



CAMILA GONÇALVES SATURNINO

**SAÚDE DA MULHER: O ATENDIMENTO NAS
UNIDADES DE SAÚDE ÀS MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA.**

LAVRAS – MG

2018

CAMILA GONÇALVES SATURNINO

**SAÚDE DA MULHER: COMO DEVE SER O ATENDIMENTO NAS
UNIDADES DE SAÚDE ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção de título de Bacharel.

Orientadora

Prof^ª. Dra. Julia Moretto Amancio

LAVRAS – MG

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde, força e inteligência para superar todas as dificuldades e conseguir chegar onde hoje estou.

À minha família, em especial a minha mãe Elienai e meu irmão Cláudio, que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis, contribuindo para que fosse possível alcançar meus objetivos.

À minha República Carpe Diem, que é minha família de Lavras, à todas as moradoras e ex-moradoras dessa linda casa, onde aprendi a viver e cresci como pessoa, onde construí uma família que sempre esteve ao meu lado me incentivando e apoiando em todas as minhas decisões.

Aos meus amigos que tive a felicidade de conhecer e conviver em Lavras, em especial Karen e Caio, que passaram esses anos da graduação ao meu lado e me ensinaram o quão importante é ter verdadeiras amizades.

Agradeço a minha professora orientadora Júlia Moretto Amâncio, pela paciência, dedicação, orientação e ensinamentos que possibilitaram que eu realizasse este trabalho.

À Universidade Federal de Lavras e todo seu corpo docente, em especial ao Departamento de Administração e Economia que realizam seu trabalho com tanta dedicação, trabalhando de forma incansável para que todos nós, alunos, possamos ter um ensino de qualidade.

“Não é a violência que cria a cultura, mas é a cultura que define o que é violência. Ela é que vai aceitar violências em maior ou menor grau a depender do ponto em que nós estejamos enquanto sociedade humana, do ponto de compreensão do que seja a prática violenta ou não.”

(Luiza Bairros)

RESUMO

A violência contra a mulher é um fato que atinge diferentes particularidades da vítima, repercutindo na maioria das vezes na saúde. Os profissionais de saúde são, na maioria dos casos, os primeiros contatos que as vítimas de violência têm após o trauma sofrido. O trabalho foi fundamentado a partir de uma experiência vivenciada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Lavras/MG, onde ficou perceptível que os profissionais de saúde que ali trabalham são coniventes com o atendimento à mulher vítima de violência e também não aplicam os protocolos adequados de atendimentos que devem ser seguidos nesses casos, fatos esses que influenciam na eficiência do serviço prestado. Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo identificar o procedimento padrão a ser seguido por uma Unidade de Saúde em casos de violência contra a mulher. Optou-se, como metodologia, pela pesquisa qualitativa exploratória, com a realização de pesquisas bibliográficas na literatura e área legal do tema, coleta de dados secundários e relatos de alguns profissionais do local. Inicialmente foi feita uma explanação sobre o tema, com uma pequena análise histórica da trajetória da mulher e a conquista de seus direitos. Após, foi contextualizado questões de gênero, violência de gênero, Lei Maria da Penha que dá a mulher vítima de violência um respaldo e proteção, e também políticas públicas voltadas para a Saúde da Mulher. O estudo possibilitou ver que, em relação aos atendimentos, a padronização de protocolos e a capacitação dos funcionários envolvidos no atendimento irá trazer o respaldo e o acolhimento adequado que a situação pede. Contudo, ainda é necessário que haja capacitações periódicas envolvendo todos os agentes envolvidos nos atendimentos, para que assim a realidade de descaso para com a mulher em situação de violência seja extinta e a Lei seja cumprida de acordo com os protocolos sugeridos pelo Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: Violência. Mulher. Saúde da mulher. Protocolos de Atendimentos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Contextualização	7
1.2 Objetivos	11
1.2.1 Objetivo Geral	11
1.2.2 Objetivos Específicos	11
1.3 Justificativa	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Gênero	12
2.1.1 Desigualdade de Gênero	15
2.1.2 Violência de Gênero	18
2.2 Lei Maria da Penha	25
2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)	30
3. METODOLOGIA	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 Protocolos de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica	40
4.2 Delineamento da Violência contra a mulher no Município de Lavras/MG	47
4.3 Aprimoramento do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	57
ANEXO I	68
ANEXO II	69

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A violência, infelizmente, é algo rotineiro ao longo da história da mulher, atinge mulheres independente de posição social, raça, ou qualquer outra particularidade, infringindo assim os direitos humanos. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP (2017, p.21), no ano de 2017 foi realizado um balanço no período do carnaval onde a Polícia Militar da cidade do Rio de Janeiro divulgou que ocorreram 2.154 denúncias, através do 190, de ocorrências de violência contra mulheres, chegando à conclusão que a cada três minutos uma mulher foi agredida.

A idealização da mulher como um ser inferior começou a ser desestruturada, segundo PINAFI (2007) desde a Revolução Francesa, pois elas estavam envolvidas nesse processo juntamente com os homens, estando convictas de que elas seriam inclusas à luta por igualdade. Mas logo perceberam que não, os progressos políticos obtidos naquela época não as beneficiariam. Assim, elas se organizaram para pleitear seus direitos, destacando entre as manifestadoras Olympe de Gouges, que na época escreveu um texto “Os Direitos da Mulher e da Cidadã” (1791) que indaga:

Diga-me, quem te deu o direito soberano de oprimir o meu sexo? [...] Ele quer comandar como déspota sobre um sexo que recebeu todas as faculdades intelectuais. [...] Esta Revolução só se realizará quando todas as mulheres tiverem consciência do seu destino deplorável e dos direitos que elas perderam na sociedade. (ALVES; PITANGUY, 1985apud PINAFI, 2007, p.03).

A violência doméstica compõe uma problemática que afeta toda a população, seja qual for sua classe social, raça ou etnia. Os valores adquiridos do sistema patriarcal, que concede ao homem o direito de reger a vida das mulheres, continuam sendo reproduzidos (OLIVEIRA, 2015, p. 9). Em entrevista ao Seu Jornal, da TVT, Neiva Ribeiro, Secretária de Formação Sindical do Sindicato dos

Bancários de São Paulo, diz que os casos de agressões contra mulheres eram julgados como casos considerados de menor importância, o agressor não necessariamente era preso, após julgamento sua pena era convertida em prestações de serviços comunitários, à pagamento de cestas básicas, somente era preso se a mulher fosse morta, e o agressor, devido a aberturas na legislação em pouco tempo ganhava o direito de voltar a liberdade (REDE BRASIL ATUAL, 2016). No final da década de 1970, crimes contra mulheres eram cometidos e justificados pelos homens e pela justiça como “defesa da honra” onde as mulheres eram acusadas de levarem uma vida depravada, e os homens as matavam para limpar sua honra, tais crimes encorajou os movimentos feministas da época, estimulando as mulheres a se unirem em protestos contra as barbáries que aconteciam, surgindo daí a campanha “quem ama não mata” (MOTA; FERNANDES, 2008).

Em 1979, através da Assembleia Geral das Nações Unidas, foi que surgiu o primeiro acordo que trataria exclusivamente dos direitos da mulher, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), conhecida como a Convenção da Mulher. Assim como diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948, apud ONU, 1998, p.2) art. 1º “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, ou seja, homens e mulheres devem ser tratados de forma igualitária, a CEDAW vem para proteger e promover os direitos das mulheres na busca por igualdade de gênero, e também coibir qualquer discriminação contra a mulher nos Estados-parte, seu objetivo era criar e analisar políticas que visassem o aprimoramento do status da mulher (CEDAW, 1979, p.2).

Seguindo a trajetória das conquistas feminina, o SOS Mulher, em 1981 surge no Rio de Janeiro, posteriormente adotada em São Paulo e Porto Alegre. Eram grupos que ajudavam as mulheres vítimas de violência, com apoio psicológico, jurídico e assistência social. Objetivava “construir um espaço de atendimento às mulheres vítimas de violência, além de ser um espaço de reflexão

e mudanças das condições de vida destas mulheres” (RANGEL; WENCZENOVICZ, 2016, p.07). E aos poucos as mulheres, por meio de suas lutas, foram adquirindo importantes conquistas:

A busca destes dois movimentos — de mulheres e feministas — por parcerias com o Estado para a implementação de políticas públicas resultou na criação do Conselho Estadual da Condição Feminina em 1983; na ratificação pelo Brasil da CEDAW em 1984 ao que se seguiu, em 1985, a implantação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; e, da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM). A criação das Delegacias de Defesa da Mulher foi uma iniciativa pioneira do Brasil que mais tarde foi adotada por outros países da América Latina. Pela última pesquisa realizada em 2003/2004, contavam-se 380 delegacias, tendo sua maior concentração na região sudeste (40%). Ao ratificar a CEDAW o Estado brasileiro se comprometeu perante o sistema global a coibir todas as formas de violência contra a mulher e a adotar políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência de gênero (PINAFI, 2007, p. 05).

A implementação das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) proporcionou mais visibilidade e interesse na discussão sobre violência doméstica, estando essa em foco novamente em 1993 com a Declaração de Viena que redefiniu os abusos (estupro e violência doméstica) e esses passaram a ser considerados crimes contra os direitos da pessoa humana (CONFERÊNCIA DE DIREITOS HUMANOS – VIENA, 1993). Aprovada no Brasil em 1995, a Convenção realizada em Belém do Pará, convenção essa que ficou popularizada como a Convenção Interamericana, tinha como objetivo Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), esta representou uma referência para a violência de gênero, pois retrata violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

As medidas descritas acima criadas para erradicar a violência doméstica não foram suficientes para tal. Os acordos que foram instituídos nas convenções

não foram seguidos, assim, o Brasil foi pressionado, após uma denúncia de estar tolerando episódios de violência doméstica, a instaurar medidas/leis que fossem mais efetivas na luta contra o feminicídio.

A denúncia alega a tolerância da República Federativa do Brasil (doravante denominada “Brasil” ou “o Estado”) para com a violência [...] Denuncia-se a tolerância do Estado, por não haver efetivamente tomado por mais de 15 anos as medidas necessárias para processar e punir o agressor, apesar das denúncias efetuadas. Denuncia-se a violação dos artigos 1 (Obrigação de respeitar os direitos); 8 (Garantias judiciais); 24 (Igualdade perante a lei) e 25 (Proteção judicial) da Convenção Americana, em relação aos artigos II e XVIII da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (doravante denominada “a Declaração”), bem como dos artigos 3, 4, a, b, c, d, e, f, g, 5 e 7 da Convenção de Belém do Pará (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2000).

Dessa forma, após essa imputação que ficou conhecida internacionalmente, realizada pela vítima Maria da Penha Fernandes, em 2006 foi aprovada a Lei nº 11.340 que ganhou o nome da denunciante que buscou por justiça em seu caso, sendo a lei conhecida então, como a Lei Maria da Penha. A referida Lei mudou as deliberações em caso de crimes de violência doméstica, antes desta, o agressor, se condenado, poderia pagar fiança e se livrar da acusação, após a sanção da Lei Maria da Penha isso não era mais possível, ficou proibido aplicar penas monetárias, assim a condenação dos agressores passou a ser de um até três anos de reclusão.

Após onze anos da criação da Lei Maria da Penha, uma das leis mais efetivas em favor da mulher no Brasil, é possível aferir algumas mudanças gritantes em nosso contexto atual. Facilmente se vê e se ouve nas ruas que o agressor responderá e pagará criminalmente pela violência, porém em contramão desta diretriz, a mulher para com a sociedade, mesmo sendo esteio de família, a chamada mulher independente, não é vista como detentora de direitos em situações de violência, pois, mesmo em delegacias, em unidades de saúde, a

mulher vítima de violência não recebe o atendimento reservado como a lei impõe e é tratada, em muitos casos, com descaso, resquícios da arrogância masculina.

Mudanças são necessárias. Tal comportamento só irá mudar através do empenho de toda sociedade, como escolas, centros de saúde, segurança, ou seja, agentes sociais que têm a capacidade de disseminar a informação de forma clara e a quem realmente necessita do amparo.

Portanto, o presente trabalho surgiu após a autora presenciar um fato onde uma mulher, vítima de violência, ao ser atendida em uma unidade de saúde, estava totalmente exposta a curiosos. A mesma, ao esperar atendimento, se encontrava em um ambiente junto com o agressor, policiais e outros pacientes, não lhe ofereceram nenhuma privacidade com o propósito de zelar por sua integridade. Devido a essa situação, surgiu o questionamento: qual o procedimento padrão, em relação a atendimentos de saúde e orientações, a serem seguidos em casos de violência contra a mulher?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

O Objetivo geral deste trabalho é identificar o procedimento padrão a ser seguido por uma Unidade de Saúde em casos de violência contra a mulher.

1.2.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste:

- i. Identificar a legislação que protege a mulher e assegura seus direitos;
- ii. Analisar a capacitação dos profissionais de saúde de uma Unidade para atuar em situações de violência contra a mulher;
- iii. Propor uma capacitação, para todos os funcionários de todos os setores da Unidade de Pronto Atendimento de Lavras/MG, de atendimento humanizado voltado para mulheres vítimas de violência.

1.3 Justificativa

A vítima de violência torna-se uma pessoa fragilizada e vulnerável, que requer cuidados, zelos específicos, carece de atendimentos humanizados e de profissionais qualificados. Por isso é indispensável que se tenha um protocolo de atendimento em casos de violência contra a mulher, para que elas sejam acolhidas e atendidas da melhor forma possível.

Aquela que passa por uma situação como a descrita neste, fica debilitada, tanto psicologicamente quanto, em alguns casos, fisicamente, e um bom acolhimento de forma a tratá-la de acordo com seus direitos pode ajudá-la a superar esse episódio de forma mais efetiva, pois o primeiro acolhimento que a vítima vai ter é o do atendimento do profissional de saúde, que vai ser o ponto de partida inicial para sua recuperação e processo de superação.

Justifica-se então a seguinte pesquisa, tendo como base as diretrizes da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2014, p. 11), enfatizar que um trabalho como este pode ser de grande valia como mais uma ferramenta na busca incessante de levar a informação onde não se aplica a lei supracitada. Um protocolo de atendimento adequado, com profissionais capacitados, permite à vítima uma oportunidade de se sentir acolhida e protegida, mostrando que ela como vítima possui direitos que a ampara e proporcionando à mesma um leque de tratamentos e acompanhamentos que trará uma perspectiva de superação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este tópico será para descrever a respeito do tema Violência contra a Mulher, abordando aspectos históricos, legais, direitos, e procedimentos padrão a serem seguidos em relação à saúde quando ocorre agressão à mulher.

2.1 Gênero

Olinto (1998, p.02) afirma que gênero “é um conceito das ciências sociais surgido nos anos 70, relativo à construção social do sexo” é a “distinção

entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica dos seres”.

Existem dois gêneros legitimados pelo estado brasileiro, masculino e feminino, ou seja, homem e mulher. Gênero é considerado uma construção social, onde o gênero é imposto no nascimento de qualquer pessoa, é idealizado em cima de normas e conceitos que estipulam exemplos de masculinidade e feminilidade com protótipos de comportamento que julgam certos ou errados para homens e mulheres. “Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher” (BRASIL, 2004, p.12). Scoot ao definir gênero divide sua definição em duas partes

Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder (1989, p. 21).

Desde 1975, a expressão gênero está sendo usada em pesquisas que objetiva interpretar as formas de diferenciação que as particularidades sexuais influenciam uma sociedade. Com isso, “gênero passou a constituir uma entidade moral, política e cultural, ou seja, uma construção ideológica, em contraposição a sexo, que se mantém como uma especificidade anatômica” (OLIVEIRA & KNONER, 2005 apud PRAUN 2011, p.2). O mesmo expõe ainda que a definição de gênero vai contemplar as “características psicológicas, sociais e culturais que são fortemente associadas com as categorias biológicas de homem e mulher” (p.02).

A expressão gênero passou a ser usada na década de 80 por feministas americanas e inglesas com a finalidade de elucidar a disparidade entre homens e mulheres, que pode ser vista no preconceito sofrido pelas mulheres (CASTILHO, 2008). De início, o conceito de gênero era ligado às interpretações biologistas que

associa as diferenças sexuais a cargos, carreiras, a níveis hierárquicos dissemelhantes entre mulheres e homens (SANTOS, 2010, p. 4). Ainda por Santos, “entender gênero em termos de diferenças sexuais é diminuí-lo a uma única variável empírica, imutável, indo na contramão de um princípio de organização social” (p. 7). Porém, a visão moderna da sociedade foi convertendo essa visão.

A racionalidade moderna somada à pressão do movimento de mulheres organizado levou-as não só ao cenário político, mas fundamentalmente à esfera pública, saindo da obrigatoriedade da vida doméstica privada enquanto fim último da vida feminina. [...] A força de trabalho feminina, mesmo biologicamente mais “fraca” do que a masculina ganha espaço, pois agora a diferença entre homens e mulheres não se mede na queda de braço. Os dois têm neste momento mesma força necessária para o trabalho. Uma série de transformações culturais e sociais surge, e com elas o avanço da participação feminina (SANTOS, 2010, p. 6).

A identidade de gênero é como um indivíduo se reconhece, como você se sente e sabe de fato, é uma percepção íntima quanto ao gênero com o qual o indivíduo se identifica, se refere a como a pessoa se define: homem, mulher, ambos ou nenhum dos gêneros. Então o indivíduo pode nascer e ser registrado com o gênero masculino devido ao órgão genital com que nasceu, porém, o mesmo pode não se identificar com este gênero, e não se reconhecer como homem, podendo assim definir ao longo de sua vida sua identidade de gênero (FILHO, 2012).

Se refere à experiência de uma pessoa com o seu próprio gênero. Indivíduos trans possuem uma identidade de gênero que é diferente do sexo que lhes foi designado no momento de seu nascimento. A identidade de gênero é diferente de orientação sexual — pessoas trans podem ter qualquer orientação sexual, incluindo heterossexual, homossexual, bissexual e assexual (ONU-BR., 2017).

A ONU, através da campanha Livres & Iguais (2014), criou uma cartilha com o objetivo de disseminar informações sobre identidade de gênero, mostrar e explicar de forma clara os obstáculos que trans enfrentam todos os dias, para que as pessoas fiquem cientes dos direitos das pessoas trans, não se calem diante de atos de violência contra estas e deixem de lado o preconceito, “a discriminação com base em identidade de gênero é ilegal de acordo com o direito internacional dos direitos humanos” (ONU–BR, 2017).

2.1.1 Desigualdade de Gênero

Conforme o dicionário Aurélio, feminino significa “próprio de fêmea, que é do gênero feminino, gênero de palavras que indicam fêmea ou das que se consideram não masculinas” (2016). A desigualdade está até nas definições feitas pelo dicionário, que ao definir masculino rotula os machos como sendo forte, destemido, “varonil, másculo. Diz-se do gênero de palavras ou nomes que designam seres que são ou se consideram machos” (AURÉLIO, 2016).

Desde muito cedo, ainda crianças, as pessoas aprendem o que podem e o que não podem fazer, quem trabalha fora e quem cuida da casa, quem manda e quem tem que obedecer, eles são levados a acreditar que suas escolhas são determinadas de acordo com o gênero, por serem homens ou mulheres. Conforme Passos (2012) ao pormenorizar a perspectiva da filósofa Simone de Beauvoir, à medida que as crianças vão crescendo e se tornando mais independentes, os pais começam a mudar o tratamento para com elas e a adquirir formas de educá-las que irá variar de acordo com o sexo de cada criança.

Os pais deixam de sentar as crianças nos joelhos, de aceitá-las na cama, é que as meninas vão, a princípio, parecerem privilegiadas, porque ainda continuam a acariciá-la, viver nas saias da mãe, no colo do pai etc. Entretanto, com os meninos é completamente diferente, não lhe beijam mais, não assentam-lhes no colo, não os acariciam, proíbem seu coquetismo, e fazem com que aceitem esse abandono porque são superiores e por isso exigem mais deles, enchem-no do orgulho da virilidade e todo esse processo encarna-se no

pênis, as atitudes dos que os cercam fazem com que eles sintam orgulho de seu sexo indolente (PASSOS, 2012).

Inicialmente, quando se pensava em gênero, a referência era masculino e feminino, já com a convicção de quem era o dominante e quem era dominado, o foco era sexo/gênero, limitando-se apenas nas especificidades biológicas. O conceito de poder era sempre outorgado ao homem, menosprezando a mulher (COSTA, SILVERA e MADEIRA, 2012, p.02).

Como explicado por Cutileiro et al. (1971 citado por SILVA et al., 2005), existia um estereótipo onde mulheres eram consideradas submissas, cheia de restrições, não tinham voz nem direitos, apenas tinham que aceitar a situação que lhes impunham, sua perspectiva de vida era reproduzir, cuidar de casa e do marido, essa era a descrição da considerada mulher perfeita. Durante muitos anos cai sobre a mulher a obrigação de ater-se ao lar, de cuidar dos filhos e das tarefas domésticas, sendo estas vistas como deveres de toda mulher, o que só confirma a convicção da submissão feminina.

A desigualdade de gênero foi retratada pelo marxismo em “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, onde por Santos (2010, p. 11) as normas do matrimônio, as leis que regiam os casamentos permitiam que os homens fossem polígamos, ou seja, gozavam eles do direito de casar-se com mais de uma mulher, de ter mais de uma família, famílias essas denominadas por Santos como “sindiásmica”, enquanto as mulheres eram obrigadas a seguir uma ferrenha lealdade, sendo ela fiel ao seu marido, caso ocorresse alguma traição a elas era dado cruéis sanções.

Silva descreve em seu artigo que a cultura machista e patriarcal, onde se entende que o homem possui poder sobre a mulher, é retratada em Gênesis, ao relatar o episódio acontecido com Adão e Eva, que Deus criou a mulher já dependente do homem, vinda de sua costela para ser um presente à Adão, sendo

sua companheira, uma pessoa doce pronta a servir (LOPES, 2010 apud SILVA, 2011, p.3).

Cotidianamente acontecem, mesmo nos dias atuais, após avanços na discussão de igualdade de gêneros, julgamentos onde a mulher é tratada, de forma equivocada, como sendo o sexo frágil, inferior ao homem, e discriminações diversas justificadas pelo mito da força física, onde o homem possui mais força do que a mulher. O sexo feminino era considerado incapaz de tomar decisões cívicas e políticas. Porém,

O mero fato de a mulher deter, em geral, menos força física que o homem seria suficiente para "decretar" sua inferioridade? Os fatos históricos indicam que não. [...] Por que são elas capazes de trabalhar em qualquer atividade para substituir os homens-guerreiros, devendo retornar ao cuidado do lar uma vez cessadas as ações bélicas? Ademais, nos últimos anos, vem-se assistindo a uma participação crescente de mulheres em atividades bélicas. Contingentes femininos apreciáveis têm participado não apenas de guerrilhas, mas também têm assumido funções em exércitos convencionais (SAFFIOTI, 1987, p.12).

Mesmo estando explícito na Constituição Federal de 88, em seu art. 5º, inciso I que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações nos termos dessa Constituição” a desigualdade de gênero também existe no mercado de trabalho, onde mulheres estão inseridas em variados cargos desempenhando as mesmas funções de um homem e ganhando salários inferiores ao deles. Segundo Campos (2015) as mulheres “têm salários 24% inferiores aos homens”. Em pesquisa realizada pela ONU Mulheres (2015 apud CAMPOS, 2015) é possível identificar que

As mulheres continuam recebendo em todo o mundo um salário diferente pelo mesmo tipo de trabalho e têm menores probabilidades que os homens de receber uma pensão, o que resulta em grandes desigualdades em termos de recursos recebidos ao longo da vida (ONU Mulheres, 2015 apud CAMPOS, 2015).

E mais, a mesma autora afirma que diante da pesquisa consultada “frequentemente os direitos econômicos e sociais das mulheres são limitados porque elas vivem em um mundo machista e com práticas discriminatórias” (CAMPOS, 2016). A Folha de São Paulo, citado por Narloch (2017) destacou que “dois séculos separam as mulheres e homens da igualdade no Brasil. [...] Só daqui 85 anos homens e mulheres terão a mesma renda média, e a igualdade política demorará ainda mais”.

O predomínio do machismo na sociedade é notável em qualquer âmbito, hoje de forma mais branda, seja na família, no trabalho, e até mesmo nas relações interpessoais. Hoje, as mulheres não pararam de buscar por seus direitos, de buscar seu lugar no mercado de trabalho e em todos os lugares.

Hoje em dia se pode ver mulheres que são esteio de família, que ocupam importantes cargos em empresas, que deixam para trás anos de submissão. A mulher hoje tem a chamada dupla jornada de trabalho, onde possui o trabalho fora de casa e quando chega a casa precisa realizar o trabalho doméstico. Para igualdade de gênero é preciso respeito, liberdade para tomar decisões sobre a própria vida e equilíbrio de poder, proporcionando às mulheres cada vez mais direitos, oportunidades e principalmente mais igualdade.

2.1.2 Violência de Gênero

A violência de gênero é um fato que acontece nas diversas classes, então não se pode definir que existe uma “base fixa” para a ocorrência deste (ALMEIDA, 2005).

A palavra violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (2002, apud ARAUJO et al 2010) como sendo o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação. Khouri (2012) retrata a violência de gênero como a ocorrência de condutas violentas por causa do

gênero da pessoa agredida. Ressalta que “a expressão violência de gênero é quase um sinônimo de violência contra a mulher, pois são as mulheres as maiores vítimas da violência” (KHOURI, 2012). Para Lavinias (1997 apud SANTINON et al, 2012) “a violência de gênero é voltada ao simples fato de ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição, produto de um sistema social que subordina o sexo feminino.”

Por ocasião do Dia Internacional da Mulher, especialistas independentes das Nações Unidas destacaram que países devem considerar a violência de gênero como ‘uma forma de tortura’, empenhando-se ainda mais no seu combate e proibição. [...] Crimes de violência baseados em gênero são o resultado de uma misoginia cultural que se dissemina, frequentemente e erradamente justificada ou tolerada em nome da tradição, da cultura ou da religião”, alertam os especialistas (ONU, 2016).

“A cada 15 segundos, uma mulher é espancada no Brasil” aponta o relatório sobre a situação social, política, econômica e jurídica da mulher brasileira (2002, citado pela Agência Estado, 2002). A violência contra a mulher, muitas vezes ocorre dentro de casa, em um ambiente familiar. Quem está envolvido em uma situação de violência doméstica tem-se ali todo um problema de dependência emocional em relação ao agressor, a vítima acredita que o agressor vai melhorar e que as agressões vão cessar, e isso faz com que a sociedade culpe a vítima. As agressões começam com agressões verbais, usando vocábulos de baixo escalão, depois passa a agressão física, moral, psicológica, diminuindo gradativamente a auto estima da mulher. A vítima só chega ao ponto de denunciar as agressões sofridas após acontecerem vários episódios, pois como exposto acima, elas acreditam no agressor e consideram a violência doméstica normal, e também ao serem abordadas elas creem que nada que elas façam pode mudar sua realidade, pois sempre foi desse jeito e sempre vai ser, e há casos em que a violência aumenta após denúncia (IBOPE/Instituto Patrícia Galvão 2006 citado por FERNANDES, 2011).

Em relação à violência de gênero sucedida em ambiente doméstico no Brasil existe apenas uma pesquisa, que foi realizada pelo IBGE (1990) que:

Permite estimar a dimensão deste problema, indica que as mulheres sofrem agressão física por parte de parentes em proporção superior a duas vezes mais do que os homens (32,4% contra 10,7%). Do total de homens nessa condição, 59,2% tinham entre 18 e 49 anos de idade, enquanto 82,0% das mulheres encontravam-se na mesma faixa etária. A residência constitui o local da agressão para 17,0% dos homens e para 51,9% das mulheres, na referida faixa etária. Esses dados são apenas indicativos e não permitem mensurar o fenômeno no Brasil (IBGE, 1990, apud ALMEIDA, 2005, p. 5).

Para Saffioti (2004, apud SANTOS; IZUMINO, 2005) a violência de gênero é entendida como “uma categoria de violência mais geral, que pode abranger a violência doméstica e a violência intrafamiliar” e se dá geralmente do “homem contra a mulher, mas pode ser perpetrada, também, por um homem contra outro homem ou por uma mulher contra outra mulher” (p.11). Nessa perspectiva de que a violência de gênero não é apenas praticada pelo homem contra a mulher, Izumino (2003) critica a forma como se usa a expressão “violência de gênero”, dando a entender que é o mesmo que falar sobre “violência contra as mulheres”, sendo esses termos usados como sinônimos.

[...] Quando se define violência de gênero como uma relação de dominação patriarcal, o poder das partes segue sendo concebido como algo estático. Adotando o conceito de poder de Foucault e o conceito de gênero de Scott, Izumino argumenta que “pensar as relações de gênero como uma das formas de circulação de poder na sociedade significa alterar os termos em que se baseiam as relações entre homens e mulheres nas sociedades; implica em considerar essas relações como dinâmicas de poder e não mais como resultado da dominação de homens sobre mulheres, estática, polarizada”. Nessa perspectiva, violência de gênero não pode ser definida como uma relação de dominação do homem sobre a mulher. A situação de violência conjugal, por exemplo, encerra uma relação de poder muito mais complexa e dinâmica do que

a descrita pelo viés da dominação patriarcal (Izumino, 2003, apud SANTOS; IZUMINO, 2005, p.13).

Cunha salienta que ao falar de violência de gênero, é fundamental entender que esta não acontece somente nas “classes mais baixas, sendo os agressores homens pobres” (2014, p.16), através de pesquisa abordada por Ardaillon; Debert (citado por CUNHA, 2014, p.16) “percebe-se que há violência de gênero em todas as classes sociais e que réus de diferentes condições econômicas recebem sentenças praticamente idênticas”.

A violência de gênero também pode ser sofrida por homens que não se encaixam no padrão ditado pela sociedade de como deveria se comportar um indivíduo do sexo masculino. Em um artigo publicado pela Secretaria de Estado da Educação, do Paraná é destacado no módulo II, intitulado de “Gênero”, que esse tipo de violência “amedronta e submete não só as mulheres, mas também os homens que não se comportam segundo os rígidos padrões da masculinidade dominante”, explica que cotidianamente, no ambiente escolar, existem estudantes que usam de “brincadeiras”, para reprimir e envergonhar “os meninos que se comportam como mulherzinhas” (2015, p. 2).

No artigo supracitado, pode-se ver ainda que existem outras violências de gênero.

Outra expressão particular da violência de gênero é a que se manifesta por meio da discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Ainda que as violências por discriminação na maioria das vezes não seja tipificada (aparecem camufladas em dados gerais da violência cotidiana), não raro, a imprensa divulga alguma notícia de violência contra pessoas em razão de sua orientação sexual e identidade de gênero, nos mais diferentes contextos sociais, inclusive na escola (2015, p. 5).

Conforme registrado na Declaração e no Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena, em 1993, Almeida (2005,

p. 3) aponta que há “um consenso internacional de que a violência de gênero é uma violação dos direitos humanos”.

No plano nacional, a Constituição Federal de 1988 recepciona direitos resultantes de acordos internacionais, como mostra o parágrafo 2º do artigo 5º, onde se lê que os direitos e garantias expressos na Carta Magna. [...] Ressalte-se, também, que o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH I, 1996; e PNDH II, 2002) incorpora, no que respeita à violência de gênero, diversas metas concernentes à formulação e execução de programas e políticas sociais, explicita o apoio a pesquisas, prevendo, ainda, a implementação das decisões decorrentes das Conferências e acordos internacionais que tratam do tema (ALMEIDA, 2005, p. 3).

A Declaração acima, em seu Art. 18º conceitua que os Direitos Humanos das Mulheres integram os Direitos Humanos Universal, tendo esses direitos de igualdade em todos os âmbitos, seja na política, economicamente, não podendo em hipótese nenhuma serem vítimas de qualquer discriminação com base em seu sexo. “Os Direitos Humanos das mulheres deverão constituir parte integrante das atividades das Nações Unidas no domínio dos Direitos Humanos, incluindo a promoção de todos os instrumentos de Direitos Humanos relativos às mulheres” (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS, 1993, p. 6), também a Conferência pressiona todos os poderes, instituições e organizações a fortalecer as medidas que objetivam garantir que os direitos humanos das mulheres.

Como forma de erradicar práticas de violência de gênero, no Brasil se tem a Lei 11.340/2006 a qual propicia a prisão incontestável, ou seja, em flagrante, e que revoga possíveis penas alternativas. No meio das medidas que integram a aludida lei estão “a promoção de estudos e pesquisas com a perspectiva de gênero relacionada à violência doméstica e familiar contra a mulher e a celebração de convênios e parcerias com o objetivo de implementar programas de erradicação da violência doméstica e familiar” (BEIRAS et al, 2012, p.2). Beiras (2009 apud

2012, p.5) destaca a grande importância da “intervenção psicoeducativa e/ou terapêutica não compulsória como trabalho complementar às sanções legais”, em relação aos agressores salienta ainda que:

Trabalhos grupais reflexivos que estimulem a ressocialização destes sujeitos, atentos a ressignificação de mandatos tradicionais de masculinidades e feminilidades aliançadas ao movimento feminista, de maneira a responsabilizar o autor de violência e promover empoderamento e mudanças subjetivas em homens e mulheres. Aponta para intervenções de nível micro e macro com equipe interdisciplinar (BEIRAS et al., 2012, p. 5).

Em atos de violência contra mulher, caso a vítima necessite de alguma cirurgia reparadora existe uma Lei que concede à mulher o direito de ter tal cirurgia realizada via SUS, sendo a mesma poupada de quaisquer dispêndios em relação à cirurgia. A Lei é a Nº 13.239, de 30 de dezembro de 2015, e “dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher”.

Art. 2º São obrigatórias, nos serviços do SUS, próprios, contratados e conveniados, a oferta e a realização de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.

Art. 3º Os hospitais e os centros de saúde pública, ao receberem vítimas de violência, deverão informá-las da possibilidade de acesso gratuito à cirurgia plástica para reparação das lesões ou sequelas de agressão comprovada.

§ 1º A mulher vítima de violência grave que necessitar de cirurgia deverá procurar unidade que a realize, portando o registro oficial de ocorrência da agressão.

§ 2º O profissional de medicina que indicar a necessidade da cirurgia deverá fazê-lo em diagnóstico formal, expresse, encaminhando-o ao responsável pela unidade de saúde respectiva, para sua autorização.

§ 3º Deverão ser encaminhados para clínicas especializadas os casos indicados para complementação diagnóstica ou tratamento, quando necessário.

Art. 4º Os recursos financeiros destinados a cobrir as despesas decorrentes desta Lei serão alocados para o ano subsequente à sua publicação e provenientes da programação orçamentária de saúde.

Art. 5º A ausência do informe previsto no **caput** do art. 3º sujeita o responsável pelo hospital ou centro de saúde às seguintes penalidades, a serem aplicadas cumulativamente:

I - multa no valor do décuplo de sua remuneração mensal;

II - perda da função pública;

III - proibição de contratar com o poder público e de receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de quatro anos.

Parágrafo único. Os recursos provenientes da arrecadação da multa prevista no inciso I serão aplicados em campanhas educativas de combate à violência contra a mulher.

Além dessa Lei de 2015, no presente ano, no dia 30 de Março, foi sancionada a Lei que assegura o direito da vítima ter acompanhamento psicológico, alterando assim o art. 7º da Lei nº 8.880, de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. A alteração ocorrida acrescenta que deverá conter no atendimento às vítimas:

Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (LEI Nº 13.427, DE 30 DE MARÇO DE 2017).

Esse ensejo de agregar ao atendimento gratuito às vítimas o direito de acompanhamento especializado partiu da “Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra a Mulher, que apresentou o projeto ao final dos seus trabalhos, em 2013” (AGÊNCIA SENADO, 2017), sendo esta alteração feita na

Lei considerada de grande relevância, pois proporciona mais uma oportunidade das vítimas se restabelecerem e voltarem ao seu dia a dia.

2.2 Lei Maria da Penha

“A cada 15 segundos, uma mulher é agredida no Brasil” diz a Cartilha Direitos da Mulher (2012, p. 5). Em pesquisa realizada pelo Datafolha (2017), e divulgada pelo Fórum brasileiro de Segurança Pública, mostra que:

Ao menos 12 mil mulheres foram vítimas de agressão física por dia no Brasil. Deste total, 39,2% foram vítimas dos namorados, cônjuges, ou ex-namorados e ex-cônjuges. A violência que começa cedo e numa escala assustadora. Os dados indicam que 45% das adolescentes e jovens de 16 a 24 anos sofreram algum tipo de violência no período de um ano. Praticamente metade das jovens brasileiras, metade (LIMA, 2017, p. 34).

A Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha surgiu através de uma mulher vítima de violência doméstica por 23 anos, período este em que a farmacêutica Maria da Penha foi casada e que sofreu duas tentativas de assassinato praticadas pelo então marido.

A Lei Maria da Penha estabelece que todo o caso de violência doméstica e intrafamiliar é crime, deve ser apurado através de inquérito policial e ser remetido ao Ministério Público. Esses crimes são julgados nos Juizados Especializados de Violência Doméstica contra a Mulher, criados a partir dessa legislação, ou, nas cidades em que ainda não existem, nas Varas Criminais (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA apud LIMA, 2015).

A sobredita lei é uma vitória na luta contra a violência doméstica, acolhe as denúncias e direciona a mulher para buscar seus direitos. “A Lei 11.340/06 é, portanto, um marco para o reconhecimento da violência de gênero, que tem como uma de suas faces a violência doméstica, tradicionalmente invisibilizada pela sociedade e pelo Direito” (CUNHA, 2014, p.19). Determina meios para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, tal lei procura proteger a mulher

de sofrer qualquer tipo de violação, seja ela doméstica, sexual, moral ou física. A Lei Maria da Penha considera essa violência, em seu artigo 6º, como “uma das formas de violação dos direitos humanos”. Presume ainda “inéditas medidas de proteção para a mulher que corre risco de vida, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos” (VICENTIM, 2010, p. 04).

Souza (2014) em seu artigo aponta que antes da Lei Maria da Penha, “o Brasil era o único País a não ter uma lei própria com respaldo nos casos de Violência Contra a Mulher” (SOUZA, 2014, p. 16), e após a sanção desta, as vítimas têm todo “um respaldo jurídico” que vai fornecer amparo nos “variados tipos de violência contra a mulher”(2014, p. 16). Considerada como um avanço em relação à discussão de gênero e aos direitos das mulheres, a Lei 11.340 modificou a forma como era tratada agressões que chegavam a ser consideradas normais.

A Lei Maria da Penha reafirma os compromissos firmados na Constituição Federal, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher e na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, dispondo sobre a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e de medidas de assistência e proteção às mulheres vítimas desta violência (CUNHA, 2014, p.18).

Hoje, nas grandes cidades, nas capitais, e até mesmo nas cidades pequenas, encontram-se estruturas que contribuem para que a Lei funcione de forma correta, tais estruturas serão descritas aqui de forma cronológica, de uma maneira que atenda a mulher vítima de violência verbal, psicológica, física, etc.

- Central de Atendimento à Mulher: este serviço é destinado a atender denúncias, orientar e encaminhar os casos de violência contra a mulher. O número colocado à disposição, considerado de utilidade pública, 180, permitirá ligações de todo território nacional (SECRETARIA ESPECIAL

DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES). A Central funciona 24h por dia, inclusive aos finais de semana. Ligue 180.

- Disque Direitos Humanos: é um serviço de utilidade pública da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), vinculado a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos. Disque 100 funciona diariamente, 24 horas, por dia, incluindo sábados, domingos e feriados. As ligações podem ser feitas de todo o Brasil por meio de discagem direta e gratuita, de qualquer terminal telefônico fixo ou móvel, bastando discar 100. As denúncias podem ser anônimas, e o sigilo das informações é garantido, quando solicitado pelo demandante (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS).
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs): compõem a estrutura da Polícia Civil, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal. Entre as ações, cabe citar: registro de Boletim de Ocorrência e do termo de representação, solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência nos casos de violência doméstica contra as mulheres.
- Unidades de Pronto Atendimento: Portaria Nº 528, de 1 de Abril de 2013, Art. 4º

O Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual é composto por estabelecimentos de saúde que realizam atendimento ginecológico e/ou obstétrico a mulheres vítimas de violência sexual, tais como hospitais gerais e maternidades, pronto-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência não hospitalares, ambulatórios de especialidades clínicas afins e unidades de atenção básica em saúde.

No município de Lavras Ligue: (35) 3821-9845 / (35) 3821-9887. Em casos graves, pode acionar o resgate por meio do Corpo de Bombeiros -

193 ou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), através do 192.

- As Casas Abrigo, que de acordo com as Diretrizes Nacionais para o abrigo de Mulheres em Situação de Risco e Violência

Tem por atribuição prover, de forma provisória, medidas emergenciais de proteção em locais seguros para acolher mulheres em situação de violência doméstica e familiar sob risco de morte, acompanhadas ou não de seus filhos (as) (2011, p. 13).

- Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra Mulher

É uma unidade judicante criada pelo TJDF, por meio da Resolução nº 05 de 20/09/2006, do Conselho Administrativo, para julgar especificamente casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, segundo a Lei 11.340/2006, batizada como Lei “Maria da Penha” (PODER JUDICIÁRIO DA UNIÃO, 2006).

Infelizmente, as cidades do interior e as cidades menores ainda são carentes de parte dessa estrutura e apoio que encorajem as mulheres a lutarem pelos seus direitos e a lutarem por uma vida sem violência e com tranquilidade. Após a Lei Maria da Penha ser aprovada, as denúncias referentes a episódios de agressão aumentaram em 600% conforme Mendonça (2015), as vítimas ganharam força para denunciar por sentir que estariam respaldadas pela Lei.

Outro avanço que se pode destacar é a Lei 13.104/15, Lei do Feminicídio, quando o legislador colocou o feminicídio como uma circunstância qualificadora do art. 121 do Código Penal, que é retratado como homicídio qualificado, onde a mulher é morta em razão da condição do sexo feminino, matar mulher por preconceito, discriminação, onde se aproveita a vulnerabilidade do sexo feminino.

Contudo, mesmo após a evolução da legislação brasileira, ainda assim há a necessidade de continuar a lutar por melhorias quando o assunto é violência doméstica. Há relatos em que vítimas ao denunciar agressões sofridas, em uma Delegacia comum e não especializada (o que não deveria interferir), foram

tratadas com deboche pelo atendente, que usou a expressão “coisa de mulher”. Atitudes como essas fazem com que as vítimas se calem e não busquem por justiça e o agressor, assim, saia impune.

“Vocês vêm aqui todo dia por causa dessas 'coisas de mulher' e depois fica tudo bem”, foi a primeira coisa que o delegado disse ao ouvir o início do depoimento de Maria Fernanda – e ele passou a meia hora seguinte fazendo de tudo para convencê-la de que seria um erro denunciar o namorado agressor. “Eles tentam de todas as formas fazer você desistir. No meu caso, conseguiram. Saí de lá humilhada” (FERNANDA apud MENDONÇA, 2015, p. 02).

Fatos como o citado acima acontecem devido à falta de atendimento especializado 24 horas, o que não se tem. As Unidades especiais criadas unicamente para prestar o serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência geralmente funcionam em horário comercial, não estando aptas para atender as demandas na hora do ocorrido, e também não costumam abrir aos finais de semana, assim como informado no Blog Frente Feminista da USP “as delegacias da mulher funcionam, infelizmente, somente em horário comercial. Para casos ocorridos fora desse horário, é preciso ir a uma delegacia normal”.

O site da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (2015), define as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM) como “unidades especializadas da Polícia Civil, que realizam ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e violência sexual contra as mulheres, entre outros.” As DEAMs oferecem um tratamento diferenciado às vítimas de violência, tratando de forma especial todas as questões que envolvem a violência contra a mulher. A partir do momento em que vítima chega na delegacia, ela é direcionada ao serviço de atendimento policial (SAP), onde é feito o registro da ocorrência. Após esse registro, a vítima é encaminhada à delegada onde serão tomadas as decisões cabíveis para cada caso.

Em Lavras, a mulher vítima de violência é acolhida pela polícia militar e direcionada ao Serviço de Atendimento à Mulher - Delegacia de Polícia Civil de Orientação e Proteção a Família (DPCOPF), que atende de segunda a sexta, em horário comercial e se localiza no mesmo prédio da polícia civil de lavras, tendo como telefone de contato, em casos de violência, ligue (35)3821-6211.

De acordo com a ONU (2016), a taxa de feminicídios¹ no Brasil é a quinta maior do mundo. Entre 2001 e 2012 mais de 50 mil mulheres sofreram feminicídio dentro de casa, mais de 13 milhões já sofreram algum tipo de agressão e das que sofreram agressão 31% ainda precisam viver com o agressor. Em 2014, pelo menos 47 mil mulheres foram estupradas no Brasil e o IPEA aponta que apenas 10% dos casos chegam aos conhecimentos da polícia. As Diretrizes Nacionais de Feminicídios (2016, p. 27), aponta que no Mapa da Violência (2015), que é dedicado a analisar homicídios de mulheres, “foram registrados 4.762 homicídios de mulheres em todo o país. Sua distribuição segundo a divisão regional apresenta-se heterogênea entre as regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul”.

2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)

As conquistas de direitos para as mulheres brasileiras começaram em 1932, quando estas conquistaram o direito político para a primeira eleição de nível federal. No código eleitoral provisório era permitido o voto apenas para as mulheres casadas, desde que seus maridos autorizassem e algumas mulheres solteiras e viúvas que possuíssem renda própria. Foi uma conquista relevante, que prevaleceu até a Constituinte de 1946, onde ocorreu a revisão do código eleitoral e todas as mulheres adquiriram o direito de votar. Com o passar dos anos, em

¹ Ou femicídio - Termo de crime de ódio baseado no gênero, amplamente definido como o assassinato de mulheres.

1980, algumas Instituições Públicas foram criadas para atender as demandas por direitos sociais, impulsionadas pelo movimento pela democracia e movimentos feministas.

As primeiras políticas públicas focadas na saúde da mulher começaram nas primeiras décadas do século 1920, porém, elas eram consideradas políticas restritas, simplistas e fragmentadas, elas visavam as mulheres apenas como gravídico-puerperal, ou seja, eram vistas apenas como reprodutoras, possuíam acesso a saúde apenas voltado para a gravidez e pós-parto, não levando em conta as especificidades do universo feminino. Na década de 1960, os movimentos feministas, conseguiram quebrar essa visão de gravídico-puerperal, e foi assim que começaram a surgir as primeiras políticas com âmbito mais integral em relação a saúde da mulher através do Ministério da Saúde.

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (BRASIL, 2004, p. 15).

Na década de 1970 foi lançado o primeiro Programa de Saúde Materno-infantil, que tinha como objetivo, dentre outros, controlar as altas taxas de morbimortalidade feminina e infantil. Só em 1983 que foi criado o primeiro programa que levava dentro dos seus preceitos a integralidade, que foi o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, tal programa reforçou a necessidade de um olhar direcionado para as mulheres, a fim de reduzir as desigualdades entre os indivíduos e atuou nesse seguimento considerado socialmente vulnerável, possuía a visão de implementar à população ações educativas e preventivas, tratamento e recuperação ginecológico, pré-natal, parto, doenças como câncer de mama e outros. O PAISM possuía características de integralidade e equidade da atenção, onde buscavam atingir todas as mulheres de forma igualitária, princípios estes que também integram o SUS (BRASIL, 1984).

Ainda assim, de acordo com FREITAS et al. (2009), “as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado, mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva”.

No ano de 2003 uma área destinada à saúde da mulher, criada pelo governo e conhecida como a Área Técnica de Saúde da Mulher, constata que é preciso que haja uma junção com diferentes setores considerados técnicos, e a sugestão de ações contemporâneas, que vá beneficiar todos os níveis e tipos de mulheres, sejam elas “mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas” (BRASIL, 2004, p. 19), essas ações devem incentivar a “a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente”(BRASIL, 2004, p. 19). A equipe da Área Técnica realizou em 2003 atividades voltadas para melhoria da atenção obstétrica e organização da rede, coordenação e promoção de capacitações que possuía em uma de suas vertentes o atendimento a vítimas de violência doméstica e sexual, buscou fazer conexões com diversas áreas do Ministério da Saúde, participando da formulação de políticas e diretrizes e na elaboração de documentos técnicos, apoiou de forma técnico-logística os estados e municípios, com a distribuição de cartões e agendas da gestante, kits de planejamento familiar, anticoncepcional de emergência, dentre outros (BRASIL, 2003).

Em 2004, quando foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o governo acreditava que a saúde da mulher tinha que ser uma prioridade, e a expectativa do governo era cooperar na luta das mulheres em busca de conquistas de seus direitos relacionados à saúde.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as

portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 5).

Essa política é embasada nos princípios teóricos do SUS que são a integralidade, equidade e universalidade, traz dois fundamentos para que se haja uma atenção integral, a humanização e a qualidade. Elas são condições cruciais para que as ações de serviços consigam trazer solução para os problemas apresentados pelas usuárias da política, e também os dois são imanentes, pois não há como ter uma assistência de qualidade sem humanização, bem como envolver todas as expectativas que envolvem a mulher, ao contrário das políticas que existiam anteriormente, que só focava na mulher como reprodutora. Possui como objetivos gerais a promoção de melhores condições de vida e saúde das brasileiras, visando garantir seus direitos que são respaldados por lei, busca auxiliar na busca da diminuição da morbidade e mortalidade feminina, focando nas causas evitáveis, empenha-se para estender, capacitar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004, p. 67). E como específicos:

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST; Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes; Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina; Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina; Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero; Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério; Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade; Promover a atenção à saúde da mulher

negra; Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade; Promover a atenção à saúde da mulher indígena; Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população; Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2004, p.69).

A PNAISM aponta diretrizes onde são destacadas que o SUS deve atender “as necessidades de saúde da população feminina, contemplar a promoção da saúde, controlar as patologias mais prevalentes nesse grupo e garantir o direito à saúde” (BRASIL, 2004, p.63). As diretrizes da política abordam diversos pontos de grande relevância, que influenciam no dia a dia da saúde da mulher, como a questão do atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada, ou seja, o foco sai da doença apresentada e passa a ser voltada para sua singularidade e suas subjetividades. Outra diretriz que a política aborda é que a política deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida e de todas as classes, sejam elas negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, idosas, trabalhadoras rurais que moram em locais de difícil acesso e aquelas que por ventura desenvolveram/nasceram com alguma doença mental. É abordado também em suas diretrizes que as práticas de saúde devem ser orientadas pelo princípio da humanização, onde deverá ser melhorado o grau de informação das mulheres em relação às suas condições de saúde e seu corpo, acolher as solicitações que aparecerem, sendo elas conhecidas ou não pelos profissionais de saúde, usando as tecnologias adequadas para resolver os problemas apresentados.

Conforme apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2003 citado por BRASIL, 2004, p. 21) “a população feminina foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, o que representando cerca de 50,77% da população total”. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi feita para atender as mulheres de 10 anos “hoje estimada em 73.837.876

pessoas”, então, considerando a faixa etária reprodutiva, que é de 10 a 49 anos, as políticas formuladas com atenção a saúde da mulher, deverá atender “58.404.409 mulheres, o que representa 65% da população feminina”.

A saúde das mulheres que estão na fase da adolescência, merece muito cuidado, os serviços de saúde devem buscar disseminar informações, visto que é nesse período que a mulher se descobre e seu corpo desenvolve em relação à vida sexual.

Ocorre ainda a incorporação de novos valores éticos e morais à personalidade que se delineia, bem como a incorporação de novos comportamentos e atitudes frente a uma estrutura de padrões sociais e sexuais, fortemente influenciados pelas relações de gênero, estabelecidos social e culturalmente (BRASIL, 2004 p. 40a).

O Ministério da Saúde incorporou em seus projetos ações que unissem a Saúde do Adolescente e do Jovem à Saúde da Mulher, para que os procedimentos direcionados à mulher em sua adolescência abordem princípios dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como o da conscientização que o homem também é responsável pela geração e contracepção, como apontado nos conceitos do planejamento familiar. Nesse ciclo de descobertas e mudanças é significativo que se tenha intervenções educativas para que as adolescentes fiquem mais atentas aos riscos de não cuidarem da saúde sexual e reprodutiva.

Assim, cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva, de modo que a informação aporte maiores conhecimentos e seja mais resolutiva. Deve, ainda, buscar a integração das ações com outros setores, para que a resposta social dê conta de apoiar as adolescentes em suas decisões de autocuidado (BRASIL 2004, p. 40b).

Considerando a multiplicidade das identidades sexuais, ao formular políticas públicas direcionadas às mulheres não se pode esquecer as lésbicas, que

independente da sua orientação sexual também é mulher, os profissionais têm que estarem preparados para instruir e prestar atendimento às essas mulheres, e não apenas partirem da inferência de que a vida sexual das mulheres ativas é de relações heterossexuais.

Devido à precariedade das penitenciárias brasileiras, as mulheres que se encontram presas estão sujeitas a um leque de doenças que normalmente são comuns nesses lugares, como DST/AIDS e diarreias infecciosas, e acabam que são esquecidas pelas políticas de saúde existentes. Como relatado aqui, a PNAISM “busca efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a grupos historicamente marginalizados pelo cotidiano social, estando entre esses as presidiárias” (NASCIMENTO; MENDES; SIQUEIRA, 2017), tal política acolhe todas as mulheres, independente de gênero, raça, cor ou qualquer outra distinção, então a saúde da mulher nessa situação, privadas de liberdade, também merece a atenção.

3. METODOLOGIA

Com a finalidade de responder aos objetivos deste trabalho, optou-se por uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória. Segundo Gil (2008, p. 46), “a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, utilizando-se de levantamentos bibliográficos e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso”.

Diversos questionamentos foram levantados a partir de uma experiência vivenciada pela autora, de um atendimento incorreto à uma vítima de violência sexual em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no Município de Lavras/MG em Janeiro de 2017, mostrando-se a principal motivação para a realização deste trabalho. Este trabalho foi realizado através de uma observação participante pela autora, nas reuniões da UPA sobre este assunto e por exercer

atividade empregatícia neste local. A observação participante segundo May (2011) é:

O processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquele grupo (May, 2001: 177).

Dessa maneira, optou-se por realizar um estudo, cuja justificativa pauta-se na ideia de poder elaborar um modelo de capacitação dos profissionais das Unidades de Pronto Atendimento de Saúde, e também um protocolo de atendimento, este que já está sendo formulado na UPA. Esse protocolo está sendo desenvolvido por funcionários da UPA, juntamente com a Vigilância Epidemiológica e o CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializado), protocolo este que está sendo aperfeiçoado e em breve estará sendo seguido nos atendimentos de mulheres vítimas de violência. Com a padronização e capacitação percebe-se que haverá uma melhoria no atendimento a essas pessoas que se encontram em situação de fragilidade e que estarão ali em busca de ajuda.

O estudo de caso de acordo com Yin (2005, p.32) “é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, utilizando-se várias fontes de evidência”. As fontes para a realização deste, em um primeiro momento, foi realizado uma pesquisa bibliográfica na literatura e na abordagem legal do tema para uma contextualização, como as políticas públicas para mulheres como exemplo.

Inicialmente a ideia era coletar os dados oriundos das notificações realizadas pela Vigilância Epidemiológica do Município e confrontá-los com os dados fornecidos pelo site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Porém a discrepância de dados e a dificuldade de validar os dados coletados fizeram com que a forma de coleta de dados fossem modificadas. Sendo assim, os dados foram coletados através da rotina de trabalho da autora, e também com dados secundários, cedidos pelo Setor de Vigilância Epidemiológica do

Município de Lavras, associado à Observação Participante e coleta de funcionários da Unidade. Estes foram escolhidos por estarem trabalhando diretamente nesta área de atendimento e por estarem participando da montagem do protocolo de atendimento para os casos de violência contra mulher.

A pesquisa e os dados foram coletados a partir de Janeiro de 2017 até Julho de 2017 na cidade de Lavras-MG, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo partiu de questionamentos que surgiram após a autora presenciar um fato, em Janeiro de 2017, em que mostrava certo despreparo/falta de informação dos envolvidos em um atendimento à vítima de violência sexual em uma Unidade de Pronto Atendimento.

Era perceptível a todos ali presente que se tratava de um caso de violência sexual, a qual a vítima estava na Unidade de Saúde para receber cuidados médicos. Ela foi encaminhada até a Unidade por policiais, porém, no mesmo lugar encontrava-se o agressor, também acompanhado por policiais, pacientes que estavam aguardando atendimento, profissionais de saúde que ali trabalhavam e médicos que discutiam qual conduta seguir naquele caso.

A vítima encontrava-se no corredor paralelo ao que o agressor estava, onde a qualquer momento poderia estar exposta a ele e a curiosos que estavam no local, não sendo exercido ali o seu direito de sigilo e zelo. No Decreto nº 7.958/2013, em seu inciso II diz que as vítimas de violência têm direito ao “atendimento humanizado, observado os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade”. De acordo com o Protocolo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência formulado pela Secretaria de Saúde de Colombo no Paraná, “toda equipe de saúde deve pautar-se

pela ética, preservando o sigilo e garantindo a segurança das informações” (p. 14).

O Protocolo ressalta ainda que:

O compromisso da confidência é fundamental para conquistar a confiança necessária não só a revelação da situação, como a continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, as anotações e a adequação da comunicação entre a equipe (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: PROGRAMA MULHER CIDADÃ, p.32).

Durante o tempo em que a autora ficou observando o que ali acontecia, foi constatado que não havia a presença de uma policial feminina, presença essa indispensável em ocorrências que envolvem mulheres. A figura de outra mulher na hora em que a polícia vai atender a uma chamada onde há vítima de violência aumenta a confiança da vítima, não a deixa envergonhada para relatar o ocorrido e também pode inibir seu medo ao denunciar o agressor. Como já citado neste trabalho, é por isso que existem as DEAMs, para proporcionar mais conforto às vítimas, visto que existem casos em que a mulher é tratada por policiais do sexo masculino como culpadas pela agressão, e que não deram importância à denúncia realizada pela mulher.

Quando acontece um caso de violência, seja ela qual for, que cause ferimentos, pode-se deduzir que o primeiro lugar que a vítima vá procurar é uma Unidade de Saúde para atendimento médico. Então, tais Unidades possuem elevadas chances de diagnosticar e denunciar casos de violência doméstica. Os profissionais de saúde devem estar preparados para perceber que determinado caso veio de uma situação de violência e assim entrar em contato com a polícia, se essa não estiver acompanhando a vítima.

“O profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, podendo inclusive responder pela omissão” (SALIBA, et al. 2007, p.5). O Art. 1º da Lei Nº 10.778, de 24 de Novembro de 2003, ressalta

que “Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde pública e privada”. Vale ressaltar que, assim como destacado pelo Manual de Atendimento à Vítima de Violência na Saúde Pública do Distrito Federal (2009), a notificação colabora para que o setor de saúde, a legislação e a epidemiologia façam um trabalho em conjunto, formando uma rede de trabalho efetivo e eficiente, atuando igualmente como as Redes de Atenção à Saúde, buscando “promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2012, p. 10).

Para que isso aconteça é necessário que haja assim como citado no inciso VII do Decreto nº 7.958 / 2013 “promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados”.

[...] o profissional deverá preencher a Ficha de Notificação e encaminhar uma via para o Sistema de Informações em Acidentes e Violência, inserido na Vigilância Epidemiológica da SES/DF. A outra via deve ser anexada ao prontuário (BRASÍLIA, 2009, p. 47).

Portanto, após minuciosa análise sobre o assunto estudado, vários questionamentos surgiram sobre o comportamento dos envolvidos em todo o processo, pois diversos protocolos existem para atendimentos às vítimas de violência, porém o direito não é aplicado como dever, se a vítima não cobra seus direitos, em muitos casos o dever não é cumprido.

4.1 Protocolos de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica

Após a Convenção de Belém do Pará, realizada em 1994, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde, procurou formas de padronizar os atendimentos às pessoas que sofrem violência sexual.

Desse esforço coletivo desenvolveram-se normas técnicas e protocolos clínicos sobre acolhimento, atendimento e notificação de violências. Desta forma, é possível acolher, atender, realizar exames clínicos e laboratoriais, administrar a anticoncepção de emergência, realizar quimioprofilaxias para o HIV e para doenças sexualmente transmissíveis. Também é possível oferecer acompanhamento psicossocial, sem perder a perspectiva de que o aperfeiçoamento dos (as) profissionais que atuam diretamente nos casos pode melhorar suas habilidades e capacidades técnicas em relação à violência sexual (BRASIL, 2015, p.13).

Com a instalação de uma sequência nos atendimentos na rede de saúde é fundamental que toda a população saiba que possuem esse tratamento pelo SUS, é imprescindível que se tenha “profissionais responsáveis por cada etapa da atenção [...] de modo a acolher e atender as pessoas que acessarem o serviço de forma ágil, humanizada e respeitosa” (BRASIL, 2015, p.18).

Quando as vítimas recorrem primeiro ao sistema de segurança, ou seja, a polícia, o procedimento de atendimento é diferente daquele que ocorre quando procuram um atendimento de saúde. No atendimento policial, será feito o Boletim de Ocorrência (B.O) e é feita a notificação, registra-se todo o fato primeiro e posteriormente a vítima é encaminhada para o sistema de saúde onde receberá atendimento e ganhará a assessoria necessária. Já quando o primeiro lugar a ser procurado pela vítima é uma Unidade de Saúde, todo o atendimento médico é realizado resguardando prioritariamente a saúde da vítima. Neste caso, os profissionais de saúde têm por obrigação passar todas as informações necessárias à vítima, informar o quão é importante que seja feita a denúncia perante as autoridades, ressaltando que é seu direito buscar por justiça e não deixar que o agressor fique sem nenhuma punição. Se a vítima não demonstrar interesse em registrar o B.O ela não é obrigada, e sua vontade desse ser respeitada e seguida, porém cabe ao “profissional de saúde proporcionar espaço de reflexão e viabilizar

novos leques de possibilidades que permitam a vítima sair desta dinâmica abusiva” (BRASÍLIA, 2009, p. 47).

Assim como exposto na Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (BRASIL, 2015), aqueles que trabalham no atendimento de saúde ao atenderem casos de violência, independente da demanda, devem proceder da seguinte maneira: realizar a anamnese, que é uma espécie de entrevista realizada por um profissional de saúde na consulta, também deverá ser realizada uma escuta qualificada do relato da vítima, que é relevante para obter empatia, detectar riscos de morte e possível reincidência de violência; realização de um exame físico detalhado, especificando as lesões apresentadas; as informações devem ser devidamente registradas e por último, é crucial que seja coletado “vestígios em serviços de saúde” (BRASIL, 2015, p. 22).

Em conformidade com o Manual de Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF, “o efeito da violência doméstica e familiar contra a mulher, decorrente de maus-tratos, humilhações, agressões físicas, sexuais, morais, patrimoniais e psicológicas, é, sem dúvida, devastador para sua autoestima” (BRASÍLIA, 2009, p. 25), além de gerar medo, insegurança, que acarretam em doenças crônicas e outros males. Daí a importância de se ter um atendimento especializado, com um acompanhamento pós-traumático.

Quando a violência for sexual, se a paciente já chegar à Unidade com a confirmação deste tipo de violência, de imediato os profissionais que ali trabalham e que vão prestar o atendimento já têm que executar o acolhimento desta vítima e já conduzi-la para atendimento médico, no qual serão realizados exames específicos. Em atendimentos de emergência deve proceder da seguinte forma:

Acolhimento pela enfermeira e encaminhamento para atendimento médico, para realização dos exames e profilaxia das doenças resultantes da violência sexual (se necessário). Médico: 1) realizar a anamnese (tipo de violência, hora da violência, qual a relação do agressor

com a vítima, agressor fez uso de preservativo, número de agressores, última menstruação etc.); 2) prescrever as medicações de acordo com o protocolo e orientar o seu uso, em conjunto com a enfermeira; e 3) solicitar TGO, TGP e o TIG (teste imunológico para gravidez), caso seja necessário o uso de antiretrovirais, assim como esclarecer os seus efeitos colaterais, visando melhor adesão. Além disso, o médico deve referendar o paciente para Centro de Saúde referência em DST/AIDS de sua localidade para continuidade da profilaxia das doenças (BRASÍLIA, 2009, p. 38).

Um Protocolo de Atendimento que uma Unidade de Saúde deve seguir em casos de violência contra mulher, especificamente violência sexual, deve seguir as seguintes etapas:

- Acolhimento – considerado como uma etapa determinante de como vai seguir todo o atendimento à vítima. O acolhimento deve ser humanizado, assegurando credibilidade e respeito à vítima, procurando proporcionar conforto, proteção e conhecimento de seus direitos (BRASIL, 2012, p.21).
- Registro da história – o profissional que for registrar a história da paciente deve estar atento a todo o relato para que não passe nenhuma informação que pode ser crucial no atendimento e para ter certeza que não haverá reincidência. Deve ser relatada local, hora aproximada da violência, se o agressor é conhecido ou não da vítima.
- Exames clínicos e ginecológicos – são importantes visto que mulheres vítimas de violência sofrem lesões graves, podendo ter “traumatismos físicos, genitais ou extragenitais” (BRASIL, 2012, p. 24). Todos os ferimentos/traumas diagnosticados pelo médico atendente devem ser metodicamente descritos no prontuário da paciente.
- Coleta de vestígios – esse procedimento é considerado peça chave para instruir o processo. Para a coleta de tal são utilizados os equipamentos padrões da ginecologia, e após a portaria interministerial ser assinada, em

março de 2015, o IML (Instituto Médico Legal) é obrigado a aceitar os exames realizados pelas as Unidades de atendimento, para dessa forma preservar a mulher de mais constrangimentos e transtornos (PORTAL BRASIL, 2015). A coleta deverá ser feita de forma que os vestígios da agressão sejam preservados (BRASIL, 2015, p.20). A coleta pode ser de: secreção vaginal; secreção anal; coleta de sêmen, secreções e ou fluidos depositados na pele ou em outras regiões do corpo; vestígio subungueal²; cabelo e pelo; vestes e objetos com possível presença de sêmen e/ou outros fluidos biológicos; e células de mucosa oral (BRASIL, 2015, p. 26 – 28).

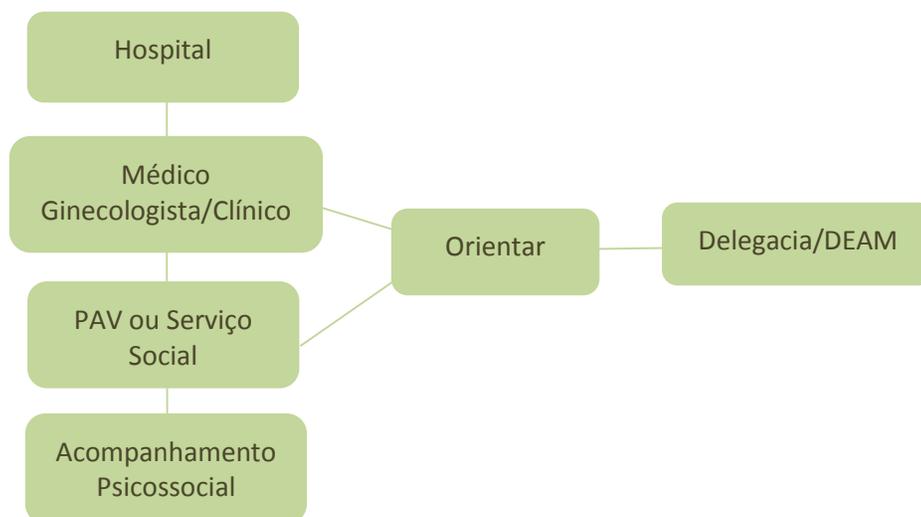
- Contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B – uma das medidas de emergência que é iniciado logo após a comunicação de um caso de violência sexual. No primeiro atendimento na Unidade de Saúde já fornecem, com o objetivo de conter possíveis malefícios à saúde da vítima.
- Comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência – assim como previsto na Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003.
- Exames complementares – para diagnóstico de possíveis doenças, sequelas que possam ser resultantes da violência.
- Acompanhamento social e psicológico – “deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário” (BRASIL, 2012, p. 21).
- Seguimento ambulatorial – relevante para que a vítima tenha onde dar sequência ao seu tratamento, para que elas tenham um espaço/local que a

² Secreção que fica por baixo da unha.

acolha e que lhes oferecem uma equipe de vários profissionais das diversas áreas (psicológicas, terapêuticas, ginecológica, etc.) que busquem “promover a integralidade da atenção” às vítimas e juntamente constatar que as “profilaxias prescritas estão sendo utilizadas corretamente ou se existe outro sintoma” (OSHIKATA, 2017).

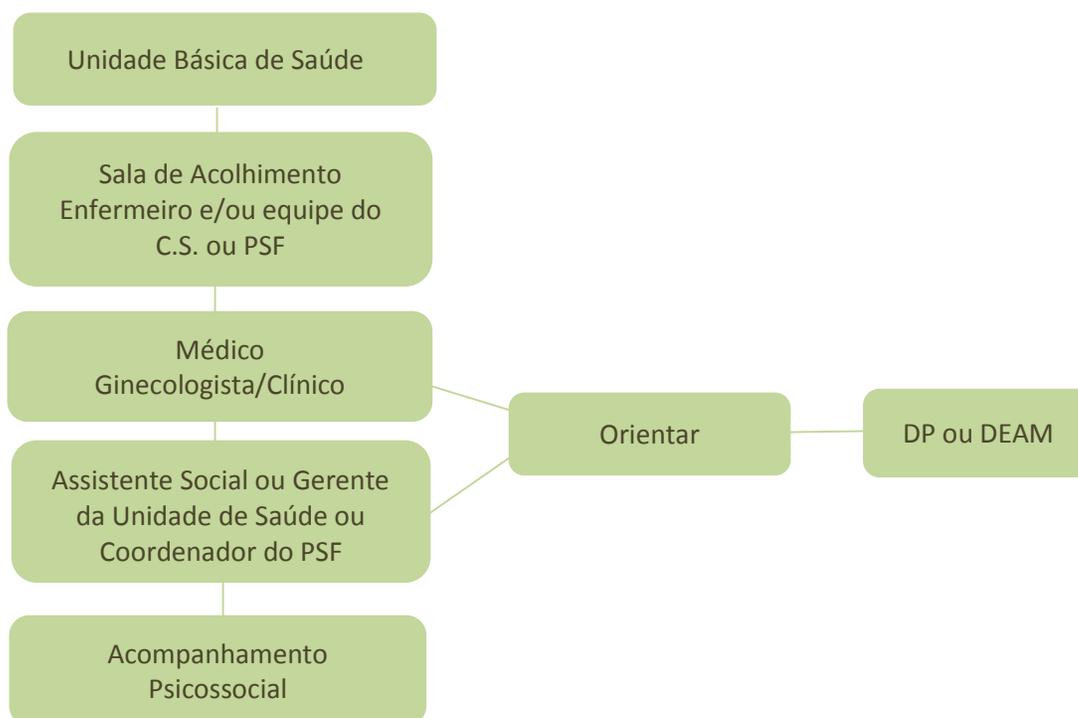
Segue abaixo modelos de fluxogramas utilizados para padronizar o atendimento em hospitais para atendimentos às mulheres vítimas de violência.

Figura 1 – Fluxograma de atendimento às mulheres, vítimas de agressões, nos hospitais.



Fonte: Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (2008, p.30).

Figura 2 – Fluxograma de atendimento, em unidades básicas de saúde, às mulheres vítimas de violência.



Fonte: Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (2008, p.30).

É primordial, para que haja um atendimento padronizado, a utilização de ferramentas adaptativas para tal tarefa. O fluxograma em atendimento na saúde, veio trazer esta padronização na conduta e assim proporcionar um suporte maior aos profissionais de saúde na realização do atendimento para demandas espontâneas, pois, essa ferramenta caracteriza-se como um meio padrão tendo como base um roteiro de símbolos e imagens gráficas.

4.2 Delineamento da Violência contra a mulher no Município de Lavras/MG

Após presenciar o fato que motivou a seguinte pesquisa, surgiram questionamentos em relação a conduta da unidade quanto a tal violência. Foi aferido que, até a data do acontecimento não existia, ou não era seguido, protocolos de conduta em favor da mulher vítima de violência. Ao buscar informações sobre os atendimentos, surgiu de maneira clara que a única coisa que era feita em tal situação era a notificação utilizada junto à vigilância epidemiológica do município (através da ficha que consta no anexo I), ou seja, a vítima deixava de ser vítima e se tornava apenas estatística.

Como a vigilância epidemiológica é detentora de tais estatísticas, foi feito o contato, através de email, com o responsável pelo setor de notificações, solicitando o fornecimento dos dados colhidos na região para uma posterior análise. Tendo o pedido atendido, sem restrições, deu-se início a análise e organização das tabelas que serão apresentadas.

De acordo com os dados cedidos pela Vigilância Epidemiológica do Município de Lavras, onde são feitas as notificações relacionadas à violência, até o mês de Agosto de 2017 foram notificadas cerca de 195 casos de violência onde a vítima é mulher, dessas mulheres 7 são vítimas reincidentes, ou seja, que já sofreram agressões anteriormente. Através dos dados abaixo pode-se observar que a maior parte das violências sofridas pelas mulheres são violências físicas, sofridas por mulheres com 30 anos ou mais.

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária (<1ano a >30 anos) de mulheres vítimas de violência entre os anos 2015 a 2017.

Faixa etária	2015	2016	2017
< 1 ano	1	0	1
1 a 4 anos	3	1	0
5 a 9 anos	1	1	1
10 a 14 anos	5	24	8
15 a 19 anos	27	51	28

20 a 29 anos	63	107	68
30 anos e +	101	164	89

Fonte: Vigilância Epidemiológica do Município de Lavras/MG.

Tabela 2 – Descrição qualitativa e quantitativa dos tipos de violência mais acometidas no período de 2015 a 2017.

Tipos de Violência	2015	2016	2017
Física	182	315	175
Psicológica/Moral	2	7	2
Sexual	5	5	6
Financeira/Econômica	0	1	0
Lesão autoprovocada	18	42	34
Outros	10	28	17

Fonte: Vigilância Epidemiológica do Município de Lavras/MG.

Tabela 3 – Detalhamento dos meios de agressões com maior incidência no município de Lavras/MG.

	2015	2016	2017
Força corporal espancamento	172	290	155
Enforcamento	0	2	1
Arma de fogo	0	0	2
Ameaça	1	4	1
Envenenamento Intoxicação	12	40	44
Objeto perfuro cortante	2	6	2
Objeto contundente	0	1	1
Outra agressão	12	9	2

Fonte: Vigilância Epidemiológica do Município de Lavras/MG

Tabela 4 – Quantitativo de Reincidência de violência

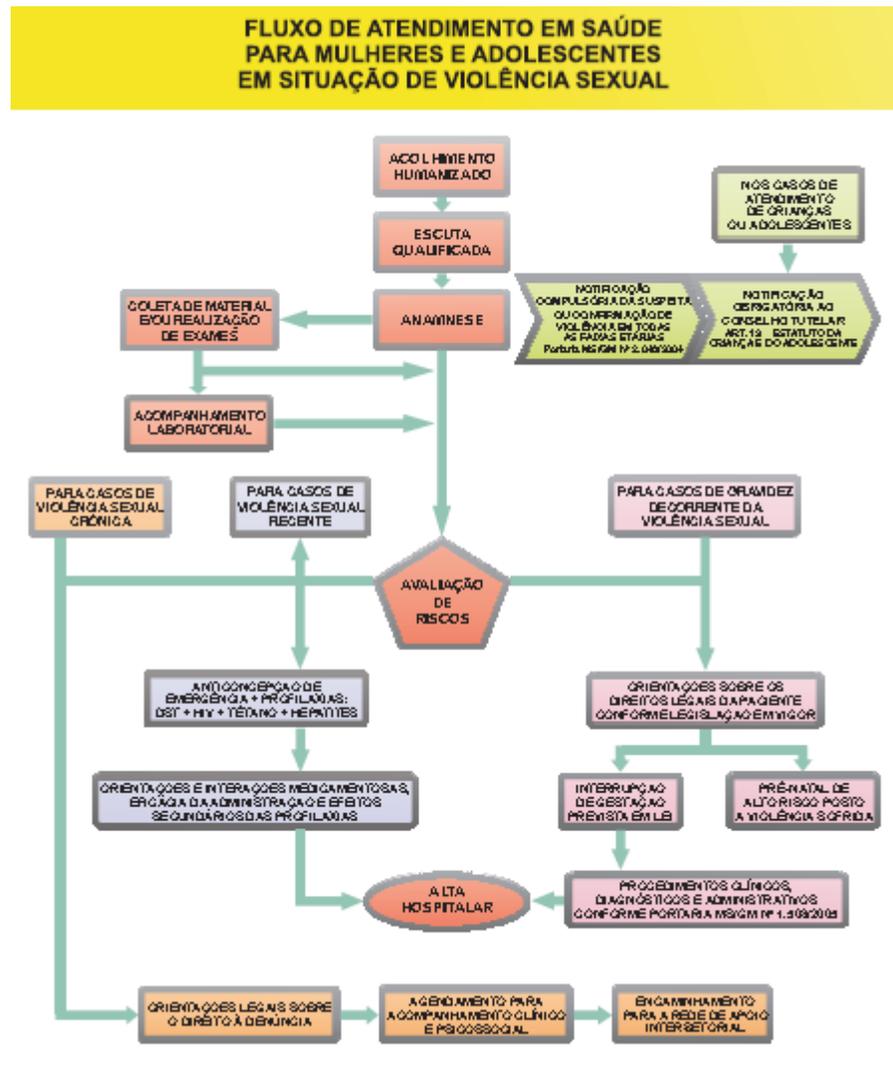
	Quantidade
2015	10
2016	6
2017	7

Fonte: Vigilância Epidemiológica do Município de Lavras/MG

Em conversa com um dos profissionais da UPA envolvidos no atendimento às vítimas de violência, foi relatado que infelizmente não é possível mensurar, de forma precisa, as ocorrências de violência doméstica/sexual que passam por esta. Como justificativa, foi apresentado o fato de que “a queixa inicial das pacientes não confere com o real motivo da busca do serviço de saúde”, geralmente chegam para atendimento com queixas de “ardência genital, incômodo ao urinar ou algo parecido”. Então para que se possa diagnosticar o fato da violência é necessário que o médico/profissionais de saúde que prestam o atendimento tenha sensibilidade, que este use de seu discernimento e empatia, tentando compreender o que a pessoa está passando e assim descobrir o real motivo da procura pelo atendimento.

Na UPA é usado um fluxo de atendimento indicado pelo Ministério da Saúde, o qual especifica cada etapa que deve ser seguida e os passos seguintes.

Figura 3 – Fluxograma padrão utilizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Lavras/MG



Fonte: Ministério da Saúde

4.3 Aprimoramento do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Como meio de exigência para que os protocolos propostos pelo Ministério da Saúde sejam cumpridos, a Unidade tem aplicado em todo seu quadro de funcionários a Educação Continuada, que olhando de forma ampla é uma maneira onde se estimula os profissionais de saúde a cumprirem ao pé da letra as leis e protocolos impostos. A Educação Continuada é um “processo permanente de treinamento, aperfeiçoamento e atualização profissional, visando atender necessidades do serviço e promover elevado padrão de assistência, sob o ponto de vista humano, técnico-científico e ético” (LIMA et al. apud MIRANDA; SANTANA; CHAGAS, 2014, p. 2). Logo, o seu objetivo é tentar diminuir a distância entre a lei/direitos e o atendimento oferecido nas Unidades de Saúde. Muitos profissionais, mesmo recebendo a capacitação, não conseguem atingir o nível esperado de manejo correto para atender as vítimas, seja pela falta de interesse, pela falta de incentivo ou mesmo por não ser um assunto/tema que lhe desperta interesse, dificultando dessa forma o alcance dos resultados esperados com o treinamento.

Ao elaborar uma educação continuada, o responsável por tal deve atentar-se que esta seja voltada para a prática vivenciada, ou seja, para a realidade do seu trabalho, visando sempre atender às demandas de saúde da população, fazendo dos profissionais de saúde trabalhadores comprometidos e aptos a oferecer um serviço humanizado e qualificado, assim como proposto na nova ordem do SUS (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007, p.2).

Na UPA onde foi realizada esta pesquisa, a última educação continuada voltada para a humanização foi organizada por duas Enfermeiras da Unidade e aplicada no segundo semestre de 2016, onde foi elucidado a significância de um atendimento humanizado, o qual é importante atender um paciente de tal forma, buscando o aprimoramento, para que assim haja resultados positivos e

consecutivamente beneficiar a população usuária do serviço. Atualmente foi dado início ao novo processo de Educação Continuada da UPA.

A realidade vivenciada pela UPA possui uma discrepância em relação às Leis e protocolos sugeridos pelo Ministério da Saúde e os que são usados em grandes Centros de Saúde. É notório que existe ali um processo de aprimoramento em busca do atendimento ideal e de direito às vítimas de violência, também ficou evidente que os coordenadores/gestores estão empenhados em incentivar os profissionais a buscarem conhecimentos e se interessarem pelos temas abordados nas capacitações, bem como fazer com que os envolvidos se coloquem do outro lado, do lado do paciente e percebam o quão é primordial um atendimento humanizado.

As dificuldades enfrentadas na realização dessa pesquisa foram todas voltadas para a coleta de dados, pois estes não estavam claros o suficiente para entendimento. Como já exposto, na Unidade estudada os casos de violência doméstica, sexual e/ou outros tipos de violência ficam mascarados no meio das queixas apresentadas pelas pacientes. Foi necessário entender primeiramente o porquê das vítimas esconderem a verdade sobre possíveis ferimentos e depois quais as queixas poderiam ser oriundas de violência, e então, entender e assimilar que se tratava de um caso de violência.

Muitas das informações contidas neste trabalho, não são divulgadas no cotidiano da mulher. A busca por informação faz com que aflore uma nova linha de pensamento, fazendo com que aquilo, que até então era respaldado e bem estruturado, passe a se desfazer, o que era formado passou a se tornar desforme.

Leis, protocolos, educação continuada, suporte da área de segurança, apoio social, enfim, tudo isso se torna insuficiente para sanar a real demanda da mulher vítima de violência. A pequena amostragem, exposta através dos dados da vigilância epidemiológica, demonstra o grau de violência que a mulher sofre na cidade de Lavras/MG. Porém, como é apresentado neste trabalho, a Unidade de

Pronto Atendimento de Lavras busca a melhoria de seus atendimentos focando nos protocolos padrão do Ministério da Saúde e em um rigoroso processo de atendimento humanizado. Estas ações se tornam pequenas diante desse problema social, que infelizmente, está longe de ser resolvido. Os profissionais em geral que estão envolvidos normalmente se preocupam com os ferimentos, com as possíveis patologias que possam surgir de tal agressão e não se preocupam, e até mesmo, muitas vezes, deixam de lado a pessoa, a mulher vítima, não se importando com o que ela pensa e sente por estar em tal situação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seria ótimo se pudéssemos criar uma utopia onde não teríamos que fazer leis para impor que outras leis sejam cumpridas. O egoísmo social impede que o indivíduo seja empático, e assim faça valer o atendimento humanizado, não apenas na palavra, mas sim com respeito e conduta correta para com a mulher que está vulnerabilizada e necessitando de um suporte imediato.

Em todas as áreas profissionais, existem pessoas extremamente capacitadas para exercer ou executar tarefas específicas, porém, existem custos. Aquele profissional que possui as características específicas para a execução de tal tarefa, custa dinheiro ao Município, ao Estado, ao Brasil, que como desculpa usa o período de crise para querer economizar em tudo, até mesmo naquilo que não deveria.

Inevitavelmente várias instituições públicas buscam trabalhar em cima do comodismo, buscando o profissional mais próximo de forma mais fácil para simplesmente repassar o assunto escolhido, fazendo do que seria um processo de aprendizagem um simples processo de leitura, negligenciando desse modo a capacidade do indivíduo de aprender e assimilar o conteúdo, tomando como base os preceitos de Paulo Freire “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996, apud RUSSI, 2011 p.4). Estimular a adesão de hábitos éticos dos profissionais que

atuam diretamente com vítimas de violência não será a resposta definitiva para o desinteresse e a falta de preparo, porém, a mobilização dos burocratas do nível de rua, das lideranças da sociedade, atuando através de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes é de extrema significância na luta contra a injustiça, o descaso e a falta de informação daquela que foi agredida.

Dessa forma, devido à falta de preparo e interesse dos profissionais os usuários são prejudicados, em especial as mulheres, visto o mal processo de educação destes para agir em situações onde elas são as vítimas, situações essas que necessitam de tratamento especializado. Os técnicos quando surgem esse tipo de demanda não sabem como proceder, então o tratamento oferecido será de forma generalista e não única como deveria ser, pois cada caso necessita ser tratado de forma diferenciada, para minimizar o sofrimento da vítima, como já foi proposto nos protocolos abordados. Para que haja esses cuidados é necessário que se tenha uma elaboração de uma didática específica para abordar cada tema.

Como proposta, sugiro uma capacitação que seja voltada para atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, sendo os temas abordados na capacitação direcionados para a importância da humanização e do acolhimento da vítima, buscando proporcionar a ela todo o conforto e zelo necessário para amenizar o trauma sofrido. Também é fundamental que seja passado quais os direitos que a vítima tem, incluindo o do sigilo das informações. O processo proposto deve ser articulado, na cidade de Lavras/MG, em rede com os setores de saúde, educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de atitudes que irão cooperar na prevenção e nos cuidados para a mulher vítima de violência, talvez isso é o que falte para que o direito da mulher seja respeitado. Além disso há necessidade de treinamentos periódicos para todos os que estão envolvidos no atendimento, ou seja, policiais, equipes da UPA e hospitais do município, técnicos do IML que deveriam realizar os testes e exames, Conselho Tutelar que atende

casos de menores de idade e o Centro Estadual de Atenção Especializado – CEAE que é pra onde as vítimas são encaminhadas para acompanhamento ambulatorial, focando todos nas especificidades do município, como por exemplo áreas com maior incidência de violência e o estudo dos protocolos e leis que regem os direitos da mulher vítima de violência.

A partir de análise feita, foi perceptível uma barreira em relação à comunicação dos funcionários da UPA, que estão diretamente ligados ao tema apresentado, com a Delegacia da Mulher do Município de Lavras/MG. Em conformidade com o que foi repassado pelos profissionais, a Delegacia não possui papel operante nos atendimentos realizados na UPA. A DEAM só começa a atuar após horas ou até mesmo dias após o ocorrido, sendo que para melhor eficácia do atendimento como um todo, desde o atendimento policial na ocorrência até o atendimento na Unidade de Saúde, a Delegacia Especializada deveria ter uma atuação mais presente, fazendo cobranças para que os direitos da mulher sejam cumpridos, ou seja, é necessário que a atuação da DEAM seja mais ativa. No ato da ocorrência poderia ocorrer uma comunicação entre os policiais atuantes com a DEAM, e assim executar o trabalho, fazendo então um atendimento em rede, garantindo que os direitos da mulher sejam cumpridos e respeitados.

Ao trazer tais críticas que contém neste trabalho, sobre o processo de como funciona o atendimento da mulher vítima de violência, é inevitável não voltar no tempo e refletir sobre o descaso que a mulher tem sofrido há tempos. Desde os primórdios, a mulher luta para ser inserida em um contexto que já é dela, porém, o comportamento machista cria empecilhos para que ela, mulher, assuma seu lugar de direito e tenha os benefícios que lhe foram providos através do tempo.

Essa luta será uma luta interminável, pois, a falta de consciência, ou até mesmo o egoísmo social, não permite que aqueles que governam olhem para os lados e vejam o que de fato é necessário para se ter uma sociedade igualitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Área Técnica de Saúde da Mulher** - Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007. Resumo das atividades realizadas em 2003. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2003. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf> Acesso em 17 Dez 2017.

_____. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf> Acesso em 15 Maio 2017.

_____. Direitos Humanos. **Você sabe o que é identidade de gênero?** Publicação em Abril - 2017 Disponível em <<https://nacoesunidas.org/voce-sabe-o-que-e-identidade-de-genero/>> Acesso em 06 Jun 2017.

_____. **Decreto nº 4.377, de 13 de Setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Ministério das Relações Exteriores – MRE. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm> Acesso em 27 Maio 2017.

_____. **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. Brasília, 13 de março de 2013; 192º da Independência e 125º da República. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm> Acesso em 01 Jul 2017.

_____. **Decreto - Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm> Acesso em 30 Abr 2017.

_____. **Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em

<http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes_femicidio.pdf> Acesso em 01 Maio de 2017.

_____. **Lei Nº 13.239, de 30 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. Brasília, 2015; 194º da Independência e 127º da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13239.htm Acesso em 13 Jun 2017.

_____. **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 privada. Brasília, 2003; 182º da Independência e 115º da República. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm> Acesso em 12 Jul 2017.

_____. **Lei Nº 13.427, de 30 de março de 2017.** Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2017; 196º da Independência e 129º da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13427.htm Acesso em 22 Jun 2017.

_____. **Norma Técnica – Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.** Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR 1ª edição – 1ª impressão – 2015, Brasília. Disponível em <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>> Acesso em 05 Jul de 2017.

_____. **O que é Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM)? Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres.** 2012. Disponível em <<http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/violencia/o-que-e-delegacia-especializada-no-atendimento-a-mulher-deam>> Acesso em 03 Dez 2017.

_____. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica.** 3ª ed. atual. e ampl., 1ª reimpr. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6. Brasília. 2012. Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf> Acesso em 19 Jul 2017.

_____. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Apostila Completa. Brasília, 2012. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf> Acesso em 12 Jul 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MS2009_politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf Acesso em 11 Maio de 2017.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e de Violência.** Brasília, 2011. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/diretrizes-nacionais-para-o-abrigamento-de-mulheres-em-situacao-de-risco-e-de-violencia> Acesso em 08 Jan 2018.

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS et al. **Cartilha Direitos da Mulher** – Prevenção à violência e ao HIV/AIDS. 2012. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cartilha_direitos_mulher.pdf> Acesso em 01 Jul 2017.

AGÊNCIA ESTADO. A cada 15 segundos, uma mulher é espancada no Brasil, diz relatório. **Jornal Estado de São Paulo** (online). Publicado em 22 Outubro 2002. Disponível em <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral.a-cada-15-segundos-uma-mulher-e-espancada-no-brasil-diz-relatorio,20021022p54075>> Acesso em 14 Jun 2017.

AGÊNCIA SENADO. Senado aprova atendimento especializado no SUS para vítimas de violência doméstica. **Portal Senado Notícias.** 2017. Disponível em <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/03/07/senado-aprova-atendimento-especializado-no-sus-para-vitimas-de-violencia-domestica> Acesso em 23 Jun 2017.

ALMEIDA, S. S. de. **A violência de gênero como uma violação dos Direitos Humanos: a situação brasileira.** II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA. 2005. Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Suely_Sousa_Almeida.pdf> Acesso em 20 Jun 2017.

ARAUJO, M. M. de et al. Violência, saúde e a nova lei sobre os crimes contra a dignidade sexual. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Imp)**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2010. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300011&lng=pt&nrm=iso Acesso em 13 Jun. 2017.

BEIRAS, A. et al. Políticas e Leis Sobre Violência de Gênero – Reflexões Críticas. **Psicologia & Sociedade**; 24 (1), 36-45, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n1/05.pdf> Acesso em 22 Jun 2017.

CAMPOS, A. C. Desigualdade de gênero: Mulheres ainda têm salários 24% inferiores aos dos homens. **Rev. Fórum.** Ed. 27 de abril de 2015. Disponível em <<http://www.revistaforum.com.br/2015/04/27/desigualdade-de-genero-mulheres-ainda-tem-salarios-24-inferiores-aos-dos-homens/>> Acesso em 12 Jun 2017.

CARLOTO, C. M. **O Conceito de Gênero e sua importância para a análise das Relações Sociais.** Disponível em http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_genero.htm Acesso em 06 Jun 2017.

CARVALHO, F. de. **Violência obstétrica: uma realidade silenciada.** Jusbrasil. Manaus. 2015. Disponível em <https://fabioladecarvalho.jusbrasil.com.br/artigos/251832582/violencia-obstetrica-uma-realidade-silenciada> Acesso em 12 Maio 2017.

CASSIANO, A. C. M. et al. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.** Revista do Serviço Público. Brasília, 2014. Disponível em <<file:///E:/Tcc/581-2018-1-PB.pdf>> Acesso em 10 Maio 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.056/2013.** Publicada no D.O.U. de 12 nov. 2013, Seção I, p. 162-3). Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2056_2013.pdf> Acesso em 05 Jul de 2017.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “**Convenção De Belém Do Pará**”. Belém do Pará, 09 de Junho 1994. Disponível em

<<http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso em 19 Abr 2017.

COSTA, R. G. da.; SILVERA, C. M. H.; MADEIRA, M. Z. de A. **Relações de Gênero e Poder: Tecendo Caminhos para a Desconstrução da Subordinação Feminina.** Ceará, 2012. Disponível em

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xwq4qkO-Y9oJ:www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/56/196+&cd=7&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em 04 Jun 2017.

CUNHA, B. M. da. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero.** UFPR. Paraná, 2014. Disponível em <http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%20A%20I%20barra-Cunha-classificado-em-7%20%20BA-lugar.pdf> Acesso em 16 Jun 2017.

DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA. **Conferência Mundial sobre Direitos Humanos.** Viena, 1993. Disponível em <<https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>> Acesso em 29 Maio 2017.

DICIONÁRIO do Aurélio Online. 2008 – 2017 Disponível em <https://dicionariodoaurelio.com/> Acesso em 11 Jun 2017.

FERNANDES, R. Por que as mulheres não denunciam seus agressores? Com a palavra, a sociedade. **Instituto Avante Brasil.** 2011. Disponível em <<http://institutoavantebrasil.com.br/por-que-as-mulheres-nao-denunciam-seus-agressores-com-a-palavra-a-sociedade/>> Acesso em 13 Jun 2017.

FILHO, E. M. de A. M. **“Inclusão” de travestis e transexuais através do nome social e mudança de prenome: diálogos iniciais com Karen Schwach e outras fontes.** Rev. Oralidades - Ano 6 n.11. 2012. Disponível em <http://diversitas.fflch.usp.br/files/5.%20MARANH%C3%83O%20FILHO,%20E.M.A.%20Inclus%C3%A3o%20de%20travestis%20e%20transexuais%20atrav%C3%A9s%20do%20nome%20social%20e%20mudan%C3%A7a%20de%20prenome%20-%20di%C3%A1logos%20iniciais%20com%20Karen%20Schwach%20e%20outras%20fontes_0.pdf> Acesso em 01 Jun 2017.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C.T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção

da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2):424-8. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm> Acesso em 16 Dez 2017.

FRENTE FEMINISTA USP. **Atendimento à mulher em situação de violência – informações.** São Paulo. Disponível em <<https://frentefeministausp.wordpress.com/contatos-uteis-e-informacoes/>> Acesso em 27 Jun 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª edição. São Paulo. Editora Atlas S.A. 2008. Disponível em <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>> Acesso em 06 Mai 2017.

KHOURI, J. N. **Considerações Sobre a Violência de Gênero e Violência Doméstica Contra a Mulher.** Publicado por Defensoria Pública de Mato Grosso, 2012. Disponível em <https://dp-mt.jusbrasil.com.br/noticias/3021506/artigo-consideracoes-sobre-a-violencia-de-genero-e-violencia-domestica-contra-a-mulher> Acesso em 13 Jun 2017.

LIMA, D. **Vivendo e Aprendendo Blog** - Maria da Penha. 07 de Ago. de 2015. Disponível em <<https://darlildo.wordpress.com/2015/08/07/maria-da-penha/>> Acesso em 30 Maio 2017.

LIMA, R. S. de. et al. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil.** São Paulo. 2017. Disponível em <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/03/relatorio-pesquisa-vs4.pdf>> Acesso em 04 Maio 2017.

MENDONÇA, R. Violência doméstica: 5 obstáculos que mulheres enfrentam para denunciar. **Rev. BBC Brasil.** Publicado em 10 Dez de 2015. São Paulo. Disponível em <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151209_obstaculos_violencia_a_mulher_rm> Acesso em 28 Jun 2017.

MIRANDA, C. S. B. da S.; SANTANA, R. G. de; CHAGAS, M. B. de A. A Importância da Educação Continuada dos Profissionais de Saúde no Atendimento Humanizado. **Revista CINTEDI.** Ed. Realize. V. 1, 2014, ISSN 2359-2915. Disponível em <http://editorarealize.com.br/revistas/cintedi/trabalhos/Modalidade_4datahora_14_11_2014_00_15_26_idinscrito_4893_090c5d7acc7fdfa7bbc088bfc22fef05.pdf> Acesso em 27 Ago 2017.

MOTA, M. D. de B.; FERNANDES, M. da P. M. Brasil – Femicídio ao vivo: o que nos clama Eloá. **Sapataria – Coletivo de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**

do DF. Brasília, 2008. Disponível em <<https://sapatariadf.wordpress.com/2008/10/20/brasil-feminicidio-ao-vivo-o-que-nos-clama-elo/>> Acesso em 25 Maio 2017.

MOTTER, J. **Eu não sou o meu corpo - O desrespeito à identidade de gênero no jornalismo brasileiro**. 2016. 202 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Disponível em <https://issuu.com/alyssavolpini/docs/eu_na_o_sou_o_meu_corpo_final_1f9a8d0878441b> Acesso em 07 Jun 2017.

NARLOCH, L. Como diminuir a diferença entre o salário de homens e mulheres? **Rev. Veja** 10 fev 2017, Publicado em 29 set 2015. Disponível em <<http://veja.abril.com.br/blog/cacador-de-mitos/como-diminuir-a-diferenca-entre-o-salario-de-homens-e-mulheres/>> Acesso em 10 Jun 2017.

NASCIMENTO, K. C. M. do.; MENDES, D.; SIQUEIRA, E. de L. **Direito a assistência à saúde da mulher em situação de prisão**. 2017. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/55761/direito-a-assistencia-a-saude-da-mulher-em-situacao-de-prisao>> Acesso em 23 Maio 2017.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 1, Nº 2, 1998. São Paulo. Disponível em <<file:///C:/Users/User/Downloads/download.pdf>> Acesso em 30 Mai 2017.

OLIVEIRA, A. P. de. **A Eficácia da Lei Maria da Penha no Combate à Violência Doméstica Contra a Mulher**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2015. Disponível em <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/851/1/Andressa%20Porto%20de%20Oliveira.pdf>> Acesso em 23 Nov 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. (1998). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília, 1998. BR/1998/PI/H/4 REV. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf> Acesso em 28 Maio 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Violência de gênero deve ser vista como uma forma de tortura, destacam relatores da ONU**. Publicado em 08/03/2016. Disponível em <https://nacoesunidas.org/violencia-de-genero-deve->

[ser-vista-como-uma-forma-de-tortura-destacam-relatores-da-onu/](#) Acesso em 13 Jun 2017.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Comissão Interamericana de Direitos Humanos** (2000). Relatório n° 54/01. Caso 12.051: Maria da Penha Maia Fernandes. 4.abr.2001. Disponível em <<https://www.cidh.oas.org/annualrep/2000port/12051.htm>> Acesso em 28 de Maio 2017.

OSHIKATA, C. T. **Violência Sexual: dos Primórdios ao Atendimento Inicial e Acompanhamento Ambulatorial**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO). São Paulo. 2017. Disponível em <<https://www.febraso.org.br/noticias/item/132-violencia-sexual-dos-primordios-ao-atendimento-inicial-e-acompanhamento-ambulatorial>> Acesso em 19 Jul 2017.

PASSOS, L. Tornando-se nosso gênero: a criança e seu duplo. **Blog Ensaios de Gênero**. Disponível em <https://ensaiosdegenero.wordpress.com/2012/03/24/tornando-se-nosso-genero-a-crianca-e-seu-duplo/> Acesso em 28 Abr 2017.

PINAFI, T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. **Rev. Eletrônica do Arquivo do Estado**. Ed n°.2. São Paulo, Abril/Maio 2007. Disponível em <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/>> Acesso em 28 Mai 2017.

PIMENTEL, S. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher** – CEDAW. ONU. 2013. Disponível em http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf Acesso em 28 Maio de 2017.

PODER JUDICIÁRIO DA UNIÃO - Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (online). **Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra Mulher**. Brasília. 2006. Disponível em <http://www.tjdft.jus.br/aceso-rapido/informacoes/perguntas-mais-frequentes/juizado-de-violencia-domestica-e-familiar-contra-mulher> Acesso em 09 Jan 2018.

PRAUN, A. G. Sexualidade, Gênero e Suas Relações de Poder. **Revista Húmus** - ISSN: 2236-4358 Jan/Fev/Mar/Abr. 2011. N° 1. Disponível em <<file:///C:/Users/User/Downloads/1641-5693-1-PB.pdf>> Acesso em 05 Jun 2017.

RANGEL, C. E. de A.; Wenczenovicz, T. J. Gênero e Violência: Interfaces com as Políticas Públicas no Estado do Rio Grande Do Sul e Rio de Janeiro. **Rev.**

Barbarói, Santa Cruz do Sul. Edição Especial n.47, p.144-161. 2016. Disponível em <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/9581/6008>> Acesso em 26 Maio 2017.

REDE BRASIL ATUAL. Lei Maria da Penha reduz, mas violência contra a mulher está longe do fim. **Redação RBA**. Publicado em 14 de Março de 2016. Disponível em < <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2016/03/em-quase-dez-anos-lei-maria-da-penha-contribuiu-para-reduzir-a-violencia-contr-a-mulher-418.html>> Acesso em 25 Mai 2017.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública** 2007;41(3):472-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf> Acesso em 01 Jul 2017.

SANTINON, E. P. et al. Direitos humanos: classificação dos tipos de violência contra a mulher e diplomas legais de amparo e prevenção. **Rev. Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 104, set 2012. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12273> Acesso em 16 Jun 2017.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Rev. E.I.A.L.** Estudos Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, da Universidade de Tel Aviv, 2005. Disponível em <<http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>> Acesso em 13 Jun 2017.

SANTOS, J. A. dos. **Desigualdade Social e o Conceito de Gênero**. Juiz de Fora, 2010. Disponível em <http://www.ufjf.br/virtu/files/2010/05/artigo-3a7.pdf> Acesso em 06 Jun 2017.

SCOTT, J. **Gênero: Uma Categoria Útil Para Análise Histórica**. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Nova York, Columbia University Press. 1989. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1840746/mod_resource/content/0/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf Acesso em 03 Jun 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Governo do Estado Paraná. **Anexo violência contra a mulher – Maria da Penha**. Módulo II: Gênero. Unidade II. Texto IV – Violência de Gênero. 2015. Disponível em <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/formacao_acao/2semestre_2015/anexo_violencia_contra_a_mulher_maria_da_penha.pdf> Acesso em 16 Jun 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura de Colombo. **Protocolo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência: Programa Mulher Cidadã.** Colombo – PR. 2012. Disponível em <<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/6-PROTOCOLO-DA-REDE-DE-ATENDIMENTO-A-MULHER-EM-VIOLENCIA-MULHER-CIDADA-VERSAO-2012.PDF>> Acesso em 01 Jul 2017.

SILVA, C. da. **A Desigualdade Imposta Pelos Papeis de Homem E Mulher: uma Possibilidade de Construção da Igualdade de Gênero.** São Paulo, 2011. Disponível em http://www.unifia.edu.br/projetorevista/artigos/direito/20121/desigualdade_imposta.pdf Acesso em 03 Jun 2017.

SILVA, G. C. C. da et al. A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.65-76, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200006> Acesso em 01 Jun 2017.

SILVA, J. A. M. da; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on line), V. 09, n. 02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em < <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm> > Acesso em 28 Ago 2017.

SOUZA, V. P. de. **Violência doméstica, qual a causa, conceito de violência, a violência no Brasil, violência contra a mulher, perfil do agressor, das vítimas, lei Maria da Penha...** Portal Geledés - Instituto da Mulher Negra. 2014. Disponível em <https://www.geledes.org.br/violencia-domestica-e-familiar-contra-mulher-lei-maria-da-penha-uma-analise-juridica/#gs.WTQ4t68> Acesso em 28 Jun 2017.

VICENTIM, A. A trajetória jurídica internacional até formação da lei brasileira no caso Maria da Penha. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 80, set 2010. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8267 > Acesso em 26 Jun 2017.

WAISELFIZ, J. J. **Mapa da Violência 2014 - Juventude viva: os jovens do Brasil. 2014.** Brasília: Secretaria - Geral da Presidência da República/SNJ/SEPPIR, 2014. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf Acesso em 01 Maio 2017.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO I – Ficha de Notificação usada na Unidade de Pronto Atendimento em atendimentos que envolvam qualquer tipo de violência.



REGISTRO DE ATENDIMENTO DE PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA

Data da Ocorrência ____/____/____ Nome: _____
 Escolaridade: _____ Raça/cor: _____

Tipo de Violência (marque com x a(s) situação (ões) apresentada(s))

Física Tráfico de seres humanos Outros _____
 Psicológica/Moral Financeira/Econômica _____
 Tortura Negligência/Abandono _____
 Sexual Trabalho infantil _____

Meios de agressão (marque com x a(s) opção (ões) que se aplicou(m))

Força corporal/ espancamento Obj. perfuro-cortante Outros _____
 Enforcamento Substância/ Obj. quente _____
 Arma de fogo Envenenamento _____
 Ameaça Obj. contundente _____

Violência de Repetição (marque com x a situação apresentada)

Sim Não Ignorado. Se sim, início há _____ anos

Acompanhado (a) pela Polícia Militar? (marque com x a situação apresentada) Sim Não.

Local da Ocorrência (marque com x a situação apresentada)

Residência Local de prática esportiva Comércio/serviços
 Habitação coletiva Bar ou similar Indústrias/construção
 Escola Via pública _____

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Se violência sexual, qual (is) procedimento(s) realizado(s)?

Profilaxia DST Contracepção de emergência Profilaxia do Tétano
 Profilaxia HIV Profilaxia Hepatite B _____

No atendimento a vítima de violência sexual, o agressor estava presente no momento do atendimento? Sim Não.

Se sim, realizado teste rápido HIV, hepatites, sífilis no mesmo? Sim Não.

Encaminhamentos (marque com x a situação apresentada)

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Viva vida
 Conselho Tutelar Delegacias
 Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Polícia Militar

Assinatura/carimbo do responsável pelo atendimento: _____

Fonte: Vigilância Epidemiológica do Município de Lavras/MG

ANEXO II - Ficha de notificação indicada pelo Ministério da Saúde

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL Nº _____	
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS			
Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.095 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.			
Dados Gerais			
1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
5 Data da Ocorrência do Evento		6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)	
7 Nome			8 Data de Nascimento
9 Idade		10 Sexo	11 Gestante
1 - Hom 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorado 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
12 Cor		13 Escolaridade	
1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado		
14 Ocupação		15 Situação conjugal	
		1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado	
16 Relações sexuais		17 Possui algum tipo de deficiência?	
1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado Física Visual Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva		
18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe	
Dados de Residência			
20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência
23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Número
25 Complemento (apto. casa, ...)		26 Ponto de Referência	
28 (DDD) Telefone		29 Zona	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado	
		30 País (se residente fora do Brasil)	
31 Local de ocorrência			
01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado			
32 UF		33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência
35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número
			37 Complemento (apto., casa, ...)
38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?	
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
		40 A lesão foi autoprovocada?	
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
41 Meio de agressão		42 Tipo de violências	
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
Arma branca Entorcimento/sufocação Arma de fogo Cuiemadura Objeto contundente Cuiemadura Força corporal Outros		Física Sexual Tortura Psicológica / Moral Tráfico de seres humanos Patrimonial Negligência/ Abandono Trabalho infantil Outros	
Dados da Ocorrência			

Violença Sexual	43) Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		44) Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor		<input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	
Dados do provável autor da agressão	45) Número de envolvidos	46) Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		47) Sexo do provável autor da agressão
	<input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge		<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____
Em casos de violência sexual	49) Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
Evolução e encaminhamento	50) Procedimento Indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B			
Evolução e encaminhamento	51) Evolução do Caso		52) Se óbito pela agressão, data	
	<input type="checkbox"/> 1 - Alta <input type="checkbox"/> 2 - Encaminhamento ambulatorial <input type="checkbox"/> 3 - Encaminhamento hospitalar <input type="checkbox"/> 4 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 5 - Óbito pela agressão <input type="checkbox"/> 6 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> _____	
Evolução e encaminhamento	53) Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela			
Evolução e encaminhamento	54) Circunstância da lesão (confirmada)		55) Classificação final	
	CID 10 _____		<input type="checkbox"/> 1 - Suspeito <input type="checkbox"/> 2 - Confirmado <input type="checkbox"/> 3 - Descartado	
Informações complementares e observações				
TELEFONES ÚTEIS				
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome		Assinatura	
		Função		

100@ocias.doméstica_sexual_e_outras_viol@ocias_internacionais

SVS 28/05/2006

Fonte: Ministério da Saúde