

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

TATIANA LEMONIE MACHADO

**A REDE REGIONALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: INDICATIVOS SOBRE AS VÍTIMAS ATENDIDAS NA GRANDE
FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis

2012/1

TATIANA LEMONIE MACHADO

**A REDE REGIONALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: INDICATIVOS SOBRE AS VÍTIMAS ATENDIDAS NA GRANDE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

**Orientadora: Profa. Dra. Keli Regina Dal
Prá.**

Florianópolis

2012/1

TATIANA LEMONIE MACHADO

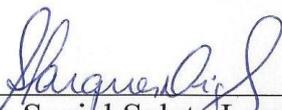
**A REDE REGIONALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: INDICATIVOS SOBRE AS VÍTIMAS ATENDIDAS NA GRANDE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado atendendo às normas da lei vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social em 07 de agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA



Profª Dra. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social - UFSC
Presidente



Assistente Social Salette Laureci Marques Dias
Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes
1ª Examinadora



Profª Mestre Renata Nunes
Departamento de Serviço Social - UFSC
2ª Examinadora

Florianópolis, agosto de 2012

DEDICATÓRIA

*A meus pais e meu esposo,
pelo incentivo, amor e carinho.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por minha vida e pela oportunidade de estudar em uma Universidade pública e gratuita, e principalmente por ter me dado forças para concluir o curso de graduação em Serviço Social, apesar de tantas dificuldades, desafios e momentos de desânimo.

Agradeço também aos que estiveram comigo durante essa longa caminhada que durou mais do que o esperado, mas chegou ao fim.

À minha amada mãe, que esteve comigo nos momentos mais difíceis, respeitando minhas decisões e acreditando em minhas potencialidades. Nunca esquecerei das inúmeras vezes que cheguei em casa e ela me esperava com minha comida preferida bem quentinha. Principalmente quando chegava de moto toda molhada e uma canja me esperava na mesa. Quantas lembranças carregarei para sempre em minha memória e em meu coração.

Ao meu amado esposo, que entrou na minha vida no meio da caminhada acadêmica e soube respeitar meus momentos de ausência e me apoiando em minhas decisões. Esta conquista também é sua meu amor!

Às minhas queridas amigas do curso, Daniela, Camila, Paula e Paola, com quem passei os melhores momentos durante a academia. Quantas risadas, choros, dúvidas, inseguranças e comidinhas que não podiam faltar. Foi com elas que aprendi a comer a perdição do Sushi.

À minha grande amiga e Assistente Social Fabiana pelo ombro amigo na hora da indecisão e insegurança em escolher o tema do TCC. Apesar de um pouco distantes, você estará para sempre no meu coração, afinal, o que é verdadeiro nunca se acaba. Assim é nossa amizade.

À minha supervisora de estágio Salete pela acolhida, por dividir comigo seus conhecimentos e por seu profissionalismo. Foi com ela, durante as intervenções no campo de estágio que percebi a profissional que quero ser e me espelharei em muitas de suas atitudes.

Aos profissionais do Setor de Serviço Social do HRSJHMG pelo carinho com que me receberam e me trataram durante o estágio na Instituição.

À minha querida orientadora Keli Regina Dal Prá, por ter aceitado o convite em orientar o meu Trabalho de Conclusão de Curso, por seu carinho, por partilhar comigo seus conhecimentos e por entender meus limites e dificuldades. Serei eternamente grata.

Enfim, a todos que contribuíram durante minha caminhada acadêmica, muito obrigada.

Felicidade

Em matéria de felicidade convém não esquecer que nos transformamos sempre naquilo que amamos.

Quem se aceita como é, doando de si à vida o melhor que tem, caminha mais facilmente para ser feliz como espera ser.

A nossa felicidade será naturalmente proporcional em relação à felicidade que fizermos para os outros.

A alegria do próximo começa muitas vezes no sorriso que você lhe queira dar.

A felicidade pode exibir-se, passear, falar e comunicar-se na vida externa, mas reside com endereço exato na consciência tranqüila.

Se você aspira a ser feliz e traz ainda consigo determinados complexos de culpa, comece a desejar a própria libertação, abraçando no trabalho em favor dos semelhantes o processo de reparação desse ou daquele dano que você haja causado em prejuízo de alguém.

Estude a si mesmo, observando que o auto-conhecimento traz humildade e sem humildade é impossível ser feliz.

Amor é a força da vida e trabalho vinculado ao amor é a usina geradora da felicidade.

Se você parar de se lamentar, notará que a felicidade está chamando o seu coração para vida nova.

Quando o céu estiver em cinza, a derramar-se em chuva, medite na colheita farta que chegará do campo e na beleza das flores que surgirão no jardim.

ANDRÉ LUIZ

(Do livro "Sinal Verde", 26, FCXavier, CEC)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) aborda o tema da violência sexual a partir do objetivo geral de caracterizar o perfil das vítimas atendidas pelo Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis a partir da sistematização dos dados estatísticos dos atendimentos realizados no período de agosto de 2007 a outubro de 2011. Este programa é responsável pelo atendimento de saúde às vítimas de violência sexual e está inserido na Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis, que é uma política de execução da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 1999. Esta política tem como objetivo o atendimento às vítimas de violência sexual, envolvendo e integrando as áreas da saúde, justiça, atendimento social e psicológico. A motivação para discutir a questão da violência sexual ocorreu a partir da experiência de estágio curricular obrigatório I e II, realizado no Setor de Serviço Social do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes. Metodologicamente o trabalho foi desenvolvido a partir de uma pesquisa documental nas planilhas do Setor de Serviço Social que possui as variáveis retiradas das fichas de atendimento do programa, onde foi caracterizado o perfil das vítimas atendidas no período de agosto de 2007 a outubro de 2011, contemplando 94 atendimentos. Tematiza-se a violência, que é a dominação de uma pessoa sobre a outra, tratando a segunda como coisa, como objeto, ela ocorre no âmbito domiciliar, nas escolas, no trabalho, entre outros espaços e atinge pessoas de todas as idades e classes. Em seguida faz-se uma explanação sobre a temática violência doméstica, bem como as suas manifestações, como a violência física; a psicológica; a negligência e a violência sexual, que ocorre quando uma pessoa em relação de poder obriga uma outra a práticas sexuais contra a vontade, violando a liberdade sexual desta. Posteriormente apresenta a Rede de Atendimento Regionalizado às Vítimas de Violência Sexual da grande Florianópolis e a implantação do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis. Com a pesquisa foi possível traçar o perfil das vítimas atendidas pelo programa e como principais características identificadas destacamos: a ocorrência da violência sexual prevalecente entre as vítimas mulheres, sendo que as crianças e adolescentes foram mais violentadas que as mulheres adultas. As crianças e adolescentes foram em sua magnitude violentadas dentro de sua própria casa, e tiveram como agressores os amigos e conhecidos das vítimas e suas famílias. Já entre as vítimas adultas, a violência ocorreu em grande maioria em espaços públicos e os agressores foram pessoas desconhecidas.

Palavras-chave: Violência Sexual, Saúde, Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis	41
Figura 2: Fluxograma da Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis.....	42
Figura 3: Fluxograma da Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de atendimentos por ano	48
Tabela 2: Número de atendimentos por município.....	49
Tabela 3: Número de habitantes por município	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipos de Violência	50
Gráfico 2: Ocorrência de Penetração	51
Gráfico 3: Meio de Agressão	51
Gráfico 4: Uso de Álcool ou Drogas pelo Agressor	53
Gráfico 5: Número de Vítimas de Acordo com o Sexo	54
Gráfico 6: Idade das Vítimas	55
Gráfico 7: Idade das Vítimas	55
Gráfico 8: Vítimas Crianças e Adolescentes x Local de Ocorrência	55
Gráfico 9: Vítimas Crianças e Adolescentes x Vínculo com o Agressor	56
Gráfico 10: Vítimas Adultas x Local de Ocorrência	57
Gráfico 11: Vítimas Adultas x Vínculo com o Agressor	57
Gráfico 12: Ocorreu Outras Vezes	59
Gráfico 13: Profilaxia	60
Gráfico 14: Encaminhamentos para Rede	61
Gráfico 15: Municípios de Ocorrência	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
SEÇÃO I	
2. CONHECENDO O FENÔMENO VIOLÊNCIA	16
2.1 AS VARIAÇÕES DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	22
2.1.1 Violência Doméstica.....	22
2.1.2 Violência contra as Mulheres	25
2.1.3 Violência contra As Crianças e Adolescentes	28
2.1.4 Violência contra os Idosos	31
2.2 A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA AS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES	33
SEÇÃO II	
3. A REDE REGIONALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS – UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	37
3.1 ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PROGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HRSJHMG.....	47
3.1.1 Metodologia da Pesquisa	47
3.1.2 Análise dos atendimentos realizados pelo Programa de Atenção às vítimas de violência sexual da Grande Florianópolis entre agosto de 2007 e novembro de 2011	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXO.....	72
ANEXO A – Ficha de atendimento do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, padronizada pelo Ministério da Saúde	73
ANEXO B – Planilha do Serviço Social com variáveis para coleta dos dados da ficha de atendimento	75

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é fruto da experiência de estágio curricular obrigatório I e II realizado no período de março a dezembro de 2011 no Setor de Serviço Social do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), com atuação na Emergência Geral e no Plantão Social.

Neste espaço institucional houve aproximação com o tema da Violência Sexual através do conhecimento da Rede Regionalizada de Atendimento Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis. Esta Rede é uma política de execução da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 1999.

Em resposta às manifestações e reivindicações em prol das mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual no que se refere às políticas de atendimento que garantissem o direito a saúde, justiça e cidadania, a partir de 1995 durante a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/Organização das Nações Unidas (ONU) iniciaram as manifestações para criação de uma norma que obrigassem os municípios a criar uma rede de atendimento à vítima de violência sexual.

O Ministério da Saúde em 1999 criou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes a qual forneceu subsídio técnico aos municípios para a estruturação e implementação de uma rede de atendimento às vítimas de violência sexual (MS, 2002). A Rede Regionalizada está em vigor desde agosto de 2007 e abrange 22 municípios da Grande Florianópolis, integrando as áreas de saúde (HRSJHMG), segurança (delegacias de polícia e Instituto Médico Legal - IML), jurídica e atendimento psicossocial (Centro de Atendimento às Vítimas de Crime – CEVIC e Conselho Tutelar).

O HRSJHMG é a instituição onde funciona o Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis, sendo responsável pelo atendimento de saúde; registro do atendimento em formulário padronizado; orientação para prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis; hepatite B; contracepção de emergência; aborto previsto em lei; acionamento da polícia quando necessário e encaminhamento para atendimento psicossocial e jurídico.

Os atendimentos são registrados em prontuários e fichas de notificação, ambos individuais. Estas fichas possuem as informações sobre a violência (município de ocorrência, vínculo do agressor, local de ocorrência, quantidade de envolvidos, etc).

Durante o estágio houve aproximação com o tema, através da participação de atendimentos junto com a supervisora de campo (coordenadora do programa) e a organização do material didático e de atendimento das vítimas (livros, informativos, kits para atendimento, fichas de notificação, etc). Criamos um arquivo para armazenamento de todo este material, inclusive as fichas de notificação que foram separadas por meses de ocorrência. Existia um documento do setor para coleta dos dados das fichas sem identificar a vítima e posteriormente levantar os dados estatísticos dos atendimentos. Atualizamos este documento com as variáveis que consideramos importantes e o disponibilizamos em forma de planilha no computador do Setor de Serviço Social separados por anos e meses.

No período de agosto de 2007 e novembro de 2011, o programa prestou atendimento de saúde a 94 vítimas de violência sexual de todas as idades e independente do sexo. O tema da violência sexual presente no cotidiano de estágio suscitou a necessidade de adquirir conhecimento teórico-metodológico para posteriormente desenvolver as intervenções. Na academia não existe dentro da grade curricular uma disciplina que o desenvolva, somente a disciplina optativa de gênero se aproxima do tema. No entanto, é necessária a capacitação para tratar a violência sexual, preparando o profissional para desenvolver com qualidade as intervenções necessárias a esta demanda.

Diante do exposto, foi a partir da prática de estágio que foi manifestado o interesse em desenvolver o TCC caracterizando o perfil das vítimas atendidas pelo programa a partir da sistematização dos dados estatísticos dos atendimentos realizados. Esta será uma oportunidade de apreender sobre este fenômeno social que recentemente passou a receber visibilidade e se tornou área de planejamento e atuação das políticas sociais.

As fichas elaboradas/atualizadas pela autora serão analisadas pela primeira vez pelo Serviço Social da instituição e disponibilizará dados estatísticos relevantes para o município e para o HRSJHMG do serviço disponibilizado, pois será identificado o município de maior ocorrência, faixa etária e sexo da vítima, vínculo com o agressor, etc. Mediante tais dados os municípios poderão criar e/ou intensificar as políticas de prevenção.

Com o intuito de colaborar com a discussão, o estudo aqui apresentado tem como objetivo geral caracterizar o perfil das vítimas atendidas pelo serviço do HRSJHMG durante o período de agosto de 2007 a outubro de 2011. Este período compreende quatro anos de

implantação do programa e o material foi objeto de estudo da autora durante o estágio obrigatório I e II.

Os dados foram obtidos através da planilha desenvolvida pelo Setor de Serviço Social com variáveis colhidas das fichas padronizadas de atendimento das vítimas atendidas pelo programa.

No entanto, para utilização de tais dados, houve a autorização da chefia do Setor de Serviço Social e da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, que consentiu o uso das planilhas do Serviço Social sem necessidade de apresentar o projeto de pesquisa por se tratar de documento do setor com dados já colhidos.

O referido estudo tem como metodologia a pesquisa documental, ainda sem tratamento analítico (GIL, 1999) e de natureza quantitativa-descritiva, pois faremos uma pesquisa empírica de um programa (MARCONI; LAKATOS, 1996).

Diante disso, o referido trabalho estrutura-se em duas seções. A primeira seção descreve a questão da violência, suas formas de manifestação, suas principais vítimas e trata a violência sexual como sua manifestação mais severa.

A violência para Chauí (1985, *apud* CARVALHO, 2011, p.13) é a “conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão, e também como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa”. Ela atinge pessoas de todas as idades e sexos e ocorre em diversos âmbitos, como o domiciliar, a escola, a comunidade, entre outros.

Neste sentido, através de suas várias manifestações que serão trabalhadas nesta pesquisa, ela vem assolando a humanidade ao longo dos séculos e era legitimada principalmente no âmbito familiar, onde as mulheres e os filhos eram “propriedade” do homem e o deviam respeito e obediência, pois a ele cabia o direito sobre todos que viviam sob seu teto. Toda violência perpetrada no ambiente domiciliar era tratada como privado à família e o Estado não intervia (PINTO, 2003).

A manifestação da violência a ser trabalhada com mais ênfase nesta pesquisa é a violência sexual, que ocorre quando são violadas a vontade, a sexualidade, a integridade psíquica e corporal de uma pessoa e estas são submetidas a vontade do agressor (MS, 2002a).

A área da saúde vem abordando a violência sexual devido os agravos à saúde, como doenças sexualmente transmissíveis, lesões, alterações comportamentais, disfunção sexual, gravidez indesejada, etc. Muitos destes agravos acompanharão a vítima por toda a vida.

Considerando este contexto e as manifestações já citadas anteriormente, é que o Ministério da Saúde em 1999 criou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos

Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a qual contextualizaremos também no decorrer deste trabalho.

Na segunda seção trataremos da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis como uma política pública voltada para esta demanda.

Posteriormente caracterizaremos o perfil das vítimas atendidas pelo Programa de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG através de tabelas e gráficos e posteriormente análise dos dados obtidos.

Ao final serão apresentadas as considerações finais com possíveis contribuições e sugestões elaboradas a partir da análise, as referências e os anexos.

SEÇÃO I

2. CONHECENDO O FENÔMENO VIOLÊNCIA

A violência é entendida como um fenômeno histórico e associado aos aspectos políticos, econômicos e culturais. Ela constitui “no uso da força física ou do poder, real ou da ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p.5).

Neste sentido, a violência pode ser vista como a imposição de poder persuasivo de um indivíduo sobre outro, é uma situação de controle, na qual uma pessoa é submetida à outra, seja pelo uso de força física ou com sujeição psicológica.

De acordo com Guerra (2001, p.31),

A violência é uma forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelos quais os homens produzem suas condições sociais de existência. Sob esta óptica, a violência expressa padrões vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico. A compreensão de sua fenomenologia não pode prescindir da referência aos sujeitos que a fomentam enquanto experiência social. Ao mesmo tempo em que ela expressa relações entre as classes sociais, expressa também relações interpessoais [...] está presente nas relações intersubjetivas que se verificam entre homens e mulheres, entre adultos e crianças, entre profissionais de categoria distintas. Seu resultado mais visível é a conversão de sujeitos em objetos, em coisificação.

Sendo assim, enquanto relação social, a violência sempre esteve presente na dinâmica estabelecida entre os homens, entretanto, não se deve admiti-la como parte inevitável de condição humana, pois os danos à vida do violentado podem ser irreversíveis.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS, 2008, p.6), a violência pode ser dividida em:

- violência auto-infligida (suicídios);
- violência/acidentes no trânsito;
- violência interpessoal (no âmbito domiciliar, comunitário e coletivo; de natureza física, psicológica, sexual ou envolvendo abandono e negligência; envolvendo gênero e grupos etários mais vulneráveis).

Neste mesmo contexto, Schreiner (2008, p.31) define a violência como:

- violência interpessoal - é o termo utilizado para definir a violência entre pessoas conhecidas;
- violência doméstica é a que ocorre dentro de casa, entre pessoas que coabitam, independente de laços de sangue;
- violência intrafamiliar são relações violentas entre membros da própria família, mas podem ocorrer fora do espaço doméstico.

Consideramos a definição do Conselho Nacional de Secretários da Saúde a mais completa e adequada ao conteúdo deste trabalho, pois abrange o que apresentaremos mais a frente, que a violência interpessoal pode ocorrer no meio coletivo, onde o agressor pode ou não ser conhecido da vítima, e também no âmbito domiciliar, onde ela ocorre entre pessoas que possuem laços de sangue ou afetividade, mas que não necessariamente coabitam.

Já Silva (2005), de forma ampla, apresenta a violência dividida em Violência Urbana, aquela que ocorre no meio urbano e os envolvidos não possuem laços afetivos e Violência Doméstica onde existem ou já existiram laços afetivos sexuais entre os envolvidos.

Independente de suas manifestações, a violência afeta a vida dos sujeitos, conforme afirma Nunes (2011, p.38),

Diversas expressões da violência afetam a vida dos sujeitos, seja por meio de suas manifestações no contexto urbano ou no campo privado familiar, seja contra determinados seguimentos geracionais, motivada por questões de gênero ou contra determinadas etnias.

Neste sentido, Agudelo (1990 *apud* MINAYO, 1994, p.9) afirma que a violência “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”.

Portanto, em grande parte de suas manifestações, a violência afeta também a saúde, que para Minayo,

Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (1986 *apud* FURLANETTO, 2007, p.26).

Todas as manifestações da violência ferem o direito previsto no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 onde define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2007, p.131).

Ela se expressa em todos os níveis sociais, atingindo crianças, adolescentes, homens, mulheres, idosos, incapacitados e outros, “sendo uma ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral” (SAFFIOTE, 2004, p.17).

Apesar de sua magnitude,

No campo da saúde, o debate da violência só encontra espaço no final dos anos de 1970 sendo sua inserção fundamentada pelo aumento, nas Américas, de traumas e mortes decorrentes de causas violentas. Nessa época, o tema começa a ganhar prioridade na agenda dos organismos internacionais envolvidos com a saúde como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tendo como justificativa que a violência, diante do número de mortes e a magnitude das sequelas orgânicas e emocionais que desencadeia, se converteu em problema de saúde pública em vários países (FURLANETTO, 2007, p.9).

Neste sentido, desde 1993 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS reconhecem na violência um problema de saúde pública em todo o mundo, pois afeta a saúde individual e coletiva dos indivíduos. No entanto, ainda é frequentemente abordado como um assunto restrito à segurança pública, devido suas formas mais graves, como homicídios, violência no trânsito, suicídios entre outros.

Juntamente com os acidentes, a violência é considerada como causadora externa de morte, e para o Ministério da Saúde (2008, p.12),

No Brasil, como em vários países, estão entre os mais importantes problemas de saúde pública e as lesões delas decorrentes são classificadas segundo a intenção do ato. Lesões não intencionais (acidentes), por acidentes de transporte, afogamento, queda, queimadura, e outros. Lesões intencionais (associadas à violência), por agressão, autoprovocadas, maus-tratos, negligência e abandono, e outros.

Estes diminuem a expectativa e a qualidade de vida de indivíduos de qualquer idade, devido às consequências e marcas que o acompanharão possivelmente por toda a vida, que incluem lesões; traumas; incapacitação temporária ou permanente e até a morte.

As violências que no passado eram observadas nas capitais e grandes municípios, hoje ocorrem também no interior. A população passou a viver sob o medo e cada vez mais

enclausurada, muitas vezes evitando o lazer fora de seu domicílio, como passeios ao ar livre, cinemas, restaurantes, casas noturnas, etc. Já as moradias costumam ter cercas elétricas, muros altos e alarmes, sempre na busca de proteção e segurança privada.

Neste sentido,

O tema da violência assume grande importância para a saúde pública em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva. As violências e os acidentes têm induzido um grande incremento na morbimortalidade, notadamente nos últimos anos. Sua presença, cada vez maior, tem contribuído para a diminuição da expectativa e qualidade de vida, principalmente dos adolescentes e jovens, além do aumento dos cuidados e custos decorrentes para a Saúde e a Previdência, o absenteísmo no trabalho e na escola e a desestruturação familiar e pessoal (OMS, 2008, p.8).

Para Silva (2005, p.16),

Testemunhou-se um aumento considerável no nível de violência ao longo das últimas décadas. Esta alcançou proporções epidêmicas e se tornou um dos problemas de saúde pública mais sérios a se enfrentar, principalmente na região das Américas. Em 1993, só na América Latina e no Caribe, foram registradas 465.000 mortes devido a atos violentos, o que equivale a aproximadamente 1.250 mortes por dia. Na realidade, a taxa de mortalidade por causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e outros danos) começou a afetar significativamente a taxa de mortalidade geral. A situação está alarmante particularmente entre os adolescentes e jovens.

O serviço de saúde é a principal porta de entrada destas causas externas, registrando mais de 700 mil internações por ano decorrente delas. De acordo com os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)¹, entre os meses de janeiro a março de 2012, foram 226.033 internações hospitalares por causas externas (18.496 na região norte; 49.104 na região nordeste; 99.588 na região sudeste; 39.282 na região sul e 19.563 na região centro-oeste). Destas internações, 9.822 foram em Santa Catarina (MS, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2010b, p.15) “[...] esses agravos representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos”. As causas externas foram responsáveis por 2.824.093 óbitos entre 1980 e 2006, totalizando um aumento de 78% entre o início e fim deste período (MS, 2010). Só na década de noventa, foram mais de um milhão de mortes.

¹ A partir de 2011 o DATASUS, com objetivo de democratizar as informações, passou a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, conforme Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011 que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.

Conforme os dados do DATASUS, no ano de 2010, foram 143.256 óbitos no Brasil (12.415 na região norte; 42.976 na região nordeste; 54.820 na região sudeste; 20.907 na região sul e 12.138 na região centro-oeste). Destas mortes por causas externas, 4.115 foram em Santa Catarina (MS, 2012).

Os custos aos cofres públicos são exorbitantes, pois há aumento de pacientes atendidos nas unidades de urgência/emergência e também assistência e reabilitação, já que as sequelas podem ser temporárias ou permanentes.

Como consequência do aumento destas ocorrências, e a gravidade da questão, desde 2004 - a partir da publicação da Portaria MS/GM nº. 936 de maio de 2004, que dispõe sobre a “Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios”, começa a ser instituída pelo Ministério da Saúde,

A Rede de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, através da implantação de Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, constando entre duas atividades a implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estaduais e nacional de atenção integral para populações estratégicas (CONASS, 2008, p.13).

Nesta mesma perspectiva, em março de 2006 foi publicada a Portaria GM/MS nº 687, a qual aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, e possui como propostas para prevenção da violência e estímulo à cultura da paz:

- Ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- Implementar a ficha de notificação de violência interpessoal (incorporando em uma única ficha todas as formas de violência interpessoal);
- Monitorar e avaliar os Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações (cuja elaboração também seria incentivada);
- Implantar os Serviços Sentinela, que seriam responsáveis pela notificação dos casos de violências (CONASS, 2008, p.14).

Neste sentido, também em 2006 o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é composto por dois componentes com fichas de notificação distintas, que possibilitam a análise dos dados separadamente:

Vigilância contínua - captura de dados de violência doméstica, sexual e outras formas de violência notificadas em serviços de referência;

Vigilância pontual-inquérito - com base em informações sobre atendimentos por acidentes e violências notificados por unidades de urgência e emergência (MS, 2008, p.12).

As notificações de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos é obrigatória, e serve de base para que todas as esferas do Estado saibam quais as violências mais frequentes, quem são os agressores, quais os municípios de ocorrência, etc. Mediante tais dados, é possível o planejamento de políticas públicas para o enfrentamento e eliminação de todas as formas de violência contra o ser humano.

Na publicação do Ministério da Saúde (MS, 2010) referente ao inquérito VIVA realizada em 2009, os dados apresentados foram dos atendimentos por violências e acidentes de 74 serviços sentinelas de urgência e emergência, durante os anos de 2008 e 2009, distribuídos em 23 capitais² e o Distrito Federal.

Ao total foram 39.665 atendimentos, sendo que 89,9% foram devido a causas acidentais, e 10,1% resultantes de todos os tipos de violência. Os homens foram vítimas em 64,2% dos acidentes e 71,1% das violências. A faixa etária de 20 a 29 anos (22,9%), e de 0 a 9 anos (18,6%) foram as mais acometidas por acidentes. Entre as vítimas de violências, foram mais acometidas as faixas entre 20 a 29 anos (34,8%) e de 30 a 39 anos (20,6%) (MS, 2010).

Entre os 10,1 % (4.012 casos) dos atendimentos resultantes de violência, 72,6% (2.915 casos) ocorreram entre homens, e a maioria ocorreu entre adolescentes e adultos jovens. Entre 20 a 29 anos somam 36,5%, seguidas das de 30 a 39 anos (20,6%) e de 10 a 19 anos (17,9%). Já no sexo feminino, a maior proporção de atendimentos foi na faixa etária de 20 a 29 anos, que somam 30,7%, seguidas das de 10 a 19 anos (20,6%) e de 30 a 39 anos (20,5%) (MS, 2010).

Entre as várias formas de violência, aprofundaremos neste trabalho a violência interpessoal (no âmbito domiciliar, comunitário e coletivo), abrangendo a natureza sexual. Ou seja, trataremos da violência sexual em seus vários espaços de ocorrência, seja na família, ou na comunidade. Esta é uma das classificações da violência que ocorre em municípios de grande e pequeno porte, deixando de ser observada só nas capitais e grandes municípios. Portanto, quando citado violência sexual na comunidade, estarão inclusos os municípios em geral.

² Aracajú, Brasília, Belém, Belo Horizonte, Boa Vista, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Macapá, Maceió, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Rio Branco, Rio de Janeiro, Recife, Salvador, São Luís, Teresina e Vitória.

2.1 AS VARIAÇÕES DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

A violência interpessoal, de acordo com o CONASS (2008) e de acordo com Dominguez e Machado (2010) pode ocorrer no âmbito domiciliar, comunitário e coletivo. Historicamente o uso da violência foi exercido sob todas as suas formas, como a física, a psicológica, a sexual e a negligência.

2.1.1 Violência Doméstica

A violência doméstica ocorre no âmbito familiar, entre as pessoas com vínculo afetivo, que possuam ou não laços consanguíneos, incluindo empregados, amigos, pessoas que convivem esporadicamente, etc.

A violência intrafamiliar ocorre no espaço doméstico e é definida como:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder a outra (MS, 2002, p.15).

Dominguez e Machado (2010, p.12) também definem a violência intrafamiliar como “uma forma de comunicação no convívio doméstico entre indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por outros tipos de afinidade”.

Assim como as outras manifestações da violência, a intrafamiliar sempre esteve presente na história da sociedade e vem se desvelando com o passar dos anos. Geralmente “suas manifestações são agressões conjugais por questões de dominação de gênero, ou contra crianças e idosos” (DOMINGUEZ; MACHADO, 2010, p.12). Por ocorrer no ambiente doméstico, que deveria ser um espaço de cuidado e proteção para com seus membros, esta manifestação da violência costuma causar indignação por parte da sociedade civil, que cobra respostas das instituições públicas e privadas para seu enfrentamento (ALGERI et al., 2007).

Tal definição abrange as diversas formas que a família apresenta-se na contemporaneidade. A visão romântica de família nuclear vem perdendo espaço devido às novas relações sociais e está ligada à liberdade de ideias, escolhas e novas formas de união.

A família para Miotto (1997 *apud* SILVA, 2009, p.29),

Pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em um determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontram dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido.

Portanto, a família corresponde a vários arranjos familiares, muitas com base em uniões livres, como as famílias monoparentais (dirigida só pela mulher ou só pelo homem); famílias constituídas por homossexuais; mães adolescentes solteiras que assumem seus filhos; casais que não coabitam; casais com filhos de relações distintas e criados sob o mesmo teto, entre outros.

Independente de suas variações, a família “é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos; quem primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e bagagem emocional das pessoas” (MS, 2002b, p.13).

De acordo com Algeri et al. (2007, p. 57) “crianças que vivem em ambientes violentos tendem a acreditar que essa é a única forma de socialização, contribuindo para a manutenção da multigeracionalidade da violência”. As crianças tendem a repetir o comportamento agressivo e negligente dos pais, ou então assumem um estilo totalmente liberal, para não repetir o que viveram. No entanto, ambas as situações são prejudiciais aos filhos (ALGERI et al. 2007).

A família, enquanto unidade básica de desenvolvimento, responsável pela transmissão de hábitos, costumes, valores, e padrões de comportamentos pode ser também um espaço de tensões e de crueldade, configurando a violência. Ou seja, a família é o ponto de referência social que o indivíduo tem, e é dentro dela que ele recebe a proteção e os cuidados necessários para o seu desenvolvimento e que terá como base para seu futuro.

A violência doméstica pode ser classificada em:

→ **Violência física** – quando uma pessoa está em relação de poder sobre outra, causa ou tenta causar lesão física ou corporal que deixa marcas visíveis, como bofetadas, empurrões, golpes, fratura de ossos, queimaduras, etc. Para tal, usa de força física ou de algum tipo de arma (DOMINGUEZ; MACHADO, 2010; MS, 2001; 2002b; SILVA, 2005).

Apesar de sua gravidade, por muito tempo e ainda presente em algumas famílias, a violência física é adotada como método de disciplinamento e educação das crianças e muito presente nos conflitos conjugais.

Segundo Falcão (2012), uma pesquisa realizada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) em 11 capitais brasileiras revelou que mais de 70% dos

4.025 entrevistados apanharam quando crianças. A punição física ocorreu de forma freqüente para 20% deles, agredidos pelo menos uma vez por semana. Ainda mais tocante foi a forma de agressão citada, como castigos com vara, cinto, pedaço de pau e outros objetos capazes de provocar danos graves.

- **Violência psicológica** – agressão verbal, descréditos, ameaças, humilhações, manipulação afetiva. Ou seja, é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esta manifestação de violência pode levar a pessoa a sentir-se desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade (DOMINGUEZ; MACHADO, 2010; MS, 2001; 2002b; SCHREINER, 2008; SILVA, 2005).
- **Negligência** – é a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, como a falta de proteção e cuidados físicos, falta de respeito a necessidades de contato, afeto e estimulação cognitiva, descuido com alimentação, etc. as principais vítimas são as crianças, portadores de deficiência ou doenças graves, acidentados, entre outros (MS, 2001; SILVA, 2005).
- **Violência sexual** – a violência sexual de forma genérica pode ser definida como uma violência de gênero, que “se caracteriza por abuso de poder no qual a vítima (criança, adolescente e mulher) é usada para gratificação sexual do agressor sem seu consentimento, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física” (BALLONE; ORTOLINI, 2003 *apud* ADESSE; SOUZA, 2005, p.20). Ou seja, é quando uma pessoa em relação de poder, obriga uma outra a práticas sexuais contra a vontade, violando a liberdade sexual desta.

Estas manifestações de violência, em geral, ocorrem com mais freqüência no âmbito domiciliar, tendo como principais vítimas as mulheres, as crianças e os adolescentes e não salvo os idosos, devido suas vulnerabilidades, pois apesar das mudanças sociais com o passar dos séculos, ainda permeia na sociedade contemporânea o machismo. Não raro, ainda existe “a premissa de que o homem é o portador da verdade e coloca a mulher e os filhos como seres incapazes de pensar por si mesmos; caberia sempre a ele estabelecer a ordem e a verdade” (DOMINGUEZ; MACHADO, 2010, p.11).

2.1.2 Violência contra as Mulheres

A violência contra a mulher, em todas as suas manifestações, por muito tempo foi legitimada, conforme expressa Pinto (2003, p.80),

A posição do homem como portador do direito de vida ou morte sobre aqueles sob o seu teto tem raízes na casa-grande escravocrata. A mulher naquela situação era frequentemente objeto de estupro. Ou era a mulher branca que se submetia ao homem por ser este seu dever de esposa para reproduzir a prole, ou era a mulher negra, objeto de desejo do homem branco que se permitia com ela prazeres não permitidos na casa-grande.

Nucci (2010, p.53) complementa ao definir que a mulher por muito tempo foi considerada “um mero objeto de desejo do homem, sem querer próprio e sem necessidade alguma de ocupar um lugar efetivo na sociedade, seja no campo profissional, seja no campo econômico”.

Ao longo dos séculos, a sociedade foi pautada pelo machismo, onde o homem é o provedor e chefe da família. À mulher cabe os cuidados com a casa e com os filhos, sempre subordinada ao seu pai e posteriormente ao seu marido. Culturalmente é reproduzida na sociedade a ideia de que a mulher desde a infância deve saber cozinhar, lavar, passar, cuidar bem da casa, do marido e dos filhos. Ou seja, ser mulher é servir, submeter-se e obedecer aos pais, irmãos e maridos.

Em todas as suas manifestações, a violência contra a mulher era tratada restritamente na esfera privada, o homem portava o direito de todos que com ele viviam e o Estado e a lei não interferiam (PINTO, 2003). Mesmo a relação sexual forçada, sem consentimento da mulher era legitimada, pois ela deveria satisfazer os desejos de seu marido. Ou seja, ao longo da humanidade, a relação entre homens e mulheres foi construída de forma desigual, na qual o homem possui o poder sobre a família, tratando a mulher como objeto e exercendo poder sobre ela e também seus filhos.

Desta forma, todas as manifestações da violência contra a mulher estão baseadas nas relações de gênero, onde há uma valorização diferenciada para os papéis masculinos e femininos (SILVA, 2005).

Aos poucos, os mesmos atos violentos que eram considerados legais e lícitos, passaram a ser punidos pela mesma justiça que antes os toleravam, e foram sendo banidos da sociedade através da promulgação de leis, de movimentos populares e de investigações e

publicações de estudos a respeito dos agravos que tais atitudes geravam tanto para o indivíduo, quanto para a sociedade (AZEVEDO, 1985).

Fatores como a explosão dos movimentos feministas; as publicações de investigações realizadas; as sequelas devido à violência contra a mulher – físicas (fraturas, feridas), psicológicas (depressão, pânico, tentativa de suicídio), familiares (briga com os pais, separação) e com a rede social ampliada (perda do emprego, afastamento da comunidade e amigos) – e seu alto índice de ocorrência, foram importantes para que qualquer tipo de violência praticado contra a mulher deixasse de ser considerado uma questão da vida privada para tornar-se um problema de saúde pública (ADESSE; SOUZA, 2005).

Um marco importante referente à violência contra as mulheres foi durante a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena (Áustria), no ano de 1993. Foi a primeira vez que se reconheceu em um foro internacional os direitos das mulheres como direitos humanos. A partir daí, todos os países membros da ONU deveriam se valer dos recursos necessários para combater este tipo de agravo (ADESSE; SOUZA, 2005).

Nas convenções como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção dos Direitos da Mulher), das quais o Brasil é signatário, ocorreu o reconhecimento de que a violência contra a mulher se configura como uma afronta aos direitos humanos (ADESSE; SOUZA, 2005).

Em cumprimento à Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), bem como à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU), entrou em vigor em 22 de setembro de 2006, a Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha³, que cria mecanismos para coibir e prevenir violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006; DIAS, 2010).

Esta Lei tipificou a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos e estabeleceu mudanças na tipificação dos crimes de violência contra a mulher, nos procedimentos judiciais e da autoridade policial. O código penal foi alterado e os agressores podem ser presos em flagrante ou terem prisão preventiva decretada se ameaçarem a integridade física da mulher. Ela também prevê medidas de proteção para a mulher que

³ A Lei recebeu este nome em homenagem à biofarmacêutica Maria da Penha que foi vítima de tentativa de homicídio pelo próprio marido por duas vezes. A primeira tentativa foi por arma de fogo, a segunda por eletrocussão e afogamento, resultando em lesões irreversíveis à sua saúde (paraplegia e outras). Maria da Penha lutou por 20 anos para ver o seu agressor condenado, tornando-se símbolo contra a violência doméstica (BRASIL, 2006).

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 (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, pautado pelos acordos internacionais – como as Conferências de Cairo (1994)⁴, de Beijing (1995)⁵ e de Belém do Pará (1994)⁶ – e pela legislação nacional vigente – a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Código Penal Brasileiro (CPB), a Lei Maria da Penha, entre outros – reconhece a violência sexual como violação aos direitos humanos e uma questão de saúde pública (MS, 2011).

Em consonância com o Ministério da Saúde, Carvalho (2011, p.18) afirma que, “a violência sexual cometida contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos no mundo inteiro”. Este é um grande risco à saúde da mulher, com consequências físicas e psicológicas que podem acompanhá-la por toda a vida.

Em resposta a todos esses movimentos, o Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (criada em 2003), ao longo dos anos trabalham na criação, aperfeiçoamento e implementação de políticas que atendam às necessidades das mulheres como:

- A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil;
- O Caderno de Atenção Básica Violência Intrafamiliar e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres;
- O I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres;
- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes;
- A Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento;
- A Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do Governo;
- O Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência Contra a Mulher;
- O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (MS, 2010).

No entanto, para o dimensionamento do fenômeno da violência e de consequências, bem como para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema, é fundamental o cumprimento da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que “Estabelece a

⁴ Conferência sobre o desenvolvimento populacional. Foram abordadas as questões dos direitos sexuais e reprodutivos como uma questão de saúde.

⁵ IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Foi realizada pela ONU e considerada a maior conferência das Nações Unidas até então. Foram discutidos temas como a feminização da pobreza, a saúde como mais que superar doenças, a violência contra a mulher, entre outros.

⁶ Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.

notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados de saúde” (MS, 2012, p. 25).

Esta notificação tem como instrumento de coleta a “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”, a qual possui um conjunto de variáveis referente à vítima e o agressor (MS, 2005). Os dados coletados são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Apesar de tantos avanços, ainda hoje o uso da violência é exercido contra as mulheres. O uso da violência física perpetrada principalmente pelo marido/companheiro ou outro familiar, mais do que por um desconhecido, tem sido apontada como a principal agressão exercida contra a mulher. Situação esta confirmada pelos dados do Ministério da Saúde (MS, 2011, p.13): “no Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica – forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada – sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido”.

Não raro, este tipo de violência ocorre em articulação com a psicológica e a sexual.

2.1.3 Violência contra Crianças e Adolescentes

Assim como as mulheres, desde o início da humanidade, as crianças e os adolescentes são vítimas de todas as manifestações da violência, sendo em sua grande maioria ocorrências domésticas, que Silva (2006, p.35) define como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

No Brasil, no final da década de 1980 existiam vários movimentos na luta pelos direitos civis, políticos e sociais. Entre eles, existia a mobilização por mudanças no Código de Menores de 1979. A atuação deste era delimitada na assistência, proteção e vigilância à menores de até 18 anos que se encontravam em situação irregular (quando privado de condições necessárias a sua subsistência, ainda que eventualmente) (NUNES, 2011). Ou seja, até então, os casos de violência (física, psicológica e sexual) muito perpetuada no ambiente doméstico eram restritos ao âmbito privado, não reconhecido pelo Estado e direito do homem provedor da casa.

Como resultado das manifestações em prol das crianças e adolescentes, através da Constituição Federal de 1988 foi aprovada a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que substituiu o Código de Menores de 1979.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 227 define que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito a vida, saúde, alimentação, educação, ao lazer, profissionalização, cultura, dignidade, ao respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p.144).

Segundo Gessele (2001, *apud* SILVA, 2009, p.12),

O Estatuto da Criança e do Adolescente substituiu o Código de Menores, caracterizando-se como instrumento jurídico que visa garantir os direitos de todas as crianças e adolescentes brasileiros. Desta forma, veio fazer valer os direitos de todas as crianças e adolescentes da população que são: direito à vida e à saúde, direito à liberdade, ao respeito e dignidade, direito à convivência familiar e comunitária, direito à educação, cultura, esporte e lazer e direito à profissionalização e à proteção no trabalho. O Estatuto da Criança e do Adolescente representa uma mudança de referenciais e paradigmas importantes na ação da política destinada à população infanto-juvenil encarada, a partir de então, como sujeito de direitos e deveres.

Portanto, o ECA “trouxe as diretrizes gerais para a política de proteção integral, reconhecendo esse segmento populacional como sujeitos de direitos” (NUNES, 2011, p.44).

Com a Lei da Proteção Integral, as crianças e adolescentes passam a ser entendidos como sujeitos de direitos, com uma lei que lhes assegura a garantia de seus direitos básicos e a proteção para as situações de maus-tratos (físicos, psicológicos, sexuais, negligência, moradia insalubre, falta de acesso a serviços de saúde e escolares, exploração de trabalho infantil, entre outros).

Aos pais, cabe assegurar a criança ou ao adolescente um ambiente saudável e de total segurança para seus membros, para que estes se desenvolvam de forma plena. No entanto, no descumprimento desta, em seu art. 129, o ECA define as medidas pertinentes aos pais ou responsáveis:

I – encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;

- II – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- III – encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
- IV – encaminhamento a cursos ou programas de orientação;
- V – obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;
- VI – obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;
- VII – advertência;
- VIII – perda da guarda;
- IX – destituição da tutela;
- X – suspensão ou destituição do pátrio poder (BRASIL, 2006, p.47).

Já em seu Art. 130, “verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum” (BRASIL, 2006, p.47).

No entanto, as situações de violência por muitas vezes são acompanhadas pelo silêncio da família, parentes e amigos, contribuindo para a sua perpetuação. Como dado agravante já elucidado, os atos de violência em geral são praticados por pessoas com algum vínculo afetivo com a criança (DOMINGUEZ, 2008). Dado este, confirmado também por Dominguez (2008) através das notificações de maus-tratos na infância (dados do VIVA), feitas entre agosto de 2006 e julho de 2007 (pai e mãe são apontados como os principais agressores, posteriormente um conhecido da família e por fim um desconhecido). Como consequência do silêncio e a proximidade do agressor, a violência tende a se repetir.

O ECA, no Art. 245, indica sobre o dever dos profissionais:

Deixar o profissional, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 2006, p. 70).

Portanto, é dever dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) a notificação dos casos suspeitos de violência (física, psicológica, sexual e negligência) e aos profissionais das demais áreas, a denúncia aos órgãos competentes.

A notificação supramencionada está disponível desde 2006, através de um formulário único para denúncias de violência doméstica e sexual (para crianças, adolescentes, adultos e idosos). Os dados contidos nestas notificações são inseridos no VIVA (já mencionado nesta pesquisa).

2.1.4 Violência contra os Idosos

Estamos vivendo em um mundo em constante avanço tecnológico, como o progresso da medicina, que permite “que a população idosa alcance padrões de bem-estar nunca vividos antes; medicamentos, tecnologias de diagnóstico, recursos de intervenção sobre o corpo permitem prolongar a saúde, reduzir a doença e, com isso, aumentar a autonomia física do idoso” (DUMARA, 2007, p.3). Ou seja, com estes avanços, vem ocorrendo o envelhecimento populacional em todo o mundo.

Dumara (2007, p.2) apresenta os dados do IBGE que “dão conta de que, no Brasil, o contingente de idosos tem crescido de forma acelerada. Estima-se que, até 2020, o país conte com 40 milhões de velhos, sendo então enquadrado como o sexto país com mais velhos no mundo”

Segundo Mynaio (2012, p.6), no Brasil “mais de 95% das pessoas acima de 60 anos estão morando com seus parentes ou vivem em suas próprias casas. Em cerca de 26% de todas as famílias existe pelo menos uma pessoa com mais de 60 anos”.

No entanto, o prolongamento da vida vem acompanhado de dificuldades próprias do envelhecimento como as doenças crônicas que os colocam em situação de dependência, demandando cuidados para os quais a família nem sempre está disponível.

Como consequência, “cria-se um caldo de cultura que impulsiona a violência, esta sendo entendida como um ato (único ou repetido) ou omissão que cause dano ou aflição ao idoso e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (DUMARA, 2007, p.4).

Além das manifestações da violência já citadas nesta pesquisa, os idosos constantemente são vítimas do abuso financeiro e econômico, que “consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar (MYNAIO, 2012, p.4).

Ainda segundo a mesma autora (MYNAIO, 2012, p.6),

Estudos parciais feitos no país mostram que a maioria das queixas dos velhos é contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referem a outros parentes. As denúncias enfatizam em primeiro lugar abusos econômicos (tentativas de apropriação dos bens do idoso ou a abandono material cometido contra ele), em segundo lugar, agressões físicas e em terceiro, recusa dos familiares em dar-lhes proteção.

Para Peixoto (2000 apud MYNAIO, 2004, p.6),

O grupo dos que têm de 60 a 69 configura o que tradicionalmente se denomina terceira idade: nele há menos pessoas física e mentalmente dependentes, grande parte delas trabalha e está ativa. Geralmente, é desse segmento até 75 anos que surgem as denúncias de maus tratos e violências, uma vez que o grupo dispõe de mais autonomia e de condições para buscar ajuda. Acima dessa faixa os velhos sentem muito mais dificuldades de reagir a agressões físicas, econômicas e psicológicas. O segmento dos idosos de 70 a 80 anos é chamado da quarta idade e já se usa a classificação quinta idade para a população acima de 80 anos.

Neste sentido, pelo fato do idoso ter cuidado prioritário na família, é nela que ocorrem as inúmeras manifestações da violência contra seus os membros mais frágeis, entre os quais além dos idosos, estão as mulheres, as crianças e os adolescentes.

Em ambos os sexos, para Mynaio (2012, p.6),

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária.

As conseqüências que os acometem podem ser depressão, alienação, sentimentos de culpa e constantemente a negação das ocorrências (MYNAIO, 2012), justamente por serem os entes queridos os principais agressores.

Desde a Constituição Federal Brasileira de 1988, existe a intenção da Proteção Integral, como esclarece em seu Art. 230 “a família, a sociedade e o Estado tem o dever amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Em 4 de janeiro de 1994 a Lei n. 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso cria o Conselho Nacional do Idoso que tem por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, s/p).

Outro instrumento para proteção da pessoa idosa é o Estatuto do Idoso – Lei n 10.741 de 1º de outubro de 2003 – “que garante a execução dos direitos humanos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais em suas relações com o Estado” (BRASIL, 2003, s/p) Também pode-se apontar como instrumento de proteção da pessoa idosa o Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa – que aprofunda e focaliza as diretrizes para atuação do poder público nos casos de abusos, maus-tratos e negligências e o documento

da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001) – que prevê ações concretas do setor para a proteção e prevenção dos abusos contra os idosos no país (MYNAIO, 2012). Por fim, nos casos de suspeita ou confirmação da violência (física, psicológica, sexual e negligência) contra idosos, é obrigatória a notificação (já mencionada nesta pesquisa).

2.2 A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA AS MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência sexual é uma das manifestações da violência intrafamiliar, ocorre com mais frequência no ambiente doméstico, mas também pode ocorrer em outros espaços e em diferentes tipos de relacionamentos, como no ambiente de trabalho, na escola, na rua, etc. Ela permeia todas as nações, culturas, classes sociais e etnias. Pode ocorrer em todas as fases da vida, muitas vezes iniciando-se ainda na infância. Ela é uma das manifestações mais cruéis e persistentes da violência, atingindo mulheres, crianças e adolescentes e também homens, em qualquer espaço da sociedade, principalmente o doméstico e na maioria das ocorrências, está acompanhada das violências físicas e psicológicas, sendo a maior violação dos direitos humanos (MS, 2011).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2002b, p.6), esta violência “atinge, sobretudo meninas, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo. Os estudos sobre o tema indicam que a maior parte da violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado”.

A OMS (2002) definiu violência sexual, como todo ato sexual não desejado, ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção.

A Lei Maria da Penha, em seu Art. 7, contempla a violência sexual contra a mulher de qualquer idade como:

III – a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006, p.17).

Para o Ministério da Saúde (MS, 2001, p.20) a violência sexual é “toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio da força física, da influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução) ou do uso de arma ou drogas”. Ou seja, A violência sexual ocorre quando a vontade, a sexualidade, a integridade psíquica e corporal de uma pessoa são violadas e submetidas à vontade do agressor. É uma prática criminosa e está tipificada na legislação.

Até o início do segundo semestre de 2009, de acordo com o Art. 213 do Código Penal Brasileiro (CPB), o estupro era um crime contra a liberdade sexual da mulher, configurado como “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Conjunção carnal é o coito vaginal, com ou sem ejaculação (ADESSE; SOUZA, 2005, p.21). De acordo com esta definição, o estupro poderia ser praticado somente por homem contra a mulher (incluindo todas as idades). Constranger mulher a qualquer outro ato libidinoso, como penetração anal, não era estupro, mas “atentado violento ao pudor” (ADESSE; SOUZA, 2005, p.21). De acordo com esta tipificação, a violação da sexualidade masculina também não era configurada como estupro, mas como “atentado violento ao pudor”.

No entanto, a penetração anal na mulher ou no homem, são violações tão danosas quanto a “conjunção carnal”, ocasionando consequências físicas e psicológicas danosas ao desenvolvimento humano do homem e da mulher.

A Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, alterou o Título VI do Código Penal Brasileiro, intitulando-o “Dos crimes contra a dignidade sexual”. Os Art. 213 e 214 do CPB se fundiram e os crimes contra a dignidade sexual a partir de agosto de 2009 são:

Estupro

→ Art. 213 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

Violação sexual mediante fraude

→ Art. 215 - Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima: pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Dos crimes sexuais contra vulnerável

→ Art. 218 - Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem: pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Estupro de vulnerável

→ Art. 217-A - Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

- Art. 218-A - Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem: pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.
- Art. 218-B - Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone: pena - reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos (NUCCI, 2010, p.45).

A partir desta nova tipificação, o homem também passou a ser vítima de estupro, que inclui a penetração anal e sexo oral na tipificação do estupro. Esta atualização do CPB legitima que indivíduos de todas as idades e sexos estão sujeitos à violência sexual, que é considerada uma “pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico” (MS, 2011, p.9).

Embora estes sejam os grupos mais atingidos por serem mais vulneráveis, os homens de todas as idades também são vítimas desta manifestação de violência, no entanto, em menor proporção. Neste sentido, para o MS (2011, p.11), a violência sexual “é, antes, um impulso agressivo fundamentado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente”.

No que se refere ao agressor, a violência sexual é cometida por indivíduos de todas as classes sociais e na maioria das vezes com relações de afeto ou consanguíneas com a vítima, como os pais, mães, padrastos, namorados, maridos, amigos, entre outros, configurando-se em sua grande maioria como violência doméstica.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2011), a violência sexual atinge aproximadamente 12 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Esta magnitude de ocorrências repercute diretamente na saúde pública, devido aos riscos à saúde física e psicológica que a violência sexual representa à vítima, como as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, entre outros. Sendo que a maior quantidade de vítimas compreende crianças de 1 a 4 anos e em 2011, 10.425 pessoas foram atendidas em hospitais vítimas de violência sexual (ESTADÃO, 2011).

Consequentemente, o impacto da violência sobrecarrega o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto aos recursos econômicos e humanos, sociais e produtividade perdida para a sociedade como um todo (MS, 2011).

Em resposta às manifestações feministas, as Convenções e Conferências já mencionadas nesta pesquisa, durante a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e

Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU, no ano de 1995 iniciaram as manifestações para criação de uma norma que obrigassem os municípios a criarem uma rede de atendimento a vítima de violência sexual.

Em 1999 o Ministério da Saúde lança a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Esta norma forneceu subsídios técnicos aos municípios para que eles estruturassem uma rede de atendimento às vítimas de violência sexual (MS, 2002a). Esta última será trabalhada na seção seguinte.

SEÇÃO II

3. A REDE REGIONALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS – UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, o Ministério da Saúde forneceu subsídios técnicos aos municípios para que eles estruturassem uma rede de atendimento às vítimas de violência sexual, envolvendo e integrando as áreas da saúde, justiça, atendimento social e psicológico (MS, 2005).

Esta rede tende a permitir às vítimas o acesso imediato aos cuidados de saúde (prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e à gravidez indesejada – caso a violência tenha ocorrido num prazo de até 72 horas antes do atendimento); segurança; apoio psicossocial e jurídico. De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2005, p.10),

A implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

No entanto, para implementação de tal política, sua execução deve ser efetivada de acordo com o delineamento do Ministério da Saúde:

- Instalação e área física – para o atendimento das vítimas de violência sexual, deve ser definido local específico, que garanta privacidade durante a entrevista e o exame, estabelecendo assim um ambiente de confiança e de respeito. No entanto, não deve haver a identificação do espaço como destinado ao atendimento de vítimas de violência sexual, evitando constrangimento. Para o exame ginecológico é necessário um consultório médico. Em casos de abortamento previsto por lei, este deve ser realizado em ambiente cirúrgico (MS, 2005).
- Recursos Humanos – é desejável que o atendimento seja realizado por equipe interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade dos membros. A recomendação é que a equipe contenha médicos(as), psicólogos(as),

enfermeiros(as) e assistentes sociais. Porém, na falta de algum profissional - com exceção do médico(a) – o atendimento não pode ser prejudicado.

No atendimento cada um cumprirá seu papel, mas todos devem estar sensibilizados e capacitados para atender as vítimas de forma humanizada.

Caso necessário, de acordo com a complexidade de cada caso, pode acrescer à equipe interdisciplinar outros especialistas como pediatra, infectologista, traumatologista, entre outros (MS, 2005).

→ Equipamentos e instrumental – a unidade de saúde deve conter os materiais e equipamentos de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia. Estes devem ser materiais permanentes e estar em plenas condições de uso.

Já os serviços de referência para o abortamento previsto por lei devem dispor dos equipamentos próprios do centro cirúrgico, material para aspiração uterina ou material para dilatação e curetagem (MS, 2005).

Registro de dados – toda informação do atendimento deve ser registrado em prontuário médico de cada serviço. Recomenda-se a utilização de fichas específicas de atendimento (MS, 2005).

Por fim, no que se refere à sensibilização e capacitação,

O atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização de todos os funcionários do serviço de saúde. Propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, sobre as dificuldades que crianças, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos. As equipes envolvidas diretamente na assistência devem receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia das DST/HIV) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez. Os(as) médicos(as) devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação (MS, 2005, p.10).

Pautada em tais regulamentos, a Prefeitura Municipal de São José juntamente com o Governo do Estado de Santa Catarina, constituiu em 2006 a “Rede de Atendimento Regionalizado às Vítimas de Violência Sexual da grande Florianópolis”. A cidade de São José foi eleita como município de referência no atendimento por ser sede de regional e ter o HRSJHMG como referência para o atendimento das vítimas.

Fazem parte da Rede Regionalizada da Grande Florianópolis os municípios da 18ª Gerência Regional de Saúde (Águas Mornas; Alfredo Wagner; Angelina; Anitápolis; Antônio Carlos; Biguaçu, Canelinha; Florianópolis⁷; Garopaba; Governador Celso Ramos; Leoberto Leal; Major Gercino; Nova Trento; Palhoça; Paulo Lopes; Rancho Queimado; Santo Amaro Da Imperatriz; São Bonifácio; São João Batista; São José; São Pedro De Alcântara e Tijucas).

As instituições abaixo integram a Rede no que se refere aos atendimentos de saúde, segurança, entre outros (SMSSJ, 2007).

- **Saúde** – HRSJHMG – responsável pelo atendimento de saúde e orientação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; aborto previsto em lei (realizado no Hospital Universitário da UFSC na cidade de Florianópolis - HU); acionamento da polícia para registro do boletim de ocorrência policial (BOP); encaminhamento para atendimento psicossocial e jurídico; bem como o registro dos atendimentos em formulário padronizado;
- **Segurança Pública** – Central de Polícia de São José⁸ e IML – são os responsáveis pelos registros de ocorrência da violência; exame de corpo de delito e exames laboratoriais;
- **Apoio psicossocial e jurídico** – CEVIC – presta atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas de violência sexual de todas as idades; Conselho Tutelar – responsável pelo atendimento legal e social às crianças e adolescentes vítimas de violência; Serviço Sentinela – responsável pelo atendimento psicológico e social especializado às crianças e adolescentes com suspeita ou confirmação de violação da liberdade sexual;
- **Informação (banco de dados)** – Secretaria Municipal da Saúde de São José – responsável pelos dados estatísticos e controle dos atendimentos prestados.

A Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis, que tem como representante geral a Enfermeira Joyce Brasil da Secretaria Municipal de Saúde de São José. A esta Secretaria compete a responsabilidade de:

⁷ Florianópolis compõe a 18ª Regional, no entanto é o único destes municípios que possui a própria Rede implantada, oferecendo o mesmo serviço desde 2001.

⁸ Desde o dia 1º de dezembro de 2011, o município de São José dispõe da Delegacia de Polícia Civil de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher e ao Idoso vítimas de violência. Esta é a primeira delegacia especializada de São José e a 20ª do Estado (OI SÃO JOSÉ, 2010). A unidade “conta com cartórios policiais específicos para o atendimento de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, para o atendimento de adolescentes infratores e para o atendimento de mulheres vítimas de violência” (OI SÃO JOSÉ, 2010, s/p).

- ✓ Estruturar local e mobilizar recursos humanos para o funcionamento da Unidade de Referência em informação (banco de dados), fazendo a divulgação do local e horário de atendimento;
- ✓ Armazenar e compilar as informações encaminhadas pelo hospital à Unidade de Referência em informação (banco de dados), com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico e promover ações preventivas;
- ✓ Orientar os profissionais de saúde do município (centros de saúde) sobre o funcionamento do protocolo, formas de encaminhamento e instituições que são referência na rede de atendimento;
- ✓ Garantir atendimento médico-ambulatorial às vítimas residentes em São José, para realização de exames de DST, gravidez e controle de medicação;
- ✓ Prover recursos financeiros para confecção das normas técnicas e formulários padronizados de atendimento e encaminhamento que serão utilizados pelas instituições que compõem a rede;
- ✓ Divulgar a Rede através de cartazes e meios de comunicação;
- ✓ Fornecer materiais técnicos e lúdicos ao serviço de psicologia do CEVIC;
- ✓ Garantir o repasse ao HRSJHMG de kits de atendimento (serão descritos posteriormente) para a profilaxia das DSTs e contracepção de emergência das vítimas residentes no município;
- ✓ Garantir que o Instituto de Análises Laboratoriais realize os exames de pesquisa de esperma sífilis, HIV, Hepatite e gravidez através de material coletado na Unidade de Referência em Saúde e encaminhe os resultados para a Secretaria Municipal de Saúde de São José (SMSSJ, 2007, s/p).

A Assistente Social Salete Laureci Marques Dias é a coordenadora do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual no HRSJHMG. Esta possui uma história de luta em defesa dos direitos das vítimas de violência sexual ao longo de sua trajetória profissional. No período entre 1995 e 2005 trabalhou no SOS Criança/Sentinela (serviço de investigação e acompanhamento de casos de violência física, sexual, psicológica ou qualquer tipo de negligência contra crianças e adolescentes e suas famílias) e participou da discussão, construção e implantação do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis, que oferece a mesma rede de serviços.

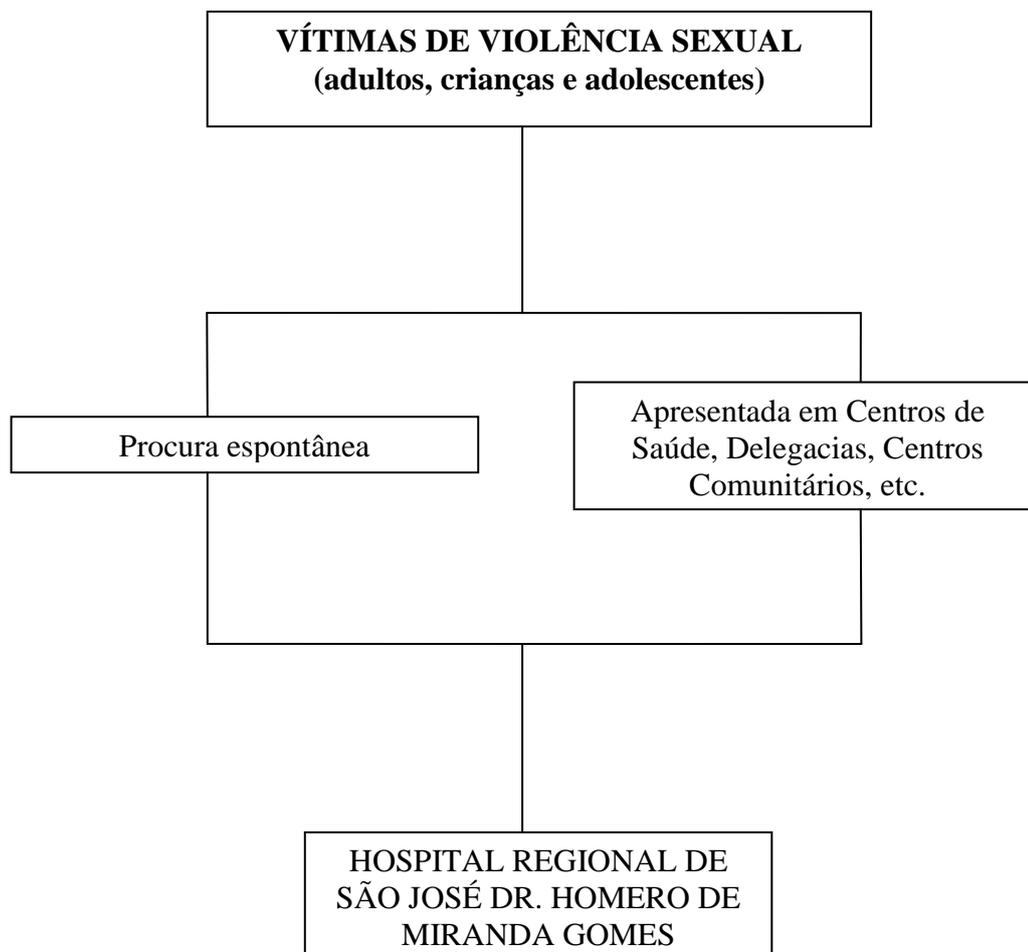
Com a experiência na construção da Rede de Florianópolis, também participou da implementação da Rede em São José. Tem como responsabilidade a organização e distribuição de todo material didático e de atendimento das vítimas (livros, informativos, kits para atendimento, fichas de notificação, etc); palestras e treinamentos aos profissionais dos municípios da 18ª Regional; a notificação aos Conselhos Tutelares e orientações sociais às vítimas e a interlocução com a Secretaria Municipal de Saúde de São José (SMSSJ).

Após a constituição da Rede, foram realizadas reuniões entre os membros da comissão; cursos de capacitação para funcionários do HRSJHMG e técnicos; avaliações dos

curso; bem como visitas aos municípios da 18ª Regional para informar e esclarecer sobre o serviço disponibilizado.

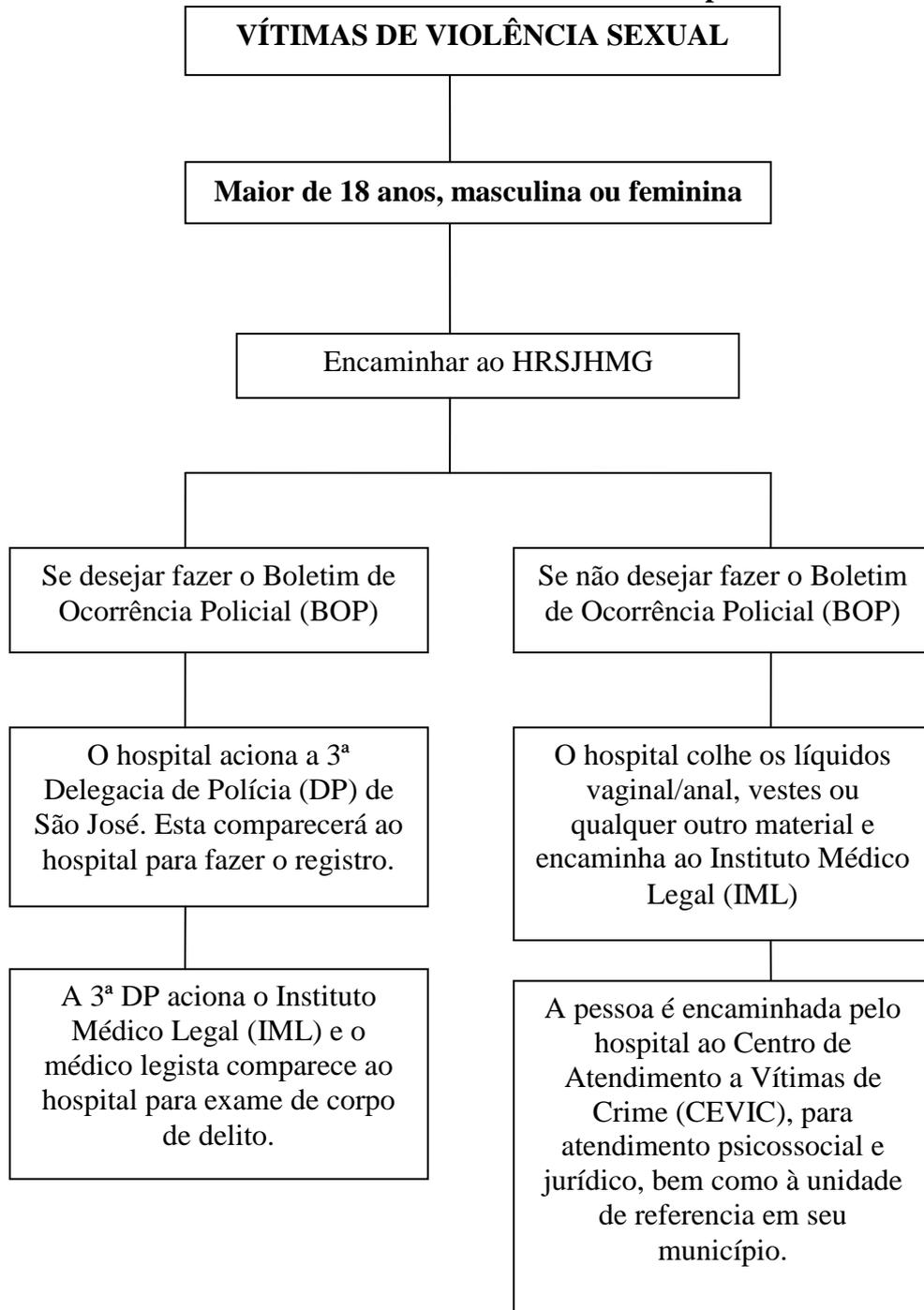
Em 01 de agosto de 2007 iniciaram os atendimentos às vítimas de violência sexual da grande Florianópolis. As vítimas podem dar entrada em qualquer instituição pública ou privada das áreas da saúde, segurança, órgãos de proteção à infância ou de cunho social do município de ocorrência da violência conforme fluxograma apresentado abaixo. Posteriormente são encaminhadas ao HRSJHMG para o atendimento de saúde e segurança, recebendo um acolhimento integral e humanizado previsto pelo Protocolo, pautado no respeito e livre de julgamentos morais.

Figura 1: Fluxograma da Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis



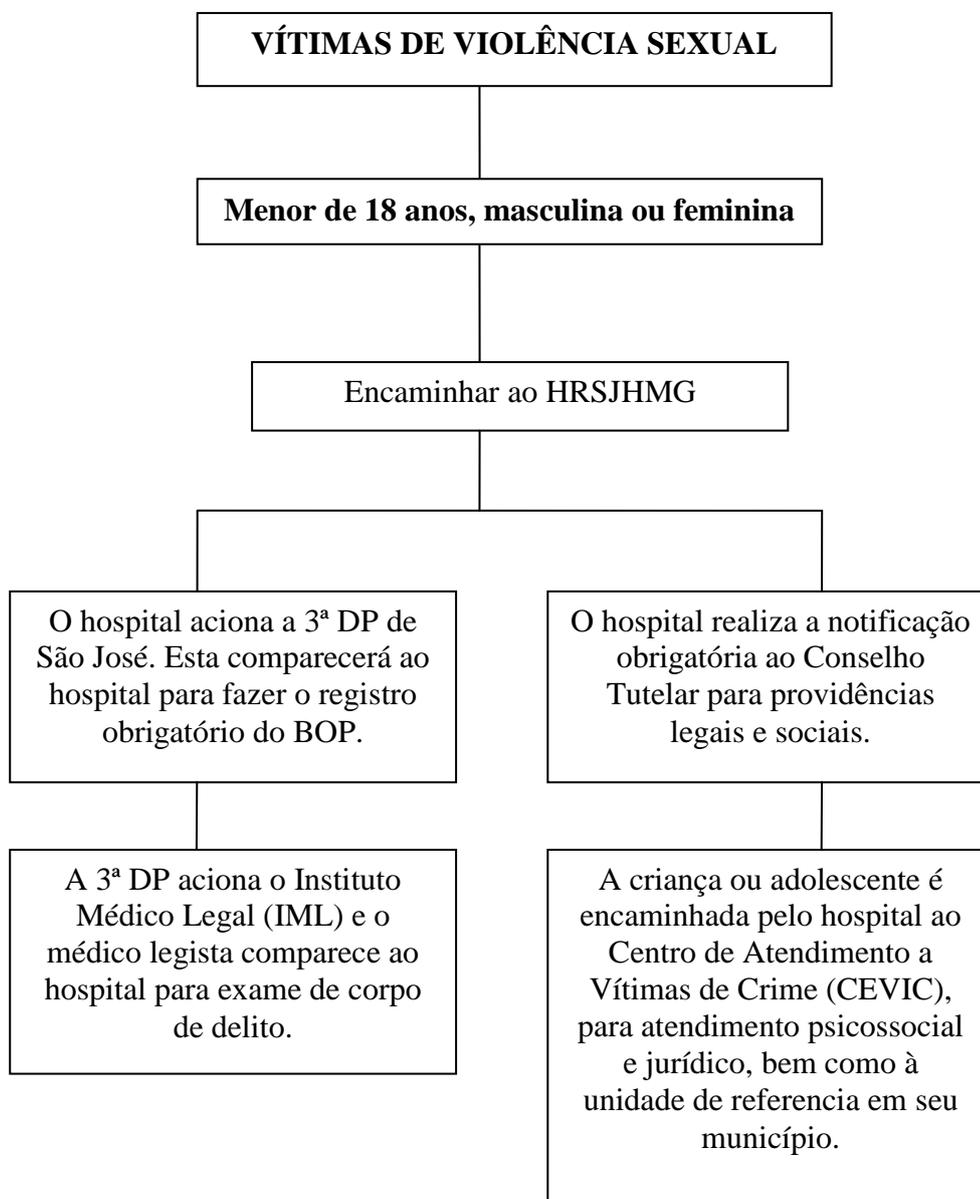
Fonte: SMSSJ (2007).

Figura 2: Fluxograma da Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis



Fonte: SMSSJ (2007).

Figura 3: Fluxograma da Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis



Fonte: SMSSJ (2007).

De acordo com o fluxograma do Protocolo apresentado, a vítima de violência sexual tem acesso aos serviços de saúde através da procura imediata ao HRSJHMG ou de delegacias dos municípios de origem, de centros comunitários, de centros de saúde, acompanhada pelo Conselho Tutelar, etc.

Quando a vítima tiver idade igual ou maior que 18 anos e for do sexo feminino deve ser encaminhada à maternidade do HRSJHMG. Caso seja do sexo masculino e igual ou maior que 18 anos, será atendido na emergência geral do mesmo serviço.

Ao acolhimento desta vítima, é orientado referente ao registro do BOP, que é um direito e contribui para a punição do agressor. Cabe à própria vítima a decisão de registrar ou não, sendo respeitada quanto a sua decisão e não havendo interferência em seu atendimento de saúde.

Caso a vítima queira registrar o BOP, durante o acolhimento a Central de Polícia de São José é acionada pelo HRSJHMG para comparecer à instituição e proceder com o registro. É de responsabilidade da Central o acionamento do IML, que também comparecerá para colher as provas da violência sexual. Quando for optado pelo não registro do BOP, a Central de Polícia não será acionada e o médico(a)/enfermeiro(a) responsável pelo atendimento colherão o material e realizarão os exames previstos no protocolo (SMSJ, 2007).

Caso a vítima tenha idade inferior a 18 anos, independente do sexo deverá ser encaminhada juntamente com um familiar ou responsável, ao setor de pediatria do HRSJHMG. Neste caso, o registro do BOP e a notificação ao Conselho Tutelar são obrigatórios (SMSJ, 2007).

Se a vítima chegar ao HRSJHMG, independente da idade, encaminhada pela Central de Polícia de São José ou por outras delegacias dos municípios onde ocorreu a violência, o BOP já terá sido registrado. Neste caso, compete à delegacia responsável pelo atendimento, o acionamento do IML para comparecer ao hospital (SMSSJ, 2007).

Em cada unidade supracitada está disposto o kit de atendimento às vítimas de violência sexual, com material para coleta de secreções, fichas de atendimento, fichas de encaminhamento, etc. Ao chegar à instituição, a vítima deve ser encaminhada ao setor de acordo com o exposto e ela tem preferência no atendimento.

Ela deve ser orientada quanto ao BOP, sobre todos os procedimentos a serem realizados e a não higienizar, nem remover roupas ou secreções antes da coleta de material para identificação do agressor, a menos que esteja com risco de morte ou a violência tenha ocorrido a mais de 72 horas. Este é o período máximo para que sejam realizados todos os cuidados de saúde quando ocorrer contato sexual ou penetração anal, vaginal ou oral (MS, 2011).

Caso a vítima relate penetração anal ou vaginal, é coletado o material para identificação do agressor e para pesquisa de espermatozoides. Esta coleta conforme preconizada pelo Ministério da Saúde, deveria ser feita pelos profissionais do hospital somente nos casos em que a vítima adulta optou por não registrar o BOP.

No entanto, devido o não comparecimento do médico legista na instituição, algumas coletas são realizadas pelos médicos responsáveis pelo atendimento, como nos casos em que a

vítima adulta prefere não ir até o IML (pois esta tem o poder de decisão sobre sua vida) ou nos casos com necessidade de coleta de material em que a vítima é criança ou adolescente.

Em seguida, é realizada a profilaxia das DST/AIDS; contracepção de emergência (mulher); exame de sangue para teste de gravidez (mulher) e teste anti-HIV, bem como encaminhamento para o Hospital Nereu Ramos para vacina da Hepatite B. Os resultados destes exames são encaminhados para Assistente Social coordenadora do programa que agenda com a vítima ou responsável (caso criança e adolescente) para buscá-los (MS, 2011).

Por fim, são realizados encaminhamentos para o atendimento ambulatorial e serviços jurídico e psicossocial dos municípios de origem (MS, 2011; SMSSJ, 2007).

Após a finalização do atendimento, as fichas devem ser encaminhadas para o Serviço Social e caso a vítima seja criança ou adolescente, a Assistente Social coordenadora do programa fará a comunicação por escrito ao Conselho Tutelar do município de origem. Cabe a este a investigação, acompanhamento e intervenções junto à vítima e sua família. Em seguida, é tirado xerox das fichas de notificação, as cópias são arquivadas no Setor de Serviço Social e as originais entregues ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da instituição. Este tem a competência de lançar os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), que está sob cuidados do Ministério da Saúde.

Posteriormente, é solicitado a enfermeira Joyce coordenadora da Rede, que compareça ao hospital para retirar os kits de atendimentos utilizados (que devem estar armazenados na geladeira) e levar ao IML para análise.

No caso de gravidez em decorrência de estupro, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2005, p. 42),

De acordo com o Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

No entanto, apesar de preconizado pelo Ministério da Saúde o abortamento em até 20 semanas de idade gestacional (MS, 2005), o HRSJ não instituiu o serviço e caso necessário, as vítimas são encaminhadas ao Hospital Universitário da UFSC, na cidade de Florianópolis (HU).

Em 18 de maio de 2011, a autora participou do Curso de Capacitação intitulado “Vítimas de Violência – A prática do atendimento das unidades de referência” promovido pelo Programa de Prevenção do CREAS e RAIVVS (Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual). Naquele momento, durante a explanação de uma palestrante, foi mencionado o acréscimo de roupas íntimas (calcinhas e cuecas) ao kit padronizado de atendimento às vítimas. Estas peças foram fornecidas por associações beneficentes à instituição. Ou seja, ao chegar ao serviço com as roupas utilizadas no momento da agressão, a vítima recebe a peça íntima nova e deixa a usada para análise do IML.

Ao relatar a situação supramencionada para a Assistente Social coordenadora do programa, suscitou o interesse em implantar o mesmo processo no programa da instituição, visto que as peças íntimas são onde ficam as secreções vaginais que podem conter o sêmen do agressor, um material essencial para identificação do mesmo.

Posteriormente, solicitaram à Associação de Amigos do Hospital Regional (AAHMOR), que presta atendimento solidário aos pacientes do referido hospital, a confecção de calcinhas de diferentes tamanhos para que fossem anexadas ao kit de atendimento às vítimas de violência sexual. Foram prontamente fornecidas pela Associação várias peças, que foram anexadas aos kits de atendimento.

No entanto, na análise a ser realizada referente aos atendimentos do programa, não será contemplada essa questão, pois em nenhum dos casos houve a utilização das peças íntimas, visto que foi implantada na finalização do estágio da autora.

Por fim, destacamos que no ano de 2011, foi lançada a edição revisada e atualizada da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes que forneceu subsídios técnicos aos municípios para estruturação da Rede.

A atualização se fez necessária devido a Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009 (Crimes contra a Dignidade Sexual) já citada neste trabalho e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.931 de 17 de setembro de 2009 (Código de Ética Médica). Nesta nova edição ocorreu

A revisão das normas gerais de atendimento e apoio psicossocial e a atualização de importantes procedimentos profiláticos [...] esta nova edição cumpre, assim, um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual (MS, 2011, p.9).

No entanto, a discussão aqui apresentada utiliza a nova norma somente no que se refere a Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009, que reconhece o homem também como vítima da violência sexual ao alterar a tipificação do estupro que já foi considerada anteriormente.

3.1 ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PROGRAMA DE ATENDIMENTOS ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HRSJHMG

Neste item são analisados os dados dos atendimentos realizados pelo Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis no que se refere ao atendimento imediato de saúde. Não serão analisados os atendimentos prestados pela Rede após os encaminhamentos realizados pelo atendimento imediato de saúde.

3.1.1 Metodologia da Pesquisa

A pesquisa está fundamentada nos conceitos de Violência Sexual e no Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual. A metodologia utilizada foi a da pesquisa documental (ou de fontes primárias), que segundo Marconi e Lakatos (1996, p.57), tem como característica “que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois”.

Esta metodologia se assemelha com a pesquisa bibliográfica, como elucida Gil (1991, p. 66),

A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de matérias que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Sendo assim, para desenvolver a pesquisa documental, utilizamos a fonte primária do Setor de Serviço Social, a planilha já elaborada anteriormente com as variáveis de cada atendimento entre agosto de 2007 e outubro de 2011, contemplando o período de quatro anos desde sua implantação no município de São José, e as quais foram objetos de estudo durante o estágio obrigatório em Serviço Social na instituição. Esta será a primeira vez que o Serviço Social do HRSJHMR fará um trabalho analítico nestas planilhas do serviço oferecido aos municípios da 18ª Gerência Regional de Saúde.

Mediante este documento, identificamos algumas variáveis fundamentais como: idade e sexo da vítima; vínculo com o agressor; número de agressores; município e local que ocorreu a violência; profilaxia; sexo do agressor; suspeita ou não de uso de álcool/drogas pelo agressor e encaminhamentos para outros setores.

Por fim, como o objetivo principal da pesquisa é caracterizar o perfil das vítimas a partir da sistematização dos dados estatísticos dos atendimentos realizados no HRSJHMG, e de acordo com a metodologia descrita, a pesquisa possui caráter quantitativo-descritivo, que “consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave” (MARCONI; LAKATOS, 1996, p.76).

3.1.2 Análise dos atendimentos realizados pelo Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis entre agosto de 2007 e novembro de 2011

A Rede Regionalizada implantada em 2007 tem como objetivo o atendimento integral às vítimas de violência sexual independente de sexo e idade, o acesso imediato aos cuidados de saúde (prevenção de DST, HIV e à gravidez indesejada – caso a violência tenha ocorrido num prazo de até 72 horas antes do atendimento); segurança; apoio psicossocial e jurídico.

Durante o período de agosto de 2007 e outubro de 2011, o Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis prestou atendimento a 94 vítimas, que terão seu perfil caracterizado com esta pesquisa.

Tabela 1: Número de atendimentos por ano

Ano	Número
2007	16
2008	16
2009	14
2010	24
2011	24
Total	94

Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Ao analisarmos a tabela 1, é possível observar uma crescente no número dos atendimentos no período mencionado. Já na tabela 2 apresentada abaixo, é possível observarmos o número de vítimas atendidas de acordo com o município.

Ao relacionar os dados apresentados, a crescente no número de atendimentos pode estar relacionada com o conhecimento do serviço pelos habitantes e instituições dos municípios de São José e Palhoça, bem como devido ao número de habitantes, conforme apresentado na tabela 3. Ou seja, o maior número de ocorrências foi nestes municípios, os quais possuem o maior número de habitantes, sendo que o município de Palhoça possui uma boa articulação com o município de São José, tendo como consequência, este último como referência para o atendimento em questão.

Portanto, o crescente número de ocorrências, acreditamos estar relacionado com o maior número de habitantes nos municípios já mencionados, bem como uma boa articulação entre eles e o conhecimento entre as instituições do município de Palhoça sobre a inserção deste na Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual.

Tabela 2: Número de Atendimentos por Município

Cidade	Número de Vítimas Atendidas pelo Programa
São José	44
Palhoça	23
Biguaçu	4
Santo Amaro da Imperatriz	4

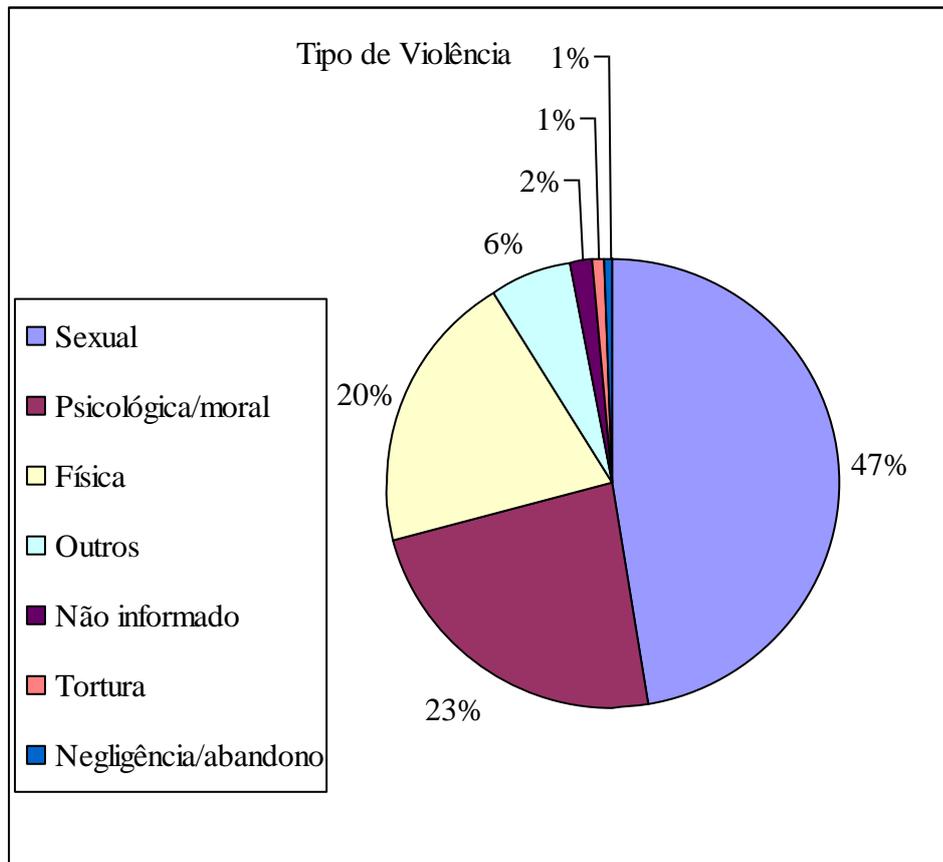
Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Tabela 3: Número de Habitantes por Município

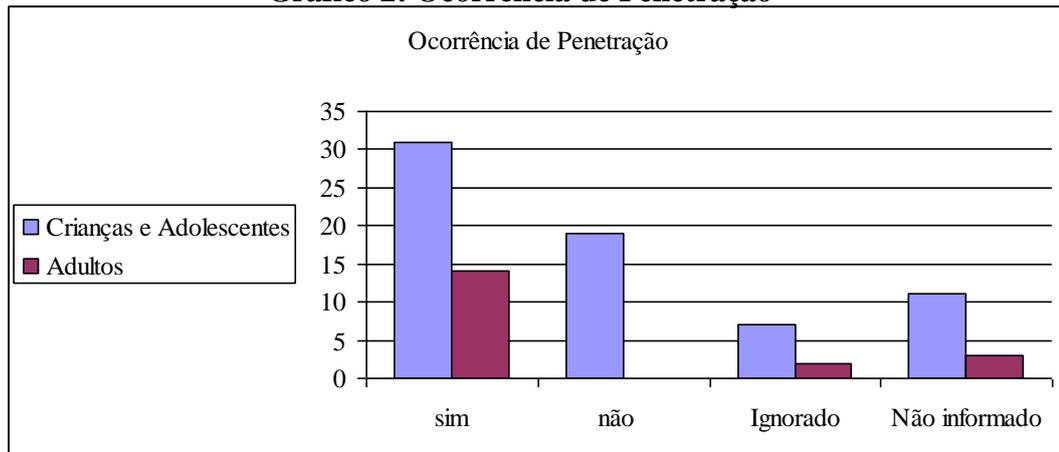
Cidade	Número de Habitantes por Município
São José	209.804
Palhoça	137.334
Biguaçu	58.206
Santo Amaro da Imperatriz	19.823

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo Senso 2010.

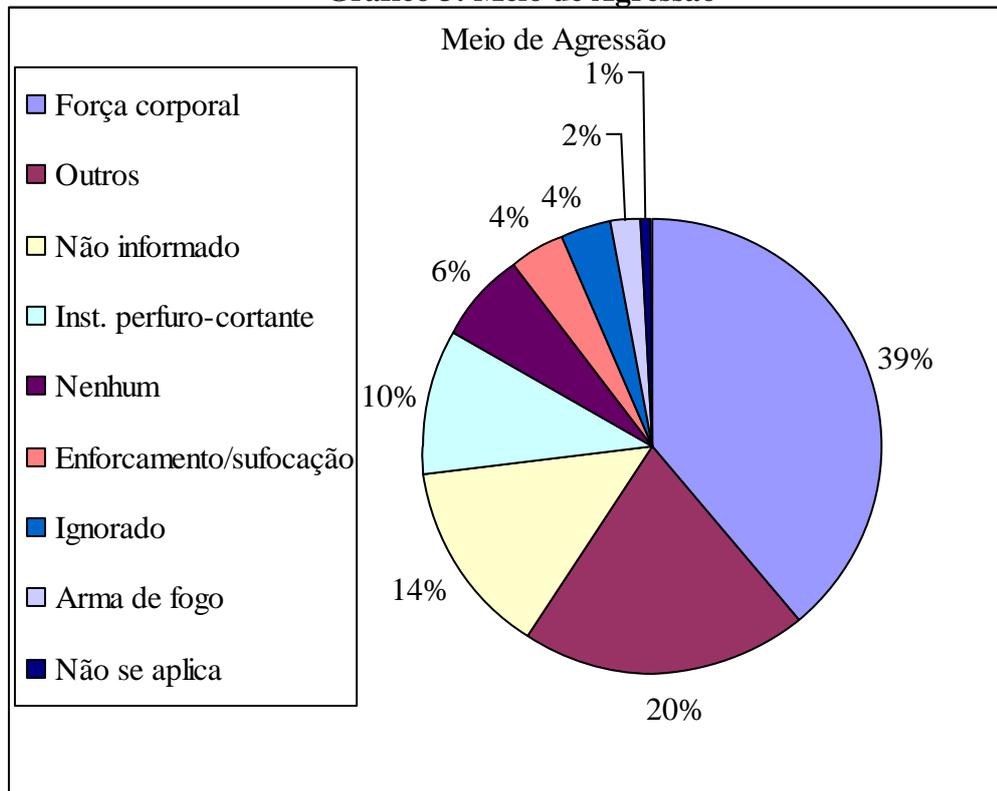
Tipos de violência e meios de agressão

Gráfico 1: Tipos de Violência

Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Gráfico 2: Ocorrência de Penetração

Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Gráfico 3: Meio de Agressão

Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

O Gráfico 1 referente ao tipo de violência nos mostra a ocorrência da violência sexual em 47% dos atendimentos (75 casos), que se refere à “todo tipo de contato sexualizado, desde falas eróticas ou sensuais e exposição a material pornográfico até o estupro seguido de morte” (CENTRO REGIONAL AOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA, 2002, p. 18). No entanto, ela frequentemente está acompanhada da violência sexual e/ou psicológica, que conforme o

mesmo gráfico, somam 46%. Ou seja, os 53% que aparentemente não são casos de violência sexual, são referentes às demais manifestações da violência, bem como as variáveis não informado e outros.

Neste contexto, conforme o Gráfico 2, apesar de prevalecer a presença, não são todos os casos que houve penetração anal, vaginal ou oral. Pode ter ocorrido somente a manipulação de genitália, contatos sexualizados, entre outros atos.

No entanto, como já elucidado nesta pesquisa, a violência sexual frequentemente ocorre juntamente com a violência física (empurrões, sufocamento, etc) e/ou psicológica (agressão verbal, ameaças, humilhações, entre outras), pois o agressor utiliza destes meios para coerção da vítima, como é demonstrado no Gráfico 3.

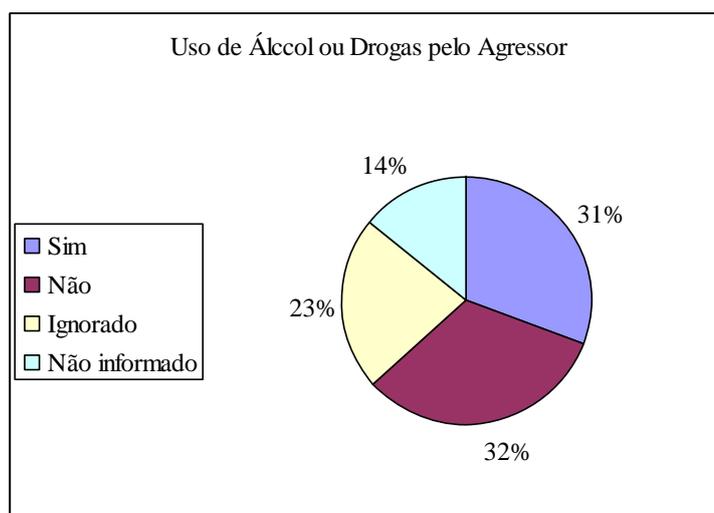
O Gráfico 3 apresenta o meio de agressão utilizado e apresenta a força corporal como a mais utilizada, uma vez que é natural a vítima “brigar” e tentar se defender para que não tenha sua intimidade violada. A categoria “outros” também é merecedora de destaque, onde foram mencionadas pedradas na cabeça e puxões de cabelo.

Ainda mais relevante, se trata da categoria “não informado”, que não fornece dados para análise estatística do meio de agressão utilizado e aparecerá em outras variáveis também.

Outra variável que consideramos relevante se refere ao uso de álcool e/ou drogas pelo agressor, pois é “um importante fator desencadeante dos atos violentos [...]. Na medida em que, pela ação do sistema nervoso central, estas substâncias tendem a inibir a censura, a pessoa passa a assumir condutas socialmente reprováveis” (MS, 2002b, p.65).

Historicamente e ainda nos tempos atuais os homens são considerados os provedores do lar, a quem os filhos e as esposas devem obediência e respeito. Juntamente com esta arraigada concepção, o uso das substâncias supracitadas o torna ainda mais confiante de si e violentos.

No entanto, conforme o Gráfico 4, apresentado abaixo, nos casos atendidos pelo programa houve a equivalência dos casos em que o agressor supostamente estava e não sob efeito de álcool e/ou drogas.

Gráfico 4: Uso de Álcool ou Drogas pelo Agressor

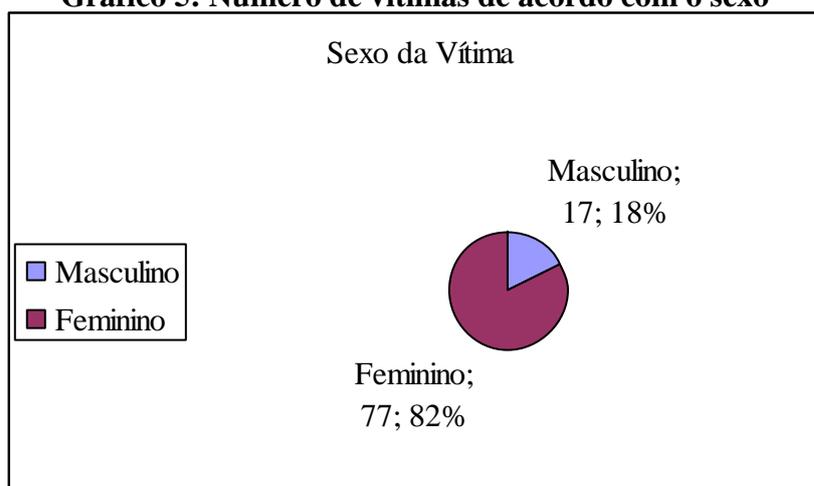
Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Sexo das Vítimas

Embora a Norma Técnica do Ministério da Saúde tenha sido criada para atender as mulheres e adolescentes vítimas de violência, a Rede Regionalizada foi implantada para atender vítimas de todos os sexos e idades, já que os agravos à saúde física e psicológica do homem e das crianças são tão importantes quanto os que acometem as mulheres e adolescentes.

Esta situação precedeu o que foi posto na edição atualizada da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes atualizada em 2011, que considera as mulheres como principais vítimas de violência sexual, mas não raro, os homens de todas as idades também são acometidos por esta violência (MS, 2011; SCHREINER, 2008; SILVA, 2005).

A colocação supramencionada pelo Ministério da Saúde é comprovada com os dados apresentados no Gráfico 5.

Gráfico 5: Número de vítimas de acordo com o sexo

Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

O gráfico apresenta o sexo das 94 vítimas atendidas pelo programa entre agosto de 2007 e outubro de 2011. Destas, 77 (82%) são do sexo feminino e 17 (18%) são do sexo masculino, o que confirma de forma expressiva, as mulheres como principais vítimas de violência sexual. Situação esta, que pode estar relacionada com a sociedade machista ainda presente apesar de tantos avanços em prol dos direitos das mulheres, que historicamente é objeto de desejo do homem.

Portanto, a ocorrência de abuso sexual contra os homens é significativamente menor, aparentemente eles a sofrem em menor escala.

Uma das explicações para isto é que, historicamente a mulher tem sido vista como objeto, e propriedade do homem (pai, padrasto, patrão...) e os seus direitos como pessoa e cidadã colocados em segundo plano. Sendo vista como objeto, o desejo da mulher não é respeitado e é isto que fica evidente nos crimes sexuais; eles mostram o extremo desrespeito ao direito da mulher dizer “não” a um desejo do homem (PMSP, 1999, s/p)

Além do exposto, outra consideração acerca deste contexto é o fato de o relacionamento sexual entre pessoas do mesmo sexo ser caracterizado como homossexualidade. Talvez este entendimento seja uma afronta a masculinidade do agressor, e juntamente com a submissão historicamente do sexo feminino sejam fatores que levam a maior prevalência da violência sexual ocorrer sobre as mulheres.

Idade das vítimas, local de ocorrência e vínculo com agressor

Gráfico 6: Idade das Vítimas

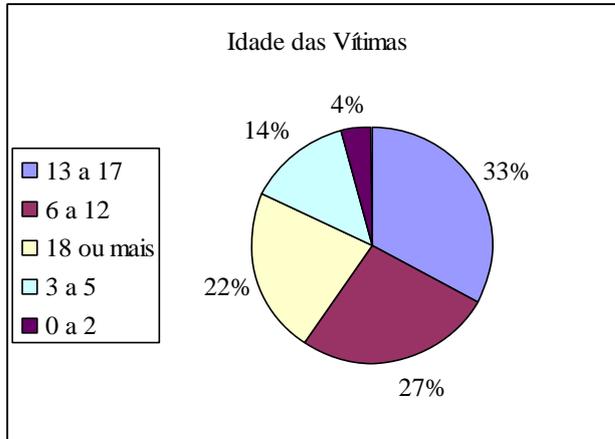
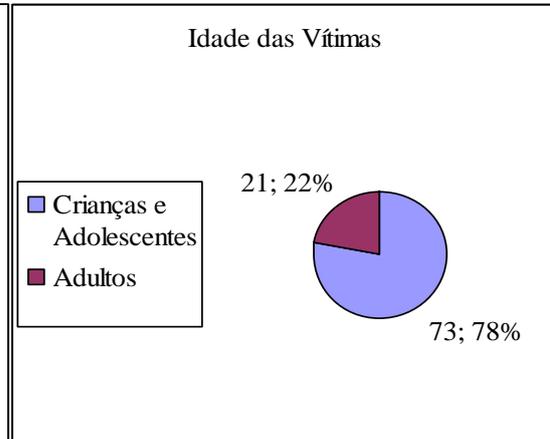
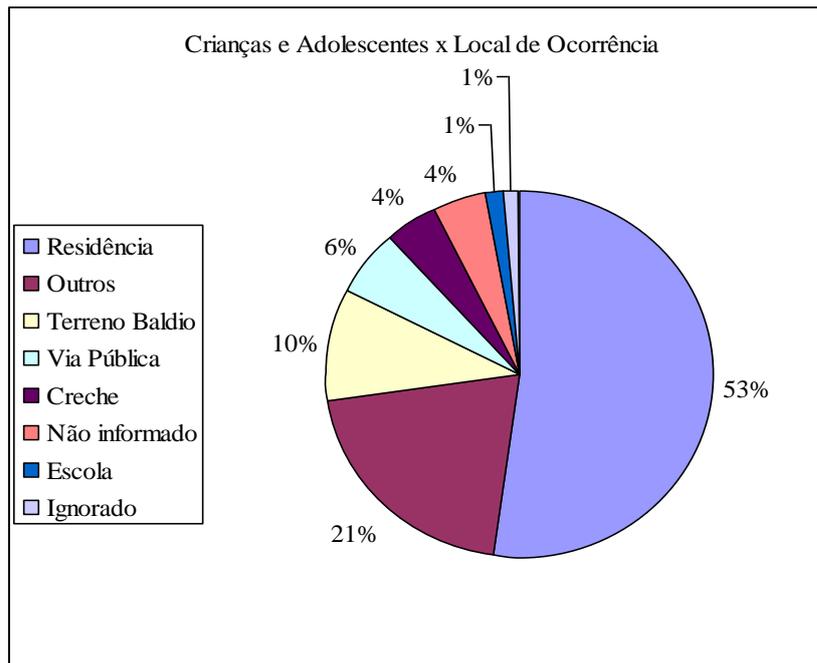


Gráfico 7: Idade das Vítimas

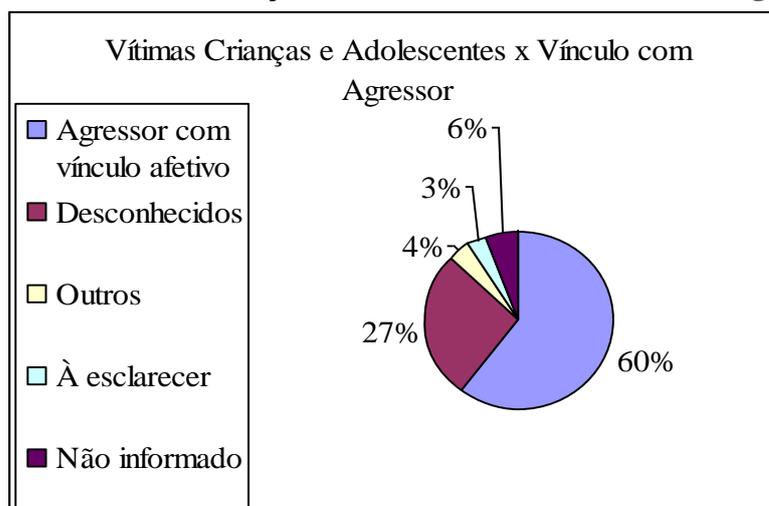


Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Gráfico 8: Vítimas Crianças e Adolescentes x Local de Ocorrência



Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Gráfico 9: Vítimas Crianças e Adolescentes x Vínculo com Agressor

Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Como apresentado mediante os gráficos acima, os dados referente à idade das vítimas são discrepantes (21 adultos e 73 crianças e adolescentes). Destas 73 vítimas crianças e adolescentes, 53% foram violentadas na residência e tiveram como agressor pessoas com vínculo afetivo ou laço de parentesco, corroborando com a colocação do Centro Regional aos Maus-Tratos na Infância (2002, p.19), que apresenta o perpetrador da violência sexual contra esta faixa da população como o “pai, padrasto, parente ou pessoa que tem proximidade ou afeição para com a vítima e é de sua confiança”. E ainda, no Brasil em 2011, 10.425 pessoas foram atendidas em hospitais vítimas de violência sexual. Em 23% dos casos, pais e padrastos foram os responsáveis pelo abuso (ESTADÃO, 2012).

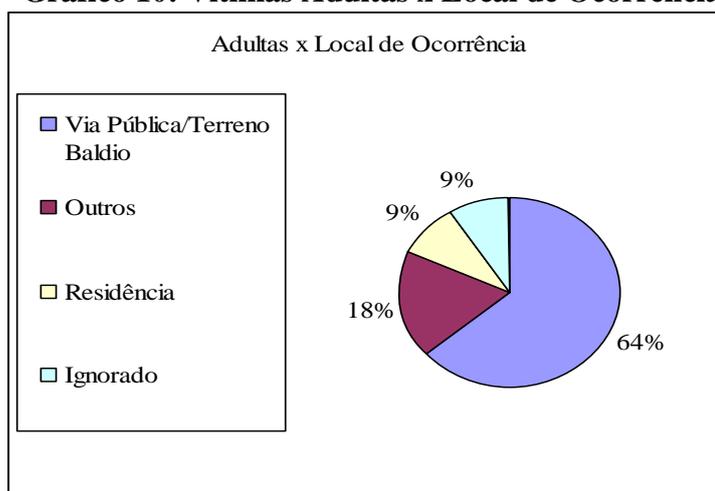
Ou seja, entre as crianças e adolescentes configura-se predominantemente a violência sexual doméstica, no entanto, pais/mães e padrastos/madrastas foram citados como agressores em somente 7 casos, sendo predominantemente os amigos/conhecidos da família como principal agressor (28 casos).

As 94 vítimas analisadas neste trabalho estão inseridas no contexto da violência sexual contra crianças e adolescentes apresentadas pelo jornal Diário Catarinense (DC, 2012), onde constam 5.471 casos de tentativas e estupros desde 2007 no Estado de Santa Catarina.

No que se refere à violência sexual contra as vítimas adultas, a análise dos atendimentos do programa refutaram parcialmente a concepção do Ministério da Saúde (2002b, p.6) de que “a violência sexual afeta em especial as mulheres e ocorre no espaço doméstico”.

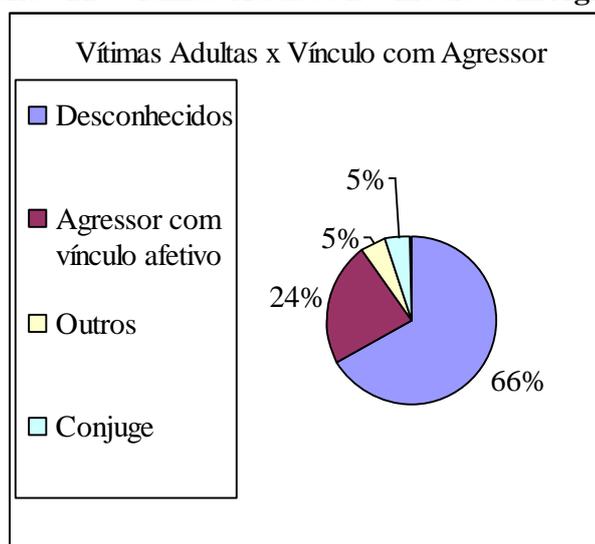
Como já apresentado, particularmente no contexto deste trabalho, as vítimas são predominantemente mulheres, no entanto, entre as vítimas adultas, a violência sexual foi perpetrada principalmente por desconhecidos e ocorreu em locais públicos como terreno baldio ou via pública conforme os gráficos a seguir.

Gráfico 10: Vítimas Adultas x Local de Ocorrência



Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Gráfico 11: Vítimas Adultas x Vínculo com Agressor



Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Conforme os gráficos demonstram, dentre os agressores das vítimas adultas, o principal perpetrador da violência foi um desconhecido e ela ocorreu em ambientes públicos. Na maioria dos casos a vítima estava no caminho de casa, do trabalho, em praças públicas,

ponto de ônibus, etc. No que se refere à classificação “outros” na variável local de ocorrência, foram citadas festas, motéis, entre outros. Ou seja, a prevalência da violência contra vítimas adultas atendidas pelo programa não foi de violência sexual doméstica, pois prevaleceu a ocorrência em espaço público.

Esta característica das vítimas adultas nos permite alguns questionamentos referente ao agressor. Será que realmente os casos de violência entre pessoas com laço afetivo ou relação de parentesco (conhecidas) não tem ocorrido, ou devido aos sentimentos envolvidos, esta vítima não procura atendimento? Será que esta vítima não entende o sexo forçado mesmo perpetrado por esta pessoa conhecida como violência sexual? Ou será que o motivo para esta não procura está relacionado com o receio de o agressor responder judicialmente pelo ocorrido? No entanto, é necessário que as vítimas adultas saibam que a procura pelo serviço de saúde não implica necessariamente que o agressor será punido, pois ela tem o poder de decisão sobre sua vida e não registrar o BOP. Desta forma, ela terá todo cuidado de saúde mas não precisará denunciar o agressor.

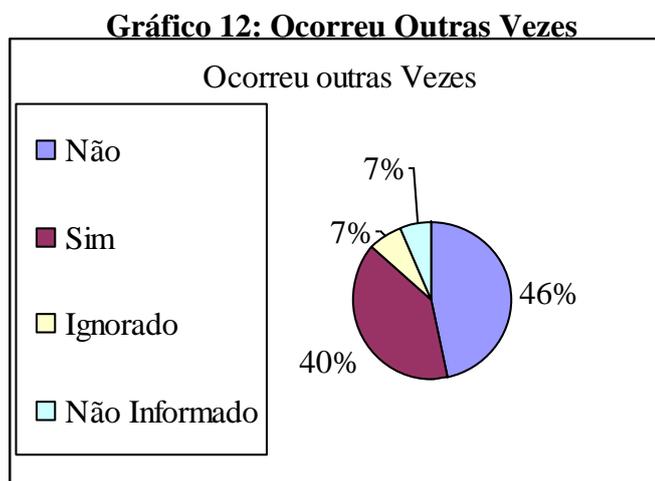
Destacamos ainda, que em somente um caso o agressor foi o companheiro, o que nos leva a um questionamento de extrema importância no que se refere ao sexo forçado no casamento, que também é uma forma de violência sexual, pois a mulher é obrigada a satisfazer os desejos do companheiro, tendo sua intimidade devassada (MS, 2002b).

Este contexto nos questionou referente os casos de violência sexual perpetrada pelo companheiro. Esta realmente não tem ocorrido ou a mulher não entende como violência sexual? Ou entende como sua real obrigação de esposa? Ou é também vítima de violência física e tem medo de procurar ajuda? Enfim, os questionamentos acerca desta questão foram muitos, mas não temos como respondê-los nesta pesquisa.

Por fim, não foi possível analisar nesta pesquisa a ocorrência de violência sexual contra vítimas idosas. Fato este devido uma falha na sistematização das variáveis coletadas da fichas de notificação, onde a faixa de idade de 18 anos ou mais considerou todos acima desta idade. No entanto, é de nosso conhecimento que os idosos também são vítimas de violência sexual, mas não serão caracterizados com esta pesquisa.

Ocorreu Outras Vezes

Como variável relevante a ser analisada foi a repetição da violência sexual, que conforme o Gráfico 12 apresenta, ocorreu em 40% dos casos.



Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

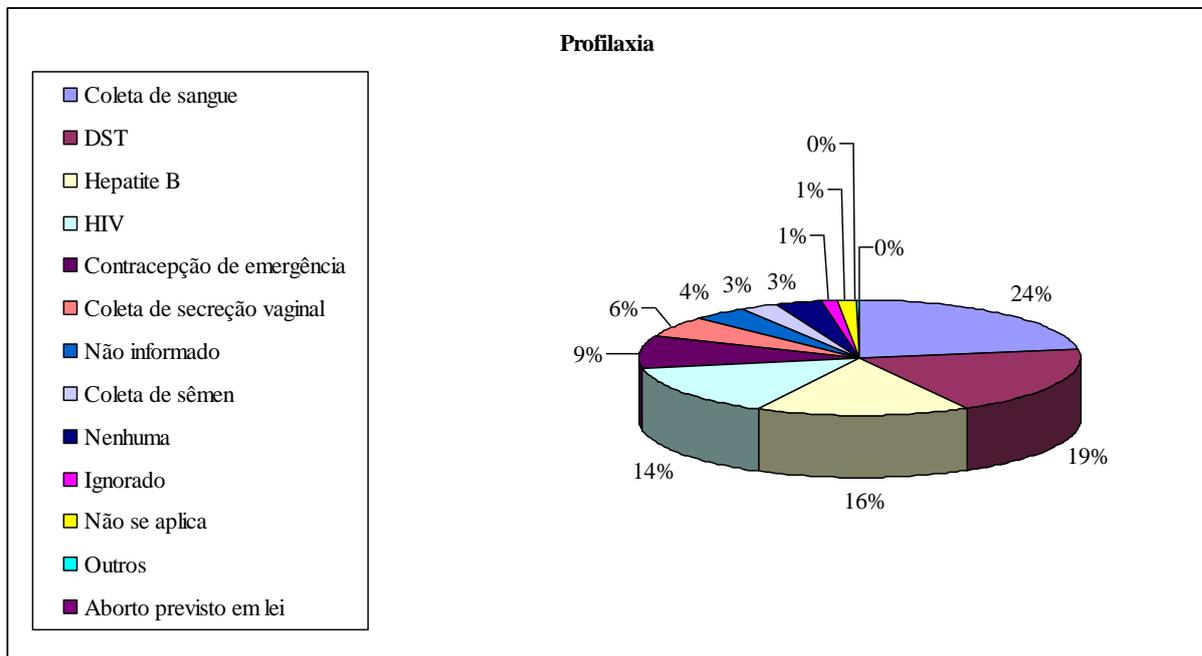
Como a prevalência da violência sexual, conforme os dados já apresentados, as vítimas foram crianças e adolescentes, deu-se no âmbito doméstico e teve como principais agressores os amigos/conhecidos, com fácil acesso à vítima, em grande parte dos casos atendidos, aquela não foi a única vez que a vítima foi violentada, o que nos leva a considerar a colocação apresentada na apostila do curso de capacitação para conselhos tutelares e de direitos de Santa Catarina (1999, p.33) de que “a criança participa de um complô de silêncio e costuma ser pressionada para nada revelar, sofrendo ameaças e também porque teme o descrédito do adulto comum nas relações adulto-criança”.

É comum o agressor ameaçar, chantagear e até mesmo tratar a violência sexual como um segredo entre os dois, o que leva principalmente a criança a manter aquele segredo.

Os casos em que a violência sexual ocorreu apenas uma vez, em maioria foram aqueles em que a vítima adulta foi abordada em espaço público.

Profilaxia

Gráfico 13: Frofilaxia



Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

A profilaxia se refere aos procedimentos de saúde realizados durante o atendimento. Este é o principal objetivo do programa, o cuidado com a saúde da vítima. No entanto, é de suma importância a procura do serviço até 72 horas após a violência. Para vacina da Hepatite B a vítima recebe um encaminhamento que contém no kit e comparece ao Hospital Nereu Ramos para vacinação.

Como a vítima mulher recebe contracepção de emergência, não houve nenhum caso com necessidade de aborto previsto em lei. No entanto, a Assistente Social coordenadora do programa atendeu mulheres que foram vítimas de violência sexual, mas não procuraram o serviço e também não registraram o BOP, pois a vítima adulta tem o poder de decisão sobre sua vida.

Como consequência da violência, elas engravidaram e procuraram o Serviço Social para obter informações sobre o aborto previsto em lei, situação esta que segundo o Ministério da Saúde (MS, 2005, p. 42),

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais

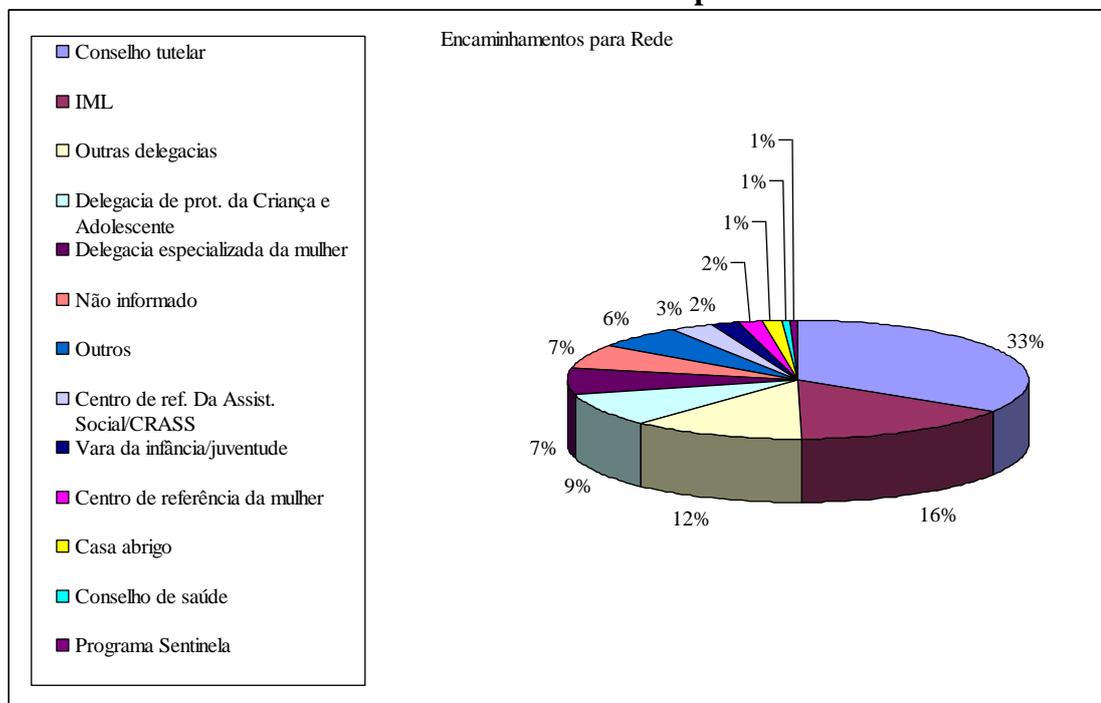
cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à justiça.

No entanto, caso seja descoberto que a gravidez não foi consequência de estupro, consta no CP, no Art. 20, § 1º, que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Ou seja, se todas as orientações forem prestadas e os procedimentos cumpridos pelos profissionais de saúde, o ato será de responsabilidade da gestante e somente ela responderá criminalmente por sua atitude.

Portanto, por não ter o serviço ativo no HRSJHMG, as vítimas mencionadas acima foram orientadas e encaminhadas ao Hospital Universitário de Florianópolis.

Encaminhamentos para Rede de Atendimento

Gráfico 14: Encaminhamentos para Rede



Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Como a prevalência das vítimas atendidas pelo programa foi de crianças e adolescentes, estes casos foram comunicados pela Assistente Social coordenadora do

programa ao Conselho Tutelar de cada município. Caberá a ele o acompanhamento da família e as intervenções necessárias.

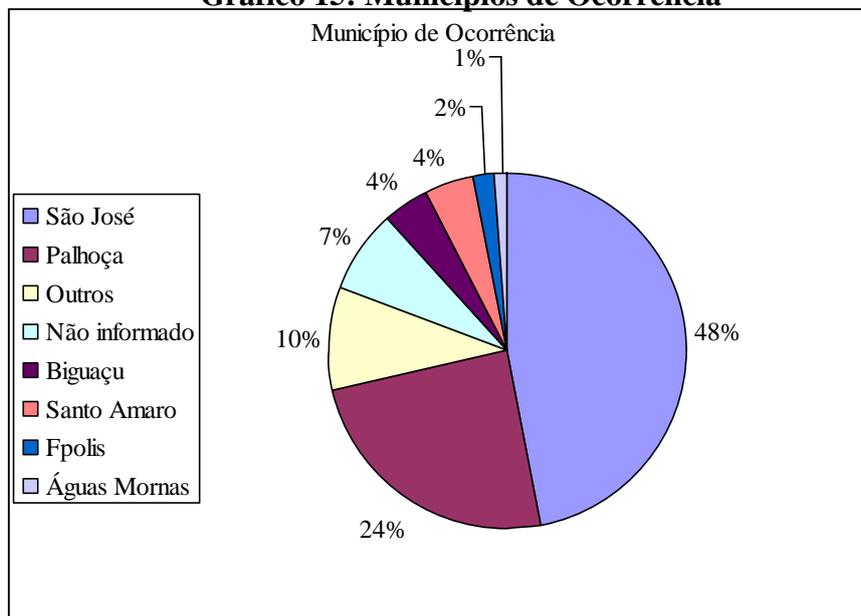
Os encaminhamentos para o IML são uma falha da Rede que acompanha o serviço desde o início dos atendimentos, pois os profissionais não comparecem ao hospital para atendimento das vítimas. Esta situação foi notificada em setembro de 2008 pelo Diretor do Instituto Geral de Perícias (IGP) ao diretor do HRSJHMG mediante ofício que tal situação ocorre devido a falta de profissionais para assumir funções além das que já exercem no IML.

No entanto, com esta situação, ocorre o rompimento da Rede que procura evitar a revitimização, pois a vítima precisa se deslocar até o IML que fica no município de Florianópolis para fazer o exame de corpo de delito. No entanto, há casos em que ela vem acompanhada por policiais da delegacia em que registrou o BOP; ou possui uma renda que não permite o deslocamento até o IML; ou desiste de procurar o serviço, pois já recebeu o atendimento de saúde; entre outras situações que a levam a não fazer o exame e conseqüentemente o rompimento da Rede. Contudo, esta decisão de não comparecer ao IML precisa ser respeitada, pois a vítima adulta tem o poder de decisão sobre sua vida.

Segundo a Assistente Social coordenadora do programa, no município de Palhoça recentemente iniciou o funcionamento de um IML, no entanto não é realizado o exame de conjunção carnal, para comprovar a violência sexual. Como este município faz parte da Rede Regionalizada, seria uma possibilidade de completar esta Rede conforme preconiza o Ministério da Saúde, considerando o possível deslocamento até o HRSJHMG, bem como o melhor acesso a este município, estando mais próximo de São José que é a referência para o atendimento às vítimas de violência sexual.

Municípios de Ocorrência

Gráfico 15: Municípios de Ocorrência



Fonte: Banco de dados do Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do HRSJHMG.

Durante o processo de implantação da Rede, os municípios que compõe a 18ª Regional foram visitados e os Secretários Municipais de Saúde convidados a assinar o termo de adesão à referida Rede, que foi de total aceitação.

No entanto, com o passar do tempo e com a troca destes secretários, bem como a renovação da equipe dos Conselhos Tutelares e a falta dos técnicos dos municípios nas reuniões da Rede, fez com que a informação da existência do serviço se perdesse. Cabe a ressalva de que a permanente divulgação junto à comunidade e instituições de segurança, saúde e educação ficou como responsabilidade de cada município (FLUXO INTERNO, s/a).

Segundo a Assistente Social coordenadora do programa, em alguns casos, principalmente quando a vítima é criança ou adolescente, ocorre a busca pelo serviço do município de Florianópolis, pois no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) é prestado o atendimento completo, com a presença do médico legista, não sendo necessário o deslocamento até o IML para exame de conjunção carnal caso necessário. Neste município o IML comparece a todos os serviços de saúde onde são prestados atendimento às vítimas de violência sexual.

O município de São José por ser referência no atendimento e o município com maior número de habitantes, conforme já mencionado, é compreensível que tenha a maior prevalência de ocorrência. Já os municípios de Palhoça e Santo Amaro são os mais próximos

e com articulação constante com o município de São José, e também possuem elevado número de habitantes.

Referente a esta variável, o questionamento que se faz acerca dos municípios de menor porte, os quais estão inseridos em “outros” devido aos poucos ou nenhum caso de violência sexual (somados contam 9 casos).

Mediante este contexto, foram levantados três importantes questionamentos:

- ✓ Devido ao serviço do município de Florianópolis estar melhor organizado, com o atendimento do médico legista em todos os serviços de saúde que atendem a vítima de violência sexual favorece a procura das vítimas pelo atendimento neste município? Pois terá todo o atendimento em um único local?
- ✓ Realmente não tem ocorrido violência sexual nos municípios de pequeno porte, ou devido ao passar do tempo e troca de profissionais o conhecimento referente a Rede e a participação nela não foi repassada aos novos profissionais?
- ✓ Independente dos municípios, a vítima que sofre violência sexual tem procurado ajuda, ou devido ao segredo familiar que pode envolver a violência sexual perpetrada no ambiente doméstico impede a vítima ou a família a procurar ajuda?
- ✓ Principalmente em municípios de pequeno porte, os habitantes todos se conhecem e sabem o que ocorre na família dos demais. Será que esta situação impede de a vítima ou a família de procurar ajuda?

Enfim, os questionamentos levantados nesta pesquisa não poderão ser respondidos neste momento, mas pode ser um instrumento para que esta manifestação da violência que assola indivíduos de todas as classes, sexo e idade seja estudada posteriormente e nos traga esclarecimentos acerca deste tema.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver o TCC, buscamos apresentar a experiência vivenciada acerca do tema violência sexual durante o estágio curricular obrigatório no curso de Serviço Social da UFSC. O referido estágio ocorreu no setor de Serviço Social do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG).

A pesquisa documental foi desenvolvida com objetivo de traçar o perfil das vítimas atendidas pelo Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis, que integra a Rede de Atenção a Vítima de Violência Sexual. Esta Rede foi criada através da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes.

A norma supramencionada é uma política pública de atendimento à vítima de violência sexual criada pelo Ministério da Saúde em 1999, que responsabiliza os municípios a construir e implementar uma rede de atendimento envolvendo as áreas de saúde, segurança, apoio psicossocial e jurídico, bem como o registro dos atendimentos no banco de dados.

A Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis foi regulamentada no ano de 2006 e iniciou os atendimentos em agosto de 2007, tendo o HRSJHMG como referência para o atendimento de saúde das vítimas provenientes dos 22 municípios que integram a 18ª Regional de Saúde (São José, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, Biguaçu, Alfredo Wagner, Angelina, entre outros), inclusive Florianópolis que é o único município além de São José que possui sua própria Rede.

Para desenvolvimento do presente trabalho foi necessário contextualizar o fenômeno violência, suas manifestações (física, psicológica, negligência e sexual), suas principais vítimas, bem como os espaços em que ela ocorre. No entanto, o enfoque da pesquisa foi referente à violência sexual, que ocorre quando a sexualidade da vítima é violada, perpetrada contra as mulheres e crianças e adolescentes.

Posteriormente, para traçar o perfil das vítimas, foram analisadas as planilhas criadas pelo Serviço Social da instituição com variáveis coletadas das fichas de atendimento, totalizando 94 atendimentos entre agosto de 2007 e outubro de 2011, pois foram objetos de estudo da autora durante o estágio já mencionado.

A principal característica da Rede Regionalizada é o atendimento à vítima independente do sexo e idade desde sua criação em 2007. Ou seja, apesar de a Norma Técnica ter preconizado o atendimento às vítimas mulheres e adolescentes, o serviço disponibilizado

pelo município considerou os agravos à saúde da vítima e a necessidade dos cuidados de saúde.

No entanto, a situação supramencionada antecipou a atualização da Norma de acordo com o novo Código Penal Brasileiro, que alterou a tipificação do estupro, não sendo mais reconhecido mediante conjunção carnal. Como consequência, a violência perpetrada contra o homem também é reconhecida como estupro, e possui o mesmo direito ao serviço que já disponibilizado às mulheres.

Com a análise dos dados dos atendimentos, a principal consideração se refere a presença de dois perfis bem caracterizados e distintos das vítimas atendidas pelo programa.

O primeiro perfil trata das vítimas crianças e adolescentes, as quais foram as mais violentadas no período, somando 78% dos casos. A maioria é do sexo feminino, violentadas no âmbito doméstico e tendo como agressor os conhecidos ou amigos seus e da família (60%), com quem possuem laços afetivos ou parentesco. Nestes casos observou-se também a repetição da violência, situação esta decorrente do fácil acesso do agressor à vítima, a vulnerabilidade delas, o desconhecimento dos direitos a ela reservados, bem como dificuldade em falar sobre a agressão sofrida e a tratam como segredo entre ela e o agressor.

O segundo perfil identificado foi a violência sexual perpetrada contra as mulheres adultas (22%), que em 64% dos casos foram violentadas em espaços públicos e os desconhecidos foram os principais agressores 66%. Fato este que nos permite o questionamento se verdadeiramente as mulheres não tem sofrido a violência perpetrada por seus companheiros (namorados, maridos, etc) ou amigos, ou elas não entendem como violência sexual. E ainda, devido à dependência destes e/ou os laços que os une podem consistir em um impedimento na busca por ajuda.

Esta característica da violência cometida contra as crianças e adolescentes e contra a mulher é algo que persiste na conjuntura histórica, em que seus direitos sempre foram reduzidos. As mulheres sempre foram reservadas as atividades de ordem doméstica e deveria satisfazer a vontade do marido. Já os filhos, deviam obediência e respeito ao pai, caso contrário, eram punidos com a violência.

Como impasse para o funcionamento adequado da Rede, desde sua implantação está o IML, que não comparece ao HRSJHMG para exame de conjunção carnal. Esta situação muitas vezes rompe com o atendimento integral preconizado pela Norma Técnica, pois a vítima adulta tem o livre poder de decisão sobre sua vida. Portanto, ela pode optar em ir ao IML para realização do exame, no entanto, caso ela não procure o serviço, o atendimento integral fica incompleto. Consequentemente, não é coletado o material para identificação do

agressor, o favorecendo a ficar impune e possibilitando em alguns casos a perpetração da violência contra outras vítimas.

Pontuamos também, a necessidade de constante capacitação dos funcionários das instituições inseridas na Rede, para que prestem um atendimento qualificado e pautado na ética profissional, bem como a divulgação dela nos municípios da 18ª Regional, visto que este é um serviço de extrema importância aos agravos resultantes da violência sexual.

Como consideração final, trazemos a não existência de um ambulatório para atendimento das vítimas após a profilaxia e os encaminhamentos indicados nos municípios de origem. Após este encaminhamento, a coordenação do programa não possui nenhum dado sobre a continuidade dos atendimentos. No entanto, se o HRSJHMG disponibilizasse o ambulatório e um profissional médico para atendimento destas vítimas, seria possível o acompanhamento sistemático das consequências e sequelas decorrentes da violência sexual, bem como a orientação a outras questões que certamente a vítima carrega consigo.

Finalizo este trabalho que foi produzido não somente com o objetivo de concluir o curso, mas com a finalidade de aprofundamento teórico acerca do tema violência sexual e oferecer questionamentos e considerações como suporte para futuros processos de intervenção junto ao Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual da Grande Florianópolis e a Rede Regionalizada.

REFERÊNCIAS

ADESSE, Leila; SOUZA, Cecília de Mello. **Violência Sexual no Brasil: Perspectivas e desafios**. Brasília: Ipas Brasil, 2005.

ALGERI, Simone et al. **Violência Intrafamiliar Contra a Criança no Contexto Hospitalar e as Possibilidades de Atuação do Enfermeiro**. Revista do HCPA, nº 27, 2007, p. 57-60.

AMARO, Sarita. **Crianças vítimas de violência: das sombras do sofrimento à genealogia da resistência : uma nova teoria científica**. Niteroi (RJ): Parthenon, 2003.

AZEVEDO, Maria Amélia. **Mulheres Espancadas – a violência denunciada**. São Paulo: Cortez, 1985.

BRASIL. Constituição Federal 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.069/1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Ação Social, 6a. ed. 2006.

_____. Lei nº 8.842/1994. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: NETtp://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.html. acesso em: 20 de julho de 2012.

_____. Lei nº 10.741/2003. **Estatuto do Idoso**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 29 de julho de 2012.

_____. Lei nº 11.340/2006. **Lei Maia da Penha**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2008.

IBGE. **Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo Senso 2010**. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br. Acesso em 26 de julho de 2012.

_____. **Contagem da População em 2007**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/SC.pdf. Acesso em 26 de julho de 2012.

CARVALHO, Dyana Ayres dos Santos. **A Rede de Atenção Integrada às Vítimas de Violência Sexual - RAIVVS, como uma política pública de atendimento à violência sexual contra as mulheres no município de Florianópolis**. Departamento de Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Florianópolis: UFSC, 2011.

CENTRO REGIONAL AOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA. **Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor**. São Paulo: Cortez, UNICEF, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **O Desafio do Enfrentamento da Violência: Situação Atual, Estratégias e Propostas**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2008.

DC. Geral. **Abuso Sexual**. Florianópolis, maio, 2012, p. 21.

DIAS, Maria Berenice. **A lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo (SP): Revista dos Tribunais, 2010.

DINIZ, Simone G. **Violência De Gênero: O trabalho com violência de gênero como questão de saúde**. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/documentos/violencia_de_genero.pdf. Acesso em 08 de maio de 2012.

DOMINGUEZ, Bruno; MACHADO, Katia. Lei Maria da Penha: limites ou possibilidades? **Revista RADIS – Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro, n. 92, p. 10-15, abril 2010.

DOMINGUEZ, Bruno. Violência Contra a Criança e o Adolescente: Denunciar é um dever. **Revista RADIS – Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro, n. 70, p. 8-11, junho de 2008.

DUMARA, Nádia. **A Violência contra o Idoso. Curso de Especialização Políticas de Gestão em Segurança Pública**. Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão. Núcleo de Trabalhos Comunitários. Pontifca Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

ESTADÃO. Homicídio de adolescentes sobe 346% em 30 anos. Disponível em: http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/noticias2012/viol/estadosp18072012_homicidios_jovens_aumentam_brasil.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2012.

FALCÃO, Flávia. **Ciclo da violência pode ter raiz nos castigos físicos na infância**. Disponível em: <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?boletim=1&lang=PT&cod=68689>. Acesso em 18 de julho de 2012.

FLUXO INTERNO. **Atendimento da vítima de violência sexual no Hospital Regional de São José**. São José, s/a, mimeo.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida. **A violência contra a mulher e a saúde: um estudo sobre a atenção às mulheres em situação de violência nos serviços básicos de saúde em Florianópolis/SC**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2007.

Gil, Antônio Carlos, **Métodos e técnicos de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 07-18, 1994.

_____. Maria Cecília de Souza. **Violência Contra Idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004

_____. Maria Cecília de Souza. **Violência Contra Idosos**. Disponível em http://www.portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/eixos_tematicos.doc. Acesso em 27 de junho de 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira . **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual**. Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. 2 ed. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.– Caderno nº 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Informações de Saúde. **Mortalidade**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm. Acesso em 23 de junho de 2012.

_____. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. 3 ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Painel de Indicadores do SUS: Prevenção de Violências e Cultura de Paz**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2008.

_____. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Crimes contra a dignidade sexual**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo (SP): Revista dos Tribunais, 2009.

NUNES, Renata. **A Prática profissional do assistente social no enfrentamento da violência: a desafiadora (re) construção de uma particularidade**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2011.

OI SÃO JOSÉ. Especial. **São José ganha Delegacia da Mulher**. São José, dezembro, n. 175, 2010. Disponível em: http://www.oisaojose.com.br/site/index.php?ed=175&pag=show_editorial&editorial_atual=5&total=2&materia=1504. Acesso em: 14 de agosto de 2012.

OMS. **Relatório da Organização Mundial da Saúde**. Brasília: Distrito Federal, 2002.

PINTO, Celi Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo, 2003.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política de Assistência Social para a Pessoa Idosa**. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/eixos_tematicos.doc. Acesso em: 02 de julho de 2012.

PMSP. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Violência Sexual**: uma questão de saúde e direitos humanos. São Paulo, 1999, mimeo.

SAFFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTA CATARINA. **Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes**. Apostila do curso de capacitação para conselhos tutelares e de direitos de Santa Catarina. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família, 1999.

SCHREINER, Marilei Teresinha. **O abuso sexual numa perspectiva de gênero**: o processo de responsabilização da menina. Programa de Pós-graduação em Serviço Social (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2008.

SILVA, Daniela de Andrade. **Crianças e adolescentes em contextos de violências sexuais**: (re) pensando a demanda reprimida do serviço de enfrentamento a violência, ao abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes no município de Palhoça. Departamento de Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Florianópolis: UFSC, 2009.

SILVA, Luciane Lemos da. **CEVIC**: a violência denunciada. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE ATENDIMENTO PADRONIZADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

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

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. 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 (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência		
	8 Nome do paciente							9 Data de nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarala 4-Preta 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica								
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe				
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)				
	Dados Complementares								
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação								
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado				33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento						
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		Código (IBGE)		38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)			43 Geo campo 3		44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado						49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
						50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências				Sinan NET		SVS		10/07/2008	

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-coriante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____		
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei					
	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____					
Consequências da violência	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
Lesão	59 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
	61 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____					
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	
	68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data _____	
71 Data de encerramento _____						
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica - sexual e/ou outras violências						
Sinan NET						
SUS 14/07/2008						

**ANEXO B – PLANILHA DO SERVIÇO SOCIAL COM VARIÁVEIS PARA
COLETA DOS DADOS DA FICHA DE ATENDIMENTO**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE
MIRANDA GOMES
SERVIÇO SOCIAL

DADOS VIOLENCIA SEXUAL

Mês: Ano:				
		caso 1	caso 2	Total
Idade	0 a 2			
	3 a 5			
	6 a 12			
	13 a 17			
	18 ou mais			
Sexo	Masculino			
	Feminino			
Raça/cor	Branca			
	Preta			
	Amarela			
	Parda			
	Indígena			
	Ignorado			
Escolaridade	Analfabeto			
	Fundamental incompleto			
	Fundamental completo			
	Médio incompleto			
	Médio completo			
	Superior incompleto			
	Superior completo			
	Não se aplica			
	Ignorado			
	Não informado			
Ocupação	Desempregado			
	Empregado			
	Estudante			
	Do lar			

	Menor			
	Não informado			
Deficiência	Não possui			
	Física			
	Mental			
	Visual			
	Auditiva			
	Outras			
	Não informado			
	Local de ocorrência	Residência		
Escola				
Casa do acusado				
Via pública				
Creche				
Terreno baldio				
Outros				
Ignorado				
Não informado				
Município de ocorrência	Águas Mornas			
	Biguaçu			
	Fpolis			
	Palhoça			
	Santo Amaro			
	São José			
	Outros			
	Não informado			
Zona de ocorrência	Urbana			
	Rural			
	Peri urbana			
	Ignorado			
	Não informado			
Ocorreu outras vezes	Sim			
	Não			
	Ignorado			
	Não informado			
Meio de agressão	Nenhum			
	Inst. perfuro-cortante			
	Arma de fogo			
	Força corporal			
	Enforcamento/sufocação			
	Outros			
	Ignorado			
	Não se aplica			

	Não informado			
Tipo de violência	Física			
	Psicológica/moral			
	Sexual			
	Tortura			
	Negligência/abandono			
	Outros			
	Ignorado			
	Não informado			
Natureza lesão	Sem lesão			
	Fratura			
	Traumatismo			
	Queimadura			
	Contusão			
	Corte/perfuração/laceração			
	Outros			
	Ignorado			
	Não informado			
Parte do corpo atingida	Nenhuma			
	Abdome/ Quadril			
	Boca/dente			
	Cabeça/face			
	Coluna			
	Membros inferiores			
	Membros superiores			
	Órgãos genitais/ânus			
	Outros			
	Ignorado			
	Não se aplica			
	Não informado			
Violência sexual? Qual tipo	Não			
	Assédio sexual			
	Estupro			
	Atentado viol. ao pudor			
	Pornografia infantil			
	Exploração sexual			
	Constrangimento			
	Outros			
	Ignorado			
	A esclarecer			
	Não informado			
Ocorreu penetração	Sim			
	Não			

	Ignorado			
	Não informado			
Consequência da ocorrência	Nenhuma			
	Aborto			
	DST			
	Estresse pós-traumático			
	Gravidez			
	Outros			
	Ignorado			
	Não informado			
	Profilaxia/medicação	DST		
HIV				
Hepatite B				
Coleta de sangue				
Coleta de sêmen				
Coleta de secreção vaginal				
Contracepção de emergência				
Aborto previsto em lei				
Outros				
Nenhuma				
Ignorado				
Não se aplica				
Não informado				
Numero de envolvidos		Um		
	Dois ou mais			
	Ignorado			
	Não informado			
Vínculo com agressor	Pai/mãe			
	Padrasto/madrasta			
	Cônjuge			
	Namorado			
	Amigos/conhecidos			
	Desconhecido			
	Cuidador			
	Outros			
	Ignorado			
	Não informado			
	Sexo do agressor	Masculino		
Feminino				
Ambos				
Ignorado				
Não informado				
Suspeita de uso de álcool/drogas	Sim			

	Não				
	Ignorado				
	Não informado				
Evolução do caso	Alta				
	Evasão/fuga				
	Enc. Ambulatorial				
	Enc. Hospitalar				
	Outros				
	Ignorado				
	Não informado				
Encaminhamentos p/ outros setores	Conselho tutelar				
	Conselho de saúde				
	Casa abrigo				
	Vara da infância/juventude				
	Programa Sentinela				
	Delegacia especializada da mulher				
	Delegacia de prot. da Criança e Adolescente				
	Outras delegacias				
	Fórum				
	IML				
	Centro de referência da mulher				
	Centro de ref. da Assist. Social /CRASS				
	Outros				
	Não informado				
	Função do profissional	Médico			
		Enfermeiro			
Assistente social					
Outros					
Sem assinatura					