinha uma questão de “eu pedi dinheiro emprestado para fulano” e é muito complicado ficar faltando o trabalho toda semana, então vamos fazer quinzenalmente que aí dá um espaçamento maior [...] Teve um período em que a gente comprava algumas cestas básicas para as famílias que a gente observava que estava em maior vulnerabilidade. Apesar de não ser uma perspectiva nossa, a gente tinha essa preocupação de ter aquele dispositivo pra gente acionar caso a gente verificasse a vulnerabilidade. A gente trabalha com articulação com várias instituições, CRAS, CREAS, escolas também, porque tem demandas que a gente não dá conta de saciar. Dentro dessa complexidade do indivíduo você tem que trabalhar com parceiros com outros atores da política pública. Então às vezes quando a pessoa está no seu serviço ela precisa da sua

intermediação técnica para conseguir se relacionar com esses outros atores, então a gente conduz esse relacionamento com esses outros atores para atender essa complexidade que a pessoa demanda dentro do serviço. No CEPAV não tem como você trabalhar se não for com essa dimensão desse olhar ampliado. São pessoas num estado de vulnerabilidade material, psicológico muito grande e algumas situações e contextos.”

Entrevistada 03:

“Para violência não tem como você não olhar com esse olhar de complexidade. Tem que ser um olhar bem amplo. Tem vários aspectos que influenciam, não é toa que não tem como trabalhar com violência sozinha. A gente trabalha muito em Rede porque ao mesmo tempo que a gente está aqui fazendo esse acompanhamento psicológico a gente tem que estar em contato com o CREAS para trabalhar as questões assistenciais porque a questão da renda é fator de risco para manutenção da violência. A gente está aqui pensando e ao mesmo tempo fazendo essa articulação com o CREAS, com o Conselho Tutelar quando a gente vê que o direito de alguma criança, por exemplo, está sendo violado. Tem os atendimentos médicos para cuidar de tratamentos biológicos. Todos os aspectos a gente olha de uma forma bem ampla mesmo, aspectos sociais, biológicos, psíquicos, questões de raça, tudo. No nosso acolhimento inclusive tem perguntas como a questão da raça, a questão da orientação sexual, a questão da identidade de gênero, tudo isso a gente leva em consideração no momento de fazer o acompanhamento das pessoas”

A visão humanizada do cuidado ocorre na forma em que os profissionais realizam seu trabalho:

Entrevistada 01:

“O nosso atendimento lá é na maioria das vezes em grupo, a gente não faz terapia, chamamos de grupo, os encontros em grupo com várias pessoas daquela mesma faixa etária para poder falar da temática de violência, de autocuidado, de sexualidade, cuidado com o corpo, então é abordado vários temas nos encontros que a gente tem nesse grupo”

A Entrevistada 01 relata que o grupo não é uma terapia, mas é terapêutico. Essa colocação se dá por não haver um atendimento exclusivamente por profissionais psicólogos durante a realização dos grupos. Embora possa contar com um psicólogo, os grupos são dirigidos por outras categorias profissionais e com um olhar mais amplo.

As individualidades das pessoas em situação de violência são respeitadas:

Entrevistada 01:

“Às vezes durante o atendimento você não consegue perceber todas as vulnerabilidades, então o que que a gente costuma falar muito no acolhimento: “participa do primeiro dia do grupo” porque tem gente que não consegue fazer coisa em grupo, às vezes fica constrangido ou não tem o perfil mesmo. A maioria quando vai no primeiro dia gosta porque [...] você não está lá para falar da sua violência, você não precisa contar sua história se você não quiser. Se você quiser, a gente vai ouvir, mas você pode ouvir o que a gente tem para falar e a gente vai trocar. A gente vai falar muito de prevenção da violência, então às vezes no primeiro atendimento elas ficam mais caladas porque ainda não conhecem e depois vão se soltando. Às vezes durante esse atendimento precisa de uma interferência individual, então quando isso acontece isso é desenvolvido. [...] é um espaço terapêutico então quem está lá tem que respeitar quem está falando, você pode discordar, mas você tem que saber que o outro está em sofrimento também. [...] tem que saber que você está lá ouvindo uma angústia de outra pessoa[...”

Os profissionais entrevistados demonstram gostar do que fazem, apesar da alta demanda de serviço. Eles gostam da natureza do trabalho e dos resultados alcançados com relação aos desenvolvimentos da vítima após sua passagem pelo atendimento do CEPAV. Nessa perspectiva, infere-se que a evolução de melhora do quadro das vítimas de violência é algo visto pelos profissionais que os atendem.

A Entrevistada 01:

“Trabalhar com violência não é fácil, mas é um tema que pelo menos para mim, eu nunca tinha trabalhado com isso, nunca tinha lidado [...] eu gosto de ver o resultado [...] ali eu consigo ter um retorno maior, apesar de eu achar que essas coisas psicológicas, que mexem com o psicológico, são mais difíceis, eu ainda estou preferindo”

A Entrevistada 03:

“[...] natureza do trabalho às vezes é mais legal de você conseguir minimamente fazer algum tipo de acompanhamento, eu já fui de outras duas outras secretarias, da educação e de assistência, e eu sinto que aqui a gente consegue fazer um trabalho um pouco mais continuado. Aqui por mais que a gente não consiga fazer um trabalho que seja super prolongado e tudo mais, você ainda vê minimamente um acompanhamento ali da pessoa, um progresso, uma evolução, então em termos de natureza do trabalho eu acho que aqui é muito bom em relação a outras secretarias[...”

Apesar do atendimento realizado no CEPAV iniciar já com uma previsão de término por sua própria dinâmica, dentro desse período há um acompanhamento por parte dos profissionais.

Entrevistado 02:

“A gente trabalha numa dimensão, que eu costumo dizer, de curto prazo e focal. As ações têm uma temporalidade para acontecer, no momento que o indivíduo é chamado para iniciar o acompanhamento ele já entra sabendo que o acompanhamento vai ter um término. A maior parte dos casos nós conseguimos concluir o tratamento nesse prazo, mas existem casos que são mais complexos. Esses poucos casos a gente tem um planejamento em que eles permanecem no acompanhamento até a gente articular com outros serviços que possam dar continuidade a esse usuário. Às vezes a gente consegue saciar a demanda que está relacionada ao contexto de violência, mas permanece algumas demandas de saúde que o nosso serviço não dá conta, mas também não dá para a gente desassistir a pessoa ainda apresentando demandas, mesmo que elas não sejam demandas atendidas pelo nosso serviço. Então a gente permanece até conseguir articular outros atores ou até mesmo acompanhar algumas demandas que a gente vê que correspondem a violência, mas precisam se alongar um pouquinho mais. Se a gente tem uma dimensão de continuidade de monitoramento é desses paciente assim mais difíceis, que permanecem um pouco mais no serviço, esses paciente que a gente conclui o acompanhamento não tem um dispositivo, uma prática de “ah vamos fazer contato daqui há dois meses para ver como essa pessoa está depois do nosso serviço” vez que a gente fez o desligamento, concluiu o acompanhamento. A gente não tem esse dispositivo de acompanhamento depois que conclui, não faz essa busca no sentido de saber como a pessoa está após acompanhamento.”

É visto na fala do Entrevistado 2 que há uma preocupação em manter a vítima no atendimento quando seu caso é mais complexo. Assim, a continuidade do cuidado ocorre nesses casos. Nos demais, a própria dinâmica definida para a execução de atendimentos nas unidades faz com que haja uma previsão de término do tratamento, mantendo a sequência nos casos onde ocorre necessidade de acompanhamento por outros membros da Rede de atendimento.

A Entrevistada 03:

“A gente tem um atendimento que tem início, meio e fim, a gente não faz psicoterapia. Aqui é um atendimento biopsicossocial então em geral a ideia é que a pessoa chegue e seja acolhida. A gente marca o primeiro atendimento individual em especial com os profissionais de psicologia mesmo e depois encaminha para o grupo. A grande maioria das pessoas passa pelo grupo, a gente só não coloca aquelas que realmente ali não estão no momento de um grupo, às vezes em uma situação de uma resistência muito grande ali de participar. Tem gente que tem muita dificuldade, que acha que vai se expor, mas a gente tenta de alguma forma quando a demanda é nesse sentido de não fazer, a gente ainda tenta dar um incentivo porque às vezes ficam com essa sensação de que vão se expor muito, mas acaba que é muito potente o

grupo nesses casos de violência.[...] Geralmente elas fazem essas etapas, passam pelo grupo e no pós grupo tem atendimento individual novamente. Nesse atendimento individual pós grupo a gente avalia. Grande parte das mulheres e pessoas que são atendidas por nós a gente analisa, algumas a gente precisa fazer determinados encaminhamentos, outras finalizam e fecham mesmo com a gente. Algumas a gente fica quando está numa situação que a gente percebe que ainda está muito relacionada à violência, ao sofrimento muito forte que está ainda na dificuldade de sair dessa violência. É bem individual a avaliação, mas a nossa ideia não é ficar de eterno com ninguém. Sobre o monitoramento após elas saírem daqui é muito difícil a gente conseguir fazer isso assim de forma ativa, fazer essa busca, em virtude mesmo da nossa demanda. A gente não dá conta nem do que a gente tem aqui de fazer hoje. Estamos com uma equipe muito reduzida para atender, então esse monitoramento pós a gente não consegue fazer.”

A fala acima aponta para a natureza finita do atendimento. No entanto, o tratamento fornecido não é encerrado antes do tempo, mesmo com essa característica da Instituição. Isso denota a preocupação do profissional em promover um atendimento que demonstre resultados concretos e no qual a pessoa em situação de violência não seja liberada em sofrimento.

Infere-se que há o respeito do profissional quanto o momento do paciente, não o obrigando a participar de atividades que não se sinta à vontade, preservando sua individualidade e direitos.

Os encaminhamentos necessários são feitos, promovendo a integralidade do atendimento. Entretanto, o monitoramento após a alta do paciente não é realizado por conta da grande demanda do serviço e também por não estar previsto na dinâmica da Instituição.

Ainda, para além da preocupação com o sofrimento psicológico da vítima, é visto a execução da transição segura entre os níveis de atenção conforme as falas a seguir:

Entrevistada 01:

“Se nesse atendimento o psicólogo avaliar que ele [paciente] está bem, se ele não estiver em acompanhamento com a ginecologista, nem com o pediatra, aí ele é liberado do CEPAV. Se ele está em acompanhamento com um dos dois médicos, a gente mantém ele ainda um período no CEPAV com a gente, porque para ele ter acesso ao atendimento ele tem que estar vinculado, a psicóloga vai avaliando o intervalo que precisa dessas consultas até receber alta.”

4.5. As Redes de Atenção à Saúde

Em resposta às variadas demandas na área da saúde as Redes de Atenção à Saúde são sistematizadas com vistas a promover o atendimento no ciclo completo nos diferentes níveis: Atenção primária, Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar.

Sua implementação é realizada por meio de redes temáticas e tem como objetivo lidar com processos complexos de gestão e atenção à saúde com interação de diversos agentes e alta demanda ao acesso dos serviços públicos de saúde (Mendes, 2011).

No Distrito Federal foi implementada recentemente a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV), sendo a Linha de Cuidado: Atenção a Pessoa em Situação de Violência³⁵, em construção, ferramenta para auxiliar a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas em situação de violência, tornando-se importante instrumento para efetivação, monitoramento e avaliação.

Nesse sentido, a demora para formulação dessas ferramentas decorreu no seguinte trâmite: inicialmente a Portaria nº 900, de 21 de agosto de 2018 instituiu o Colegiado Gestor Técnico da Atenção Integral à Violência, para estruturação da Linha de Cuidado em todos os níveis de atenção nas Regiões de Saúde do DF. A esse colegiado foi atribuído o compromisso de organizar a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência, construir uma linha de cuidado adequada às necessidades dos usuários na perspectiva de rede, definir fluxos para os serviços e implementar ações estratégicas de enfrentamento à violência.

Para o fortalecimento dessas ações, o Colegiado foi substituído pelo Comitê Permanente de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal, publicado pela Portaria nº 347, de 19 de abril de 2021.

Em 2023, como resultado da Força-Tarefa no DF para propor políticas públicas voltadas à prevenção do feminicídio, à proteção, ao acolhimento e à eliminação de todas as formas de discriminação e violência contra as mulheres

35

https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Linha_de_Cuidado_Atencao_a_Pessoa_em_Situacao_de_Violencia__1_.pdf/f7c02c4c-01ed-76c3-0190-3cec93953db0?t=1736527427767

(Decreto nº 44.206), foi instituída a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV), por meio da Portaria nº 108, de 20 de março de 2023. Através dela o Grupo Condutor Distrital da RAV (GCD-RAV) substituiu o referido Comitê. Desde então, foi retomada a produção desta Linha de Cuidado, atualmente aberta para consulta pública.

No âmbito da gestão, a RAV tem o objetivo de elaborar, coordenar, acompanhar e avaliar as ações de enfrentamento e prevenção da violência e promoção da cultura da paz previstas na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade de Acidentes e Violência.

Seguindo a lógica de redes, a RAV possui representação dos três níveis de atenção, sendo uma de suas competências: articular ações de enfrentamento e prevenção da violência na rede assistencial da SES, fundamentada na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica do DF, através da atuação na rede intrasetorial de enfrentamento e prevenção da violência” (Portaria nº 347 de 19 de abril de 2021).

A criação da RAV e da Linha de Cuidado temática aponta para a preocupação da SES-DF sobre o problema da violência e suas iniciativas para atuar frente ao problema. Ainda, denota a correspondência da atuação distrital frente às Políticas Públicas de âmbito nacional.

A partir da dinâmica de Redes, o CEPAV se articula com as outras unidades de Atenção promovendo capacitações aos demais profissionais na lida com a violência, conforme apontam os entrevistados:

Entrevistada 01:

“A gente tem programa de fazer capacitações, a gente capacita as Unidades Básicas, as emergências, tanto dos hospitais quanto das UPAS. A gente está sempre aberto para estudos de caso de paciente sempre que é solicitado, sobre dúvidas também [quando] não sabem o que fazer com aquele paciente. A gente é um órgão que é aberto a trocar. [...] as capacitações que chamamos de matriciamento, normalmente é separado igual agora, é com Atenção Primária, às vezes o CAPS chama para fazer, surge muita dúvida para onde vai encaminhar aquele paciente.”

O Entrevistado 02 aborda sobre a comunicação dentro da Rede de Saúde:

“Nós recebemos de fora da Secretaria de Saúde e de dentro mesmo da Secretaria de Saúde das Unidades de Atenção, nós recebemos solicitações de encaminhamento do Hospital Regional, das Unidades Básicas, alguns poucos dos ambulatórios, então essa comunicação acontece sim. Ainda não acontece, vamos dizer assim, não da forma o quanto a gente desejaria que acontecesse, que a referência e a contrarreferência acontecesse de uma forma mais frequente e contínua. [...] Nós temos *gaps* dentro desse fluxo de comunicação da referência e da contrarreferência. Então nós ainda, apesar de procurar manter essa ação, essa intervenção, esse fluxo de referência e contrarreferência, a gente ainda observa que acontece com muita deficiência essa troca de informações.

Eu diria que essa comunicação acontece, mas de uma forma (não sei se eu poderia dizer), mas precarizada, no sentido de que ela poderia acontecer com maior frequência, com maior presteza, com maior regularidade. Ela acontece, mas de uma forma deficitária dentro do SUS.

A partir da fala dele percebe-se seu sentimento quanto a comunicação dentro do SUS, a qual, ele afirma que ocorre, mas há falhas nessa comunicação. Ela não ocorre da maneira que deveria nos quesitos de frequência e presteza.

Quanto aos canais de comunicação da Rede:

“Os canais de comunicação estabelecidos tem o SEI que é a via que nos mais recebemos de dentro da própria Secretaria de Saúde é via SEI. Tem também a comunicação via email institucional, e tem a comunicação via próprio prontuário eletrônico, que às vezes você não entra em contato diretamente com a equipe, mas pelo sistema você vê as intervenções que uma equipe fez, que aí seria, vamos dizer assim, uma via indireta de comunicação, você acessa a intervenção dos outros serviços via prontuário. Eu acredito que a gente às vezes peque na questão da referência e contrarreferência em vista da demanda que a gente tem, nós temos uma demanda muito grande porque nesses últimos períodos pós pandemia a gente viu que o serviço passou a ser acionado com maior frequência pela Rede como um todo, não só pela própria Secretaria de Saúde, mas pelas outras políticas públicas que também conhecem esse dispositivo. A gente trabalha com uma sobrecarga grande de encaminhamentos mensalmente. Ao longo do tempo a nossa equipe passou por um processo de redução de equipe de profissionais, então a demanda de serviço aumentou e a equipe se reduziu.

Essa questão da referência e da contra referência dentro do fluxo de trabalho às vezes ela se perde porque a gente tem a demanda das diversas demandas que nós temos de assistência, de matriciamento, de atendimento em grupo, atendimento individual. Dentro desse fluxo a contrarreferência não tem a atenção que ela poderia ter, mas isso é porque a gente trabalha no sentido de ter que priorizar demandas, a gente é levado a eleger prioridades.

Porque mesmo nessa presteza que a gente atua, a gente ainda tem demanda reprimida, a gente tem processos burocráticos que a gente tem que realizar e atender. Não é que a referência e contrarreferência não

aconteça, porque ela também está dentro do nosso processo, mas ela não recebe [...] a atenção que deveria ter. É uma escolha que às vezes a gente tem que fazer.

Essas comunicações acontecem também em estudos de caso que a gente tem que fazer sobre determinados pacientes, determinados usuários. Então a gente tem que realizar estudos de caso, é um outro momento que a gente atua assim na questão da comunicação. Às vezes treinamentos também é uma outra parte que a gente atua, uma outra frente que a gente atua também porque assim o CEPAV dentro da Secretaria de Saúde aglutina todas as ações na perspectiva de vigilância e assistência do território e de capacitação também. Dentro da Região Oeste só o CEPAV que realiza essa questão na perspectiva de treinamento e capacitação, na questão tanto do atendimento de pessoas vítimas de violência, do treinamento de notificação, notificação compulsória nós também fazemos esse treinamento. O Nepav que é na administração central que trabalha na área de vigilância da violência eles também realizam treinamentos, mas regionalmente a maior parte da visibilidade dentro da saúde do atendimento, atenção vigilância e educação em saúde fica a cargo do CEPAV Flor de Lótus.

A Entrevista 03 aponta com relação a articulação na Rede de Saúde a questão do matriciamento realizado pelo CEPAV para as outras áreas de Atenção:

”[...] A violência ela chega nos diversos níveis de atenção então a nossa ideia enquanto serviço especializado é que todos saibam acolher violência. A gente faz o matriciamento das equipes das UBS, das emergências, dos hospitais e tudo para que saibam minimamente acolher a violência tanto quando ela chega nominada, tanto quando não chega [...] A nossa forma de articulação em geral é por meio desses matriciamentos que são como se fossem treinamentos que a gente faz para as equipes.”

Outro aspecto apontado por ela sobre a articulação diz respeito ao relacionamento com outros órgãos relacionados à Atenção Secundária:

“A gente tem articulação com o pessoal da Dirase, que é a Diretoria de Atenção Secundária, é mais nesse sentido dessa troca para a gente fazer esses matriciamentos, mas também eles tiram várias dúvidas com a gente. Teve uma época que a gente fazia trimestralmente um estudo de caso, por exemplo, com os antigos Nasf's, que agora é eMulti, é a Equipe Multidisciplinar da Atenção Primária.[...] eles traziam casos que eles tinham dificuldade, que eram desafiadores para eles com relação à violência considerando aquela questão que a violência ela está em todos os níveis de atenção. O pessoal da Atenção Primária também acaba acompanhando de forma mais longitudinal pessoas em situação de violência, porque eles estão ali naquela comunidade, aquelas pessoas estão indo lá direto. A gente acaba tendo muito essas trocas nesse sentido da gente levar o conhecimento e ter essas trocas.”

Nesse sentido, o CEPAV é uma ferramenta dentro da Secretaria de Saúde na promoção de capacitação para todos os níveis de atendimento inseridos na lida com pessoas em situação de violência. A partir dessa visão fica claro que há um processo de articulação dentro da Rede de Saúde que conta com o CEPAV em sua realização.

Além de realizar o acolhimento biopsicossocial das vítimas, os profissionais do CEPAV realizam a capacitação em todas as áreas de Atenção à Saúde. Tal característica faz com que a instituição seja muito importante dentro do organograma, mas acarreta em sobrecarga de atividades para as equipes que já contam com alta demanda de pacientes para acolher.

5. CONCLUSÃO

Apesar do processo de desmonte de políticas para mulheres ocorridos nos últimos anos, os resultados vistos por meio dos dados levantados e das entrevistas realizadas com profissionais do CEPAV apontam que essa instituição atua em correspondência ao que se espera no Eixo estruturante da Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher no âmbito da Assistência e do Acesso e Garantia de Direitos.

A pesquisa identificou que o CEPAV, embora não forneça atendimento exclusivo para mulheres, atua em conformidade com as diretrizes do SUS, da Lei Maria da Penha e outros normativos que versam sobre a violência.

Essa Instituição satisfaz aquilo que se espera das atividades executadas em nível Distrital na demanda do problema de violência contra a mulher conforme previsto na Política Nacional.

Essa correspondência se dá no fato dos atendimentos e acolhimentos realizados dentro da instituição abrangerem as várias formas de violência contra a mulher e os problemas psicológicos, físicos e sociais decorrentes disso. Nesse sentido, o CEPAV acolhe mulheres em situação de violência física, sexual, psicológica, doméstica, moral e patrimonial.

É observada a preocupação dos profissionais na garantia do direito à saúde com fornecimento de um atendimento biopsicossocial. Os profissionais respeitam e compreendem as individualidades dos pacientes e de cada caso, e assim, promovem encaminhamentos para saciar demandas que vão além da própria violência praticada e levam em consideração outros aspectos individuais.

Nessa dinâmica, observa-se que, conforme o objetivo da Política Nacional no eixo da Assistência, é proporcionado às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento.

A dinâmica dos encaminhamentos aponta um alto nível de articulação e comunicação dentro da Rede Intersetorial de atendimentos. O que, consequentemente, garante uma integralidade na prestação de serviço.

No entanto, observa-se que a ausência de institucionalização da intersectorialidade é um problema que afeta essa característica por não garantir igualdade de seu funcionamento em todas as unidades do CEPAV com a Rede Intersetorial.

Quanto a comunicação intersectorial entre os diferentes níveis de saúde, embora sejam identificadas lacunas e pontos a serem melhorados no que tange a frequência e presteza dessa referência e contrarreferência, esse processo ocorre e é responsável por promover a continuidade do cuidado às pessoas em situação de violência dentro da Rede de Saúde do DF.

Os profissionais são capacitados constantemente e promovem capacitações dentro da Rede de Saúde. Articulando-se entre os diferentes níveis de atenção e garantindo que o atendimento às vítimas seja humanizado e contínuo.

Para além da assistência, o CEPAV corresponde a outro eixo da Política Nacional que consiste na promoção do acesso e garantia de direitos. Cujas diretrizes prevê a estruturação de Redes de Atendimento à Mulher em situação de violência nos entes estaduais, municipais e Distrito Federal. Sendo a criação da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência e da Linha de Cuidado para Atenção à Pessoa em Situação de Violência Sexual, Doméstica e Familiar no DF expressões de correspondência ao eixo.

Logo a pergunta da presente pesquisa: De que forma a atuação do Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) no DF corresponde aos objetivos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres? pode ser respondida pelas observações realizadas de que o CEPAV atua em consonância com as políticas públicas nacionais na temática de violência contra a mulher. Portanto, promove atendimento para vítimas em situação de toda, e qualquer forma de violência.

Ademais, promove o acolhimento e prestação de atendimento biopsicossocial com uma boa articulação intrasetorial e intersetorial para garantir que os direitos do seu público alvo sejam respeitados em todas as esferas (assistência social, justiça, saúde). Assim, a atuação do CEPAV no Distrito Federal corresponde aos eixos de assistência e acesso e garantia de direitos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

Embora a instituição, pela ótica desta pesquisa, possui grandes qualidades na entrega do seu serviço e do que se espera dele, há ressalvas a serem feitas. Como recomendação às atividades desenvolvidas pelo CEPAV sugere-se que ocorra um treinamento em seu matriciamento com outras instituições da Rede de Saúde no sentido de aprimorar a comunicação entre elas para garantir uma troca mais completa.

Como atividade a ser executada pela Rede Intersectorial considera-se a promoção de medidas que promovam a institucionalização dos processos intersectoriais a fim de propiciar maior uniformidade, garantia e ampliação na dinâmica intersectorial entre a Secretaria de Saúde e demais secretarias relacionadas ao combate do fenômeno da violência contra as mulheres.

Além disso, é preciso ampliar a divulgação do serviço prestado pela unidade a fim de aumentar o acesso por meio da demanda espontânea. Entretanto, para essa recomendação é importante que a Secretaria de Saúde atue de maneira a preencher vagas de profissionais abertas dentro das unidades do CEPAV e ampliar seu contingente nas regiões com maiores demandas. Assim, garantir que os profissionais não fiquem sobrecarregados e a entrega do serviço multidisciplinar possa ocorrer em sua plenitude.

Apesar da pesquisa servir como demonstração da resposta Distrital à uma política pública nacional para mulheres vítimas de violência, é importante reconhecer que o estudo possui limitações. Diante do escopo do CEPAV, e da quantidade de regiões atendidas, é preciso considerar as influências profissionais realizadas sobre as instituições públicas. Nesse sentido, é necessário uma pesquisa mais ampla a fim de observar os pontos de vista de profissionais que atuam em outras Regiões de Saúde do DF e em outras categorias profissionais. Dessa forma, a compreensão sobre a instituição como um todo é vista de maneira mais próxima da realidade para proferir as devidas conclusões.

Como recomendação para estudos futuros recomenda-se a confecção de um estudo de maior amplitude que possa compreender o funcionamento do CEPAV em todas as Regiões de Saúde a fim de assegurar que todas as mulheres do Distrito Federal recebam um atendimento de qualidade, humanizado e bem articulado intersetorialmente e intrasetorialmente.

6. REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G.; *et. al.* Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kbLB4v3hdrn3fCvDfrKv3Hx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de nov. de 2024.

ALCANTARA, P. P. T.; *et. al.* Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva* v.29, n.9, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QrCh6D3w4hVmzBnb6DbcvKB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de jan. de 2025.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Diferença e Igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/BVXTfbqbzJJYh7pwSkjdzpN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de out. de 2024.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. **Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública.** Saúde soc., São Paulo , v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 1. ed. São Paulo: Edições 70, 1977. v. 1.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70 Brasil, 2016

BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**, v. 3, p. 189-217, 2002.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 27 de mar. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço** Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf. Acesso em: 20 de out. de 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html. Acesso em: 10 de out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 01 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em 25 de jan. de 2023.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 07 de fev. de 2023.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

BRASIL. Lei nº 12.650, de 17 de maio de 2012. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2012/lei/112650.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.650%C2%0DE%2017,praticados%20contra%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm>. Acesso em: 07 de fev. de 2023.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

BRASIL teve um estupro a cada 10 minutos e um feminicídio a cada 07 horas em 2021. G1, Distrito Federal, 07 de mar. de 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/dia-das-mulheres/noticia/2022/03/07/brasil-teve-um-estupro-a-cada-10-minutos-e-um-feminicidio-a-cada-7-horas-em-2021.ghtml>>. Acesso em 25 de jan. de 2023.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formulação de Políticas**. Brasília: Enap, 2018. CAMPBELL, R., DWORKIN, E., & CABRAL, G.. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 225-246, 2009.

CASIQUE, Leticia Casique; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violência contra mulheres: Reflexões teóricas. *Revista Latino Americana Enfermagem* 2006 nov-dez, 14. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/PKjsM9ngxJXf7VTpHkx4GGs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de out. de 2024.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações

de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/9.pdf>. Acesso em 16 de nov. de 2024.

COSTA, M. C.; GUZZO, P.C.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral. Rev Gaucha de Enfermagem 2014; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/p34DJdPQNc4PtJhj4tPSvCG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de nov. de 2024.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**; tradução magda lopes. – 3 ed. – porto alegre: artmed, 296 páginas, 2010

DEUBEL, André-Noël Roth. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórica? Estudios Políticos, n. 33, p. 67-91, jul./dez. 2008.

FACURI, Claudia De Oliveira; FERNANDES, Arlete Maria Dos Santos; OLIVEIRA, Karina Diniz; ANDRADE, Tiago Dos Santos; AZEVEDO, Renata Cruz Soares De. Violência sexual: Estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bjKhzzTfcLrWmgnYZpBFWqw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

FARIA, R. M. DE .. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, nov. 2020. <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de jan. de 2025.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 jul-ago; 59(4): 532-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/x4pBbGbCnnXVJr7ZfqzDXBJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de out. de 2024

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2023.

GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 189-217.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M.; FONSECA, R.M. G. S.. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery Revista de Enfermagem, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XLfNzJBDxsfzzRzqLGj6vpw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de nov. de 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Pessoas de 18 anos ou mais que sofreram violência sexual alguma vez na vida. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/8076#resultado>>. Acesso em: 04 de jan. de 2023.

IPEA. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2019. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ods/ods5.html>>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Relógio da Violência. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

INSTITUTO Maria da Penha. Tipos de Violência, 2023. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>. Acesso em: 10 de out. de 2024.

JESUS, Damásio de. Violência contra a mulher. Editora Saraiva, 2ª edição. 2015.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rosa Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de ensayos del clad “el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”. Caracas, 1997. Disponível em: http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira_inojosa_komatsu_1997.pdf. Acesso em: 14 de nov. de 2024

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A Construção do Saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas. Capítulo 7 e 9. Editora UFMG. Belo Horizonte, 1999.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. **Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas**. Revista de Sociologia Política, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LINDBLOM, C.E.. **O Processo de Decisão Política**, Brasília: UnB, 1981.

MACHADO, Lia Zanotta. **Feminismo em Movimento**. São Paulo, Editora Francis, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 13 de jan. 2025.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. p.132. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em 20 de nov. de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção Pelo HIV, IST e Hepatites Virais (Ministério da Saúde, 2015).

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10th ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

BRASIL. Decreto-Lei N° 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del2848.htm>>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. **Violência Para Todos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (1): 65-78, jan/mar, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994

MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

MOREIRA, V. et al. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. Psicol. Soc. vol.23 no.2 Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/4xyhTgzY4CpZ8W5xmV78JJS/>. Acesso em 07 de nov. de 2024.

MOROSKOSKI, Márcia *et al.* Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02602020>>. Acesso em: 15 de out. de 2024.

NOTA TÉCNICA SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV. Recomendações para o atendimento médico das pessoas após violência sexual na rede de saúde do Distrito Federal. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80238/Nota-T%C3%A9cnica-Profilaxia-P%C3%B3s-Exposi%C3%A7%C3%A3o.pdf/d910967e-9e89-1166-6898-915c524dbdf7?t=1648518949392>>. Acesso em: 08 de fev. de 2023.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. 182 p.

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 25 de jan. de 2023.

O Dossiê Violência contra as Mulheres. O Dossiê Violência contra as Mulheres. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/contato/>. Acesso em: 29 de nov. de 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002, p.149.

OLIVEIRA, C. S.; DELZIOVO, C. R.; LACERDA, J. T.. Redes de atenção à Violência. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 40p.. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1882/1/Redes.pdf>. Acesso em: 10 de out. de 2024.

OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. Existe violência sem agressão moral? *Rev. bras. Ci. Soc.* vol. 23 n.º67, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/YmSpRVMkLsSTJW5Kdf6bLdBl/>. Acesso em: 07 de nov. de 2024

OLIVEIRA, Marcy; *et. al.* Analysis of primary care protocols for women victims of domestic violence. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 11, n. 9, p. e48711932026, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.32026. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32026>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas, 1993 Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2005.

ROSEN, R. & HAM, C. – Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. Revista de Innovación Sanitaria y Atención lntegrada, 1: 2, 2008.

PISSULTTI, Roberta. Conheça os serviços da Saúde para pessoas em situação de violência, 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/w/conhe%C3%A7a-os-servi%C3%A7os-da-sa%C3%BAde-para-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-viol%C3%Aancia>. Acesso em: 12 de Nov. de 2024.

POPE C, MAYS N, organizadores. 3a ed. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009.
REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1132759/Lista+CEPAV+-+2022.pdf/09f4d5bd-6880-053b-0fd0-2b1e17faeae?e=165349772711>. Acesso em: 10 de fev. de 2023.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero patriarcado violência**. São Paulo: Expressão popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAMPAIO, Rafael Cardoso; LYCARIÃO, Diógenes. **Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação**. Brasília: Enap, 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6542>. Acesso em: 10 de out. de 2024.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. Metodologia de Pesquisa. São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Vigilância em violência, 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia>. Acesso em: 08 de fev. de 2023.

SILVA, C.K.; SILVA, I. C.M. A influência do machismo no feminicídio, nos crimes sexuais e na violência contra a mulher, 2021. Disponível em: <https://revistathemis.tjce.jus.br/THEMIS/article/view/753>. Acesso em: 10 de out. de 2024.

SILVA, Sergio Gomes. Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher. psicologia ciência e profissão, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/rzhdT5gCxpg8sfQm4kzWZCw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 11 de nov. de 2024.

SILVEIRA, Igor. Vítimas de violência atendidas no Cepav Flor do Cerrado participam de confraternização: Evento ocorreu no Hospital Regional de Santa Maria nesta quarta-feira (18). **Agencia Brasília**, [S. l.], p. -, 18 dez. 2024. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2024/12/18/vitimas-de-violencia-atendidas-no-cepav-flor-do-cerrado-participam-de-confraternizacao/>. Acesso em: 31 jan. 2025.

TAQUETTE, Stela R. (Org.) Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

TEIXEIRA, J. M. S.; PAIVA, S. P.. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7CRjQTCrKX7RXrC7XFT3jDs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 de nov. de 2024.

TOKARSKI, C. P.; MATIAS, K. A.; PINHEIRO L. S.; CORREA R. M. S.. De política pública à ideologia de gênero: o processo de (des)institucionalização das políticas para as mulheres de 2003 a 2020. Rio de Janeiro: IPEA, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11863/1/TD_2866_Web.pdf. Acesso em: 13 de fev. de 2025.

WU, X.; RAMEX, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. Guia de políticas públicas: gerenciando processos. Brasília: Enap, 2014. 160 p.

ZANETONI, T. C.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G.T Ações interprofissionais na alta responsável: contribuições para a transição e continuidade do cuidado. Revista da Escola de Enfermagem, USP, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/v4jqjLPBkWbn4wJdQgwZ8PC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 de out. de 2024.

7. APÊNDICES

7.1. Apêndice A - Indicadores de Integralidade e Continuidade do Cuidado

CÓDIGO	ITEM	DEFINIÇÃO	INDICADORES
INT	Integralidade	Atendimento multidisciplinar articulado que garanta cuidados à saúde física, mental e psicológica das vítimas	Número de profissionais de áreas diversas Variedade de áreas atendidas Comunicação entre os profissionais
AT.MULTI	Atendimento Multidisciplinar	Atuação de diferentes profissionais de saúde: médicos, psicólogos,	Quantidade de áreas abrangidas no atendimento Colaboração entre

		enfermeiras, assistentes sociais	profissionais Frequência de comunicação entre profissionais
AT.BPS	Atendimento Biopsicossocial	Abordagem que considera fatores biológicos, psicológicos e sociais	Histórico do paciente Informações sobre a abordagem realizada
ART.SERV	Articulação entre serviços	A articulação entre os diferentes serviços de saúde (atenção básica, especializada, urgência e emergência)	Proporção de pacientes que utilizam diferentes níveis de saúde Número de trocas entre profissionais
CONT.CUID	Continuidade do cuidado	Acompanhamento contínuo da vítima ao longo do processo de recuperação	Monitoramento dos atendimentos e pacientes Melhora nos resultados dos tratamentos
ACO.LONG	Acompanhamento Longitudinal	Acompanhar a vítima ao longo do tempo para monitorar a evolução e necessidades de ajustes no tratamento	Registro de monitoramento dos pacientes ao longo do tempo
COM.EN.PR	Comunicação entre Profissionais	Troca de informações contínua entre os diferentes profissionais que acompanham a vítima	Reuniões realizadas para troca de informações
TRAN.SEG	Transição Segura entre os Níveis de Atenção	Transição segura das vítimas entre os diferentes níveis de atenção de saúde para evitar interrupção do tratamento	Taxas de regressão do tratamento Taxa de tratamento bem sucedido Baixo índice de abandono

7.2. Apêndice B - Indicadores de Intersetorialidade

CÓDIGO	ITEM	DEFINIÇÃO	INDICADORES
IS	Intersetorialidade	Articulação entre as políticas públicas na implementação de ações integradas com objetivos em comum para a sociedade	Número de projetos conjuntos realizados Número de encontros para discussão
COP.	Cooperação	Cooperação entre atores e setores envolvidos	Frequência de comunicação
MULT.	Multidisciplinariedade	Atuação coletiva entre diversos setores envolvidos no problema	Diversidade de setores Abordagem intersetorial Integração de conhecimentos
AÇ.INT	Ações Integradas	Iniciativas com interação entre setores e políticas públicas	Nível de Integração Número de parceiros envolvidos Grau de alinhamento estratégico

7.3. Apêndice C - Indicadores de Rede de Atenção à Saúde

CÓDIGO	ITEM	DEFINIÇÃO	INDICADORES
RAS	Rede de Atenção à Saúde	“conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir	Existência de indicadores de articulação

		a integralidade da assistência à saúde”	
AT.ESPE	Atenção Especializada	Serviços e ações em saúde que exigem conhecimentos e recursos mais complexos	Existência de ações em saúde que exigem conhecimento e recursos complexos

7.4. Apêndice D - Esquematização dos objetivos da PNEVCM

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EIXO ESTRUTURANTE	DIRETRIZ
Enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres	Reduzir os índices de violência contra as mulheres;	Enfrentamento e Combate	Garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Estado Brasileiro relativos ao enfrentamento da violência contra as mulheres; Combater as distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres, como a exploração sexual e o tráfico de mulheres.
	Promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de	Prevenção	Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação,

	gênero e de valorização da paz;		assistência social e saúde pública. Implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial nas áreas de saúde, educação, assistência, turismo, comunicação, cultura, direitos humanos e justiça
	Proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento	Assistência	Incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência.
	Garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional	Acesso e Garantia de Direitos	Estruturar as Redes de Atendimento à mulher em situação de violência nos Estados, Municípios e Distrito Federal. Garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Estado Brasileiro relativos ao enfrentamento da violência contra as mulheres;

7.5. Apêndice E - Roteiro de Entrevistas realizadas com Profissionais do CEPAV

Roteiro de Entrevista

1. Qual sua área de atuação dentro do CEPAV?
2. Quais os tipos de violência são tratados no CEPAV?
3. Existe um registro que aponte sobre a quantidade de vítimas atendidas e o principal tipo de violência sofrida?
4. Qual o principal tipo de violência tratada no CEPAV?
5. Qual o nível de atenção em saúde corresponde ao serviço prestado pelo CEPAV (Primária, Secundária, Especializada)?
6. Essas ações articulam-se entre si?
7. Quem tem direito ao atendimento dentro da instituição?
8. De que forma as vítimas acessam o CEPAV?
9. Quais categorias de profissionais atuam dentro do CEPAV?
10. Há prestação de atendimento multidisciplinar?
11. Quantos profissionais de áreas diversas atuam na unidade?
12. Ocorrem reuniões entre os profissionais de áreas variadas para adequação das metodologias de atendimento quando necessária? Se sim, com que frequência ocorrem?
13. O tratamento prestado às vítimas é contínuo?
14. Há uma ficha de monitoramento das vítimas e do seu tratamento?
15. Quais registros são utilizados para acompanhamento das vítimas?
16. Há um registro mais extenso sobre a permanência e evolução no tratamento?
17. Existe um histórico para cada vítima atendida levando em consideração fatores biológicos, psicológicos e sociais?
18. Os atendimentos individuais ou coletivos levam em consideração as individualidades de cada paciente?
19. Quais normas, leis, orientações são utilizadas para guiar as atividades na instituição?
20. A instituição possui articulação com outras dentro da rede de saúde? Se sim, quais?
21. Há comunicação intersetorial com entes fora da área da saúde? Se sim, com quais e de que maneira ocorre?

