

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

SUÉLEN DA SILVA LEMOS

**SERVIÇOS DE SAÚDE E VIOLÊNCIA SEXUAL:
A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A GARANTIA DO
ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS**

PORTO ALEGRE

2018

SUÉLEN DA SILVA LEMOS

**SERVIÇOS DE SAÚDE E VIOLÊNCIA SEXUAL:
A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A GARANTIA DO
ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau e Bacharel em Políticas Públicas, curso ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Andréa Fachel Leal

PORTO ALEGRE

2018

Índice de Quadros

Quadro 1 Principais documentos internacionais que mencionam a violência contra a mulher	363
Quadro 2 Principais avanços de Políticas Públicas direcionadas a mulheres vítimas de violência sexual no Brasil	363

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	8
2.1 VIOLÊNCIA E A CONEXÃO COM A ÁREA DA SAÚDE.....	8
2.2 GÊNERO: BREVE INTRODUÇÃO CONCEITUAL	9
2.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO	10
3 POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS BÁSICOS	15
3.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	17
3.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA – SAÚDE.....	17
3.3 SAÚDE: UM DIREITO SOCIAL	19
3.4 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	22
4 POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS NA ÁREA DA SAÚDE ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	23
4.1 NATUREZA DOS INSTRUMENTOS LEGAIS.....	25
4.2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – NORMA TÉCNICA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES	27
4.3 PRINCIPAIS DISPOSITIVOS JURÍDICOS QUE ABORDAM A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL	30
5 DIREITOS AMEAÇADOS	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	44

RESUMO:

O trabalho explora a relação entre a saúde e a violência, concentrando-se na violência sexual praticada contra a mulher como questão de saúde pública. O principal objetivo da pesquisa é analisar as políticas públicas implementadas na área da saúde direcionadas a atender as vítimas da referida violência. Procura-se também relacionar as legislações vigentes com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes buscando verificar em que medida o documento influenciou no conteúdo das demais políticas. Para o desenvolvimento do estudo, a metodologia aplicada foi a pesquisa documental através da consulta bibliográfica de artigos científicos, legislação pertinente e sites relacionados ao tema. A técnica de análise empregada foi a análise de documentos. Por fim, concluiu-se que nas últimas duas décadas em resposta as reivindicações do movimento feminista o Estado vem criando e aprimorando os instrumentos legais com o intuito de garantir assistência às vítimas. Diversas ações visando o cuidado à saúde da mulher vitimada foram sendo formuladas, objetivando o acolhimento humanizado e a realização de todos os procedimentos ambulatoriais necessários para minimizar os danos causados pela violência sexual. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes foi fundamental para organizar os serviços de saúde, as legislações que surgiram após o documento regulamentaram grande parte do seu conteúdo, estruturando os serviços de saúde.

Palavras chaves: violência sexual, violência de gênero, políticas públicas de saúde, serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Uma violência praticada por um homem contra uma mulher pode se configurar como uma violência de gênero. Apesar desse tipo de violência poder ser exercida por homens contra homens, por mulheres contra mulheres e por mulheres contra homens a forma mais comum é a violência do homem contra a mulher (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005; FAÚNDES et al, 2006; SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006). Heise (1994, p.47-48 apud GIFFIN, 1994, p.148) define violência como “um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na autoidentidade e nas instituições sociais” e que “em muitas sociedades, o direito (masculino) a dominar a mulher é considerado a essência da masculinidade”. Esse fenômeno se manifesta de diferentes formas. Apesar da agressão física ser a que mais se destaca, podendo em alguns casos provocar a morte, há ainda a violência psicológica e sexual. (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005)

A violência sexual historicamente afeta a vida das mulheres de diferentes classes sociais, idades e etnia. (FACURI et. al., 2013, PINTO et al, 2017) A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua violência sexual como

todo ato sexual, tentativa de se consumir um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais dirigidos a alguém contra sua vontade, ou as ações para comercializar ou utilizar de outro modo qualquer a sexualidade de uma pessoa mediante coerção, por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo, mas não limitando-se ao lar e ao ambiente de trabalho (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006, p.175).

Estima-se que no mundo ocorram. 12 milhões de estupros a cada ano (FACURI et al, 2013; BRASIL, 2012; PINTO et al, 2017) enquanto no Brasil estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que haja anualmente 527 mil tentativas ou casos de estupros consumados no país (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Esta mesma pesquisa evidenciou que a maioria das vítimas é do sexo feminino. Segundo Faúndes et. al. (2006) a maior parte dos estudos indicam que a violência sexual afeta principalmente mulheres com idades entre 15 a 49 anos, dessa forma, haverá vítimas jovens expostas a pouco tempo ao risco da violência e outras no final da sua vida reprodutiva. Os agravos resultantes da violência sexual costumam se apresentar na forma de

lesões no corpo, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, problemas ginecológicos, ansiedade, depressão, alcoolismo, uso de drogas, desordem alimentar entre outras consequências (FACURI et al, 2013, 890; CERQUEIRA; COELHO, 2014, p.03; FAÚNDES et al, 2006; BRASIL, 2012, p14; PINTO et al, 2017). Não há um perfil único para classificar os agressores que podem ser tanto conhecidos como desconhecidos da vítima (FACURI et. al., 2013; BRASIL, 2012).

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) aponta que no Brasil no ano de 2012 havia uma média diária de 21,9 mulheres recorrendo aos serviços de saúde vítimas de violência sexual e 14,2 mulheres/dia notificadas como vítimas de estupro consumado (FACURI et. al., 2013, p.890). Considerando a gravidade e o impacto negativo na saúde das vítimas a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde reconheceram na década de 1990 a violência sexual como problema de saúde pública (BRASIL, 2012; FACURI et. al., 2013, p.890; MINAYO, 2007). Para Minayo (2007, p.1260) a violência se transforma em problema de saúde pública porque “afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor”.

No Brasil, em resposta à pressão dos movimentos sociais, sobretudo dos movimentos feministas, ocorreram avanços na formulação e implementação das políticas públicas de proteção à mulher em situação de violência. No país, as ações visando às vítimas de violência sexual na área da saúde concentram-se no âmbito legal, com a criação, consolidação e aprimoramento de instrumentos jurídicos (SCHRAIBER, et. al., 2009; BRASIL, 2012).

Desse modo, entendendo a importância das políticas públicas no setor da saúde para as mulheres em situação de violência, o trabalho procura analisar as medidas implementadas pelo Estado, e identificar a conexão dos dispositivos legais com a primeira Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, editada pelo Ministério da Saúde, que organizou os serviços de saúde direcionados às vítimas de agressão.

Para o desenvolvimento do trabalho foi feita revisão de literatura e análise documental. A revisão de literatura concentrou-se na publicação de artigos científicos em periódicos revisados por pares, mas incluiu também capítulos e livros; a análise de documentos enfocou os textos normativos e legais, além de sites na *internet*. A técnica empregada para a análise foi a análise textual e a reflexão crítica.

2 A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

O intuito desse capítulo é relacionar o fenômeno da violência com a área da saúde. Em seguida procura-se desenvolver alguns conceitos necessários para compreender a violência sexual praticada contra mulher e a inserção desse problema como pauta na agenda política de saúde.

2.1 VIOLÊNCIA E A CONEXÃO COM A ÁREA DA SAÚDE

De acordo com Minayo e Souza (1998) a palavra violência é um termo polissêmico, não havendo definição única para o fenômeno. Contudo, as autoras definem violência como “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”. Caracteriza-se como um problema social e histórico que afeta a vida dos sujeitos de maneira individual e coletiva. Por ser configurar como um problema multicausal, a violência tem diferentes origens e causas (MINAYO, 2007; MINAYO; SOUZA, 1998).

Anualmente no Brasil milhares de pessoas são vítimas da violência estabelecendo o fenômeno como um grave problema social. Para o sistema de saúde, a violência gera enormes prejuízos: os gastos com assistência e reabilitação das vítimas se excedem aos gastos com procedimentos complexos (MINAYO, 2007).

Segundo Agudelo (1990, p.1 apud MINAYO; SOUZA, 1998, p.520) “a violência afeta a saúde porque ela 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”. A Organização Pan-Americana da Saúde (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 520-521) em um documento abordando o assunto da violência (1994) declarou que

a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. O setor de saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social.

Segundo Minayo (2007, p. 1261) o documento da OPAS reconheceu a extensão do problema assumindo a violência como questão de saúde pública. A autora ainda afirma que, para a OPAS, o setor da saúde é fundamental, pois é para os serviços de emergência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social que as vítimas recorrem.

A violência não é exclusividade do gênero feminino ou masculino: todos são afetados pela violência. A violência contra o homem costuma predominar em espaços públicos, em que outros homens figuram como o principal agressor. Já a mulher, com maior frequência é vítima em espaços domésticos, sendo os autores da violência homens do círculo familiar, principalmente cônjuges ou ex-cônjuges (BANDEIRA, 2014; SCHRAIBER; OLIVEIRA, 1999; SCHRAIBER et. al., 2009; SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006).

2.2 GÊNERO: BREVE INTRODUÇÃO CONCEITUAL

Para compreender a violência praticada contra a mulher é imprescindível considerar a influência do gênero nesse fenômeno (BRASIL, 2012; BANDEIRA, 2014). O conceito de gênero surgiu no Brasil recentemente, cooptado do campo linguístico inglês pelas militantes feministas e acadêmicas brasileiras, foi introduzido aos estudos das Ciências Sociais em meados da década de 1970 (FARAH, 2004).

De acordo com Scott (1995) gênero é uma nova categoria de análise para estudar as relações de poder que envolvem as dinâmicas sociais. Para a autora, “o gênero é uma forma primária de significar as relações de poder”. (SCOTT, 1995, p.88) A palavra gênero surge como maneira de evidenciar as relações socioculturais entre mulheres e homens para além do biológico. As diferenças fisiológicas entre os sexos não é negada, porém numa análise que leve em conta relações de gênero, a diferença fisiológica deixa de ser o principal e a atenção se direciona para as relações sociais que permitem observar a desigualdade de poder existente entre os sujeitos. (FARAH, 2004; SCOTT, 1995)

A partir dos estudos de gênero foi possível perceber como homens e mulheres são construídos e construídas de formas distintas nas sociedades. A cada um é atribuído um lugar: à mulher, é reservado o papel de frágil, dócil, cuidadora e submissa, enquanto ao homem cabe a imagem de corajoso, forte, viril e dominante. Essas diferenças na construção do que é ser homem e do que é ser mulher estão intimamente associadas à violência praticada contra a mulher. As análises

de gênero demonstram que a ideia dominante sobre a sexualidade masculina legitima a violência praticada pelo homem, pois se entende que é algo instintivo, natural, incontrolável. (GIFFIN, 1994)

Conforme Sarti, Barbosa e Suarez (2006, p. 174),

a visibilidade do fenômeno da violência é, assim, recortada por gênero, correspondendo às identidades sociais de homens e mulheres construídas em relações sociais. Homens adultos sofrem violência física, particularmente no âmbito público, envolvidos em conflitos, como agressores ou vítimas, enquanto as mulheres adultas são mais agredidas física e sexualmente em conflitos domésticos.

Entende-se que homens também são seres generificados, que sofrem consequências de ter a masculinidade associada à agressividade, ao poder e à virilidade (E.SOUZA, 2005). Conforme E.Souza (2005, p.61) e, Greig (2001) destaca “que precisam ser feitas conexões entre masculinidades, gênero e violência, a fim de articular mais claramente o papel e a responsabilidade dos homens no fim da violência baseada no gênero”. Greig (2001 apud E. Souza, 2005) acredita ser “necessário entender o comportamento dos homens no contexto de suas vidas, focalizar o processo de socialização que produz conexões entre masculinidade e violência”.

2.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Historicamente as mulheres são vítimas de violência. A inserção do conceito de gênero nos estudos sobre a mulher possibilitou perceber que esse fenômeno não é uma ação instintiva, natural, mas reflexo da desigualdade de poder existente nas relações sociais construídas entre homens e mulheres onde as vidas de ambos ganham sentidos diferentes (BANDEIRA, 2014; SARTI; BARBOSA; JUAREZ, 2006).

Silva (2000, p.4) argumenta que

as pesquisas passam a apontar também o caráter relacional entre os sexos que é construído socialmente a partir de relações de poder e conseqüentemente apresentam hierarquias que conduzem à desigualdade social. Não basta estudar mulheres é preciso estudar as relações sociais entre os sexos.

Sendo assim, a violência contra a mulher passa a ser entendida como violência de gênero. A nova expressão, violência de gênero, potencializou as relações, evidenciando os lugares sociais impostos e expondo as múltiplas desigualdades (BANDEIRA, 2014). Na década de 1970, o grande número de assassinatos de mulheres fez com que o movimento feminista alertasse a sociedade civil e o Estado sobre o problema. A maioria desses crimes ocorria dentro dos espaços domésticos onde as mulheres eram vítimas de seus parceiros íntimos. Esse tipo de violência onde o autor é alguém que mantém vínculo afetivo-sexual com a vítima indica a existência do controle social sobre os corpos, a sexualidade e as mentes femininas, ao mesmo tempo em que revela a posição diferenciada de homens e mulheres na estrutura familiar, reforçando e realizando a manutenção do poder e dominação masculina enraizado na sociedade (BANDEIRA, 2014; SCHRAIBER, et. al., 2009).

De acordo com Teles e Melo (2002 *apud* SANTOS e IZUMINO, 2005, p.156-157) a violência de gênero é definida como

uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas.

Não é possível mensurar com exatidão as proporções da violência de gênero. Os seus efeitos são devastadores: produz dor, sofrimento físico e emocional, causando até a morte em alguns casos (SCHRAIBER, et al, 2009). Giffin (1994, p.147) aponta Heise (1994) que indica uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial que concluiu que nas economias de mercado consolidadas as mulheres perdem 19% dos anos de vida por morte ou incapacitação em consequência da violência de gênero.

Nota-se que a violência agride a mulher em vários aspectos, não se restringindo às sequelas no corpo, mas invadindo a dimensão emocional. Essas agressões à vida das mulheres acabam se constituindo também como violações de direitos, ferindo a dignidade, a ética e o respeito humano garantidos em documentos internacionais e na Constituição Federal Brasileira de 1988. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

As manifestações violentas se apresentam de diferentes formas: física, sexual e psicológica (BANDEIRA, 2014; SCHRAIBER, et. al., 2009). A violência, em especial a violência sexual,

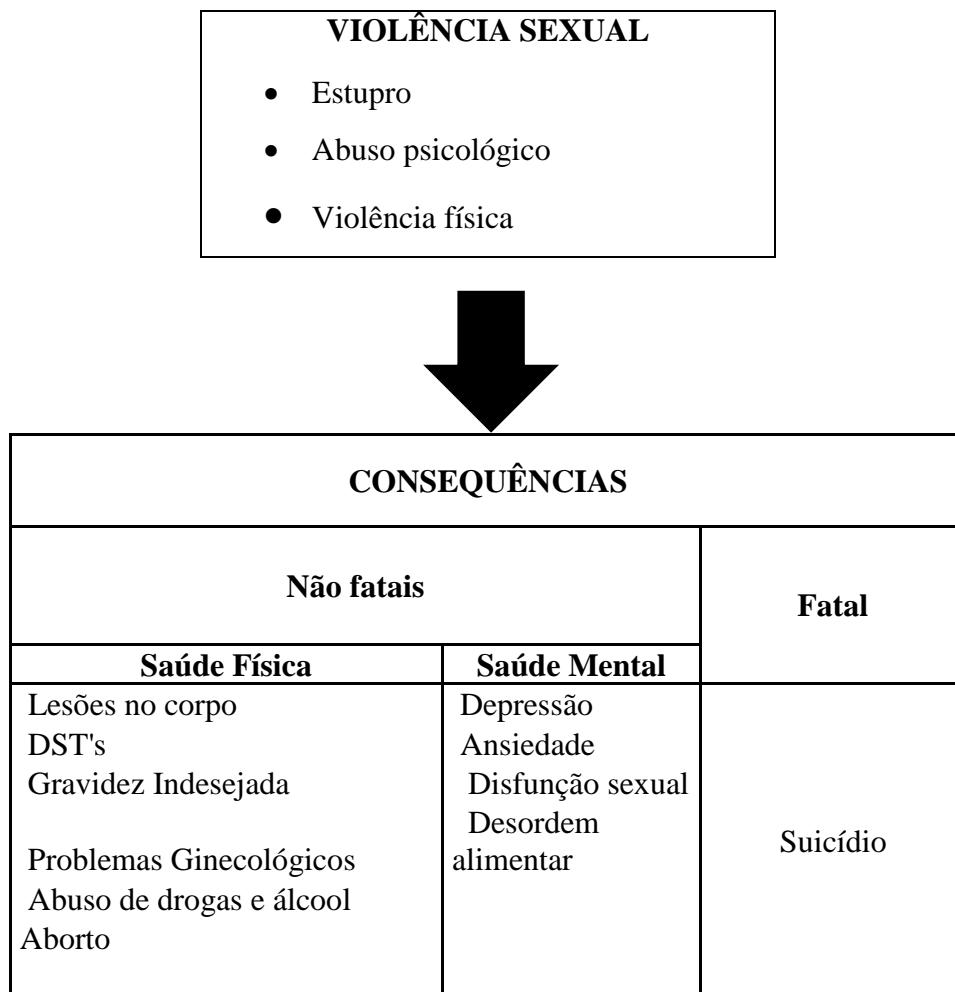
coloca as vítimas em uma situação de extrema fragilidade (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006, p.177). Só recentemente a violência sexual se tornou um problema a ser enfrentado, menos de cinco décadas atrás esses abusos eram tolerados e silenciados (SCHRAIBER; OLIVEIRA, 1999; SCHRAIBER, et. al., 2009; BANDEIRA, 2014).

Por se constituir como manifestação de abuso de poder entre os sexos, a violência sexual é classificada como violência de gênero. (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006) Esse tipo de ato se manifesta pelo estupro. No Código Penal Brasileiro desde o ano de 2009 com a Lei 12.015 o estupro passou a ser definido como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. (BRASIL, 1940)

Devido ao grande número de casos subnotificados não é possível quantificar com exatidão a proporção real de vítimas desse tipo de violência. Conforme divulgado pelo IPEA apenas 10% dos casos são registrados; diferentes motivos levam as vítimas a não denunciar para os órgãos responsáveis (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

As consequências desse fenômeno na vida das mulheres são marcas visíveis e invisíveis. Em pesquisa realizada nos EUA 25% das vítimas de estupro continuam exibindo os sintomas disfuncionais por 4 a 6 anos após o evento (GIFFIN, 1994). Outro estudo revela que mulheres vítimas de violência sexual nunca irão se recuperar plenamente do trauma (FAÚNDES, et al, 2006).

Figura 1 Violência sexual e suas consequências.



Fonte: Elaboração própria.

Diante do contexto de vulnerabilidade e dos danos causados pela violência sexual, é notável a essencialidade dos serviços de saúde para as mulheres vítimas. De acordo com Squinca, Diniz e Braga (2006) o sistema de saúde é o principal espaço para a identificação da mulher vítima de violência sexual. Minayo e Souza (1998, p.523) mencionam Weisberg (1995) que pontua que a área da saúde atua no sentido de proporcionar bem-estar à vítima de violência enquanto no âmbito policial e da justiça, os setores que tradicionalmente trabalham com a questão da violência, estão direcionados para o autor da agressão com o foco na sua punição.

Por fim, faz-se necessário enaltecer que as mulheres só passaram a ser reconhecidas como vítimas de violência depois que o movimento feminista passou a denunciar esses crimes e a reivindicar a intervenção do Estado nesses casos. Os esforços não se concentraram apenas em dar

visibilidade às mulheres agredidas, mas também para que ações preventivas fossem implementadas e para que os governantes entendessem a importância de conectar a violência contra a mulher com a questão de saúde. A militância feminista favoreceu para o entendimento que medidas urgentes precisavam ser tomadas delineando um novo caminho para a formulação de políticas públicas. Surgem na década de 1980 as primeiras conquistas das mulheres voltadas para a questão da violência culminando nas primeiras políticas com perspectiva de gênero (FARAH, 2004; SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006; SCHRAIBER, et. al., 2009; BANDEIRA, 2014).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS BÁSICOS

É relevante para esse trabalho conceituar políticas públicas para entender o tipo de abordagem comumente utilizada para analisar as políticas de saúde às mulheres vítimas de violência sexual. Por esse motivo, esse capítulo vai se empenhar em explorar alguns conceitos sobre o assunto.

De acordo com C. Souza (2006, p. 24), não há consenso sobre a definição de políticas públicas. Muitos autores vêm pesquisando e formulando diferentes conceitos sobre o tema. A autora traz a definição de políticas públicas no entendimento de alguns estudiosos da literatura internacional. Mead (1995), segundo ela, estabelece políticas públicas como um campo analítico que tem como objeto de estudo o governo à frente de importantes questões públicas. Já Lyn (1980) conceitua como um conjunto de medidas do governo que produzirão resultados específicos. Segundo Peters (1986) políticas públicas são as atividades dos governos que interferem na vida da população. C. Souza cita ainda Dye (1984) que determina como política pública as escolhas do governo, tudo aquilo que opta fazer ou não fazer. Para a autora, Laswell elaborou a definição mais conhecida sobre políticas públicas, para o pesquisador as decisões e as análises de políticas públicas procuram responder as seguintes perguntas: “quem ganha o que? por quê? E que diferença faz?” (C.SOUZA, 2006, n.p.).

Além dos conceitos disponíveis na literatura internacional há a contribuição de pesquisadores brasileiros que também ousaram definir políticas públicas. C. Souza (2006, p. 26) diz que políticas públicas é “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. Para Secchi (2015) é possível entender políticas públicas como mecanismos ou conjunto de ações dos governos ou ações elaboradas com o objetivo de enfrentar um problema público. De acordo com Secchi “o problema público é a diferença entre a situação atual e uma situação ideal possível para a realidade pública”. Dessa forma, o que define uma política pública é o seu problema público e a forma que esse problema é entendido como coletivamente relevante. Outros autores nacionais que também conceituam políticas públicas são Bandeira e Almeida (2013) que a entendem como “uma das formas de interação entre o Estado e a sociedade civil por meio da transformação de diretrizes e princípios norteadores em ações e procedimentos que (re)constroem a realidade da nação”. Teixeira (2002, p.2) propõe que as políticas públicas sejam:

diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

Vários teóricos se dedicam a estudar o campo das políticas públicas, como observado muitos conceitos se aproximam. Em síntese, é possível afirmar que o processo político pode ser caracterizado de duas formas. A primeira, de caráter generalista, que inclui todas as atividades do Estado. A segunda se limita às atividades de resolução de problemas (BILHIM, 2016).

As políticas públicas são classificadas segundo Lowi (C.SOUZA, 2006) em quatro tipos:

- Políticas distributivas: esse tipo de política desconsidera a limitação dos recursos, contemplando apenas determinados grupos sociais ou regiões.
- Políticas redistributivas: beneficiam um grande número de pessoas, normalmente são as políticas sociais universais.
- Políticas constitutivas: que são aquelas que estabelecem as ‘regras do jogo’, definem como as políticas públicas devem ser formuladas e implementadas.
- Políticas regulatórias: são aquelas facilmente identificáveis pela população, envolve burocracia, políticos e grupos de interesse. Como exemplo de uma política regulatória é possível citar decretos e portarias.

No que diz respeito as políticas públicas às mulheres vítimas de violência sexual na área da saúde a abordagem e tipologia que se encaixam melhor nas ações implementadas é a de políticas regulatórias. O reconhecimento da violência contra a mulher resultou na produção de legislações e normatizações do ponto de vista ético e legal (SCHRAIBER et al., 2009; TEIXEIRA, 2002).

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

As reivindicações do movimento feminista resultaram em políticas públicas focadas na assistência às vítimas de violência. Este processo de luta por direitos às mulheres coincidiu com o período de redemocratização e de constitucionalização da política de saúde pública no país. Nessa seção do trabalho o intuito é apresentar, mesmo que de maneira sucinta, a trajetória da política de saúde no Brasil.

3.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA: SAÚDE

De acordo com Bravo (2006) a saúde surge como “questão social” no Brasil no início do século XX com ações voltadas predominantemente à saúde do trabalhador, sendo ampliada na década de 1930 com o surgimento das primeiras políticas sociais na área da saúde em âmbito nacional. Entende-se por política social as “ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico” (HOFLING, 2011, p. 31).

Marshall (1967), em ensaio clássico, pontua que a política social é vinculada à ideia de direitos sociais e cidadania, e que o “núcleo central” da política social seriam o seguro social, a assistência pública, os serviços médicos e sociais, a habitação e a educação (CASTRO, 2012).

A trajetória do cuidado com a saúde no Brasil passa pela filantropia, especialmente pela caridade da Igreja Católica. A partir do ano de 1923 emerge no Brasil o sistema de seguro social com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), mais conhecidas como Lei Elói Chaves (BRAVO, 2006, p.04; BERTOLOZZI; GRECCO, 1996; PAULUS Jr, CORDONI Jr, 2006). O Estado se dedicava apenas ao controle das epidemias através de campanhas de vacinação e/ou saneamento básico (CARVALHO, G. 2013; PAULUS Jr, CORDONI Jr, 2006). As primeiras políticas sociais no Brasil destinadas à saúde em escala nacional estavam divididas em saúde pública e medicina previdenciária. As políticas em saúde pública visavam a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas. As políticas voltadas para a medicina previdenciária visavam assegurar o atendimento médico individualizado do trabalhador.

As CAPs eram financiadas pelo Estado, empregadores e funcionários. Os contribuintes poderiam acessar um conjunto de benefícios, tais como: assistência médica-curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2006; BERTOLOZZI; GRECCO, 1996, p.383; PAULUS Jr, CORDONI Jr, 2006). Contudo, os serviços oferecidos não eram padronizados, ou seja, cada CAP tinha liberdade para estabelecer quais benefícios oferecer aos segurados e, normalmente, a escolha do tipo de assistência estava associada às necessidades da classe trabalhadora e dependente do montante arrecadado com as contribuições (CARVALHO, G. 2013). Os benefícios não eram ofertados a todos de maneira igual, o acesso aos melhores serviços era destinado aqueles funcionários que realizassem as maiores contribuições.

Na década de 1930, substituindo as CAPs, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por categorias de profissionais e que foram responsáveis pela prestação de serviços médicos individualizados. Nesse período, a população que não estava inserida no mercado de trabalho formal foi alvo de políticas de saúde focalizadas, ofertadas pelo Estado, que atendiam de forma precária uma parte da população que vivia no meio urbano (BERTOLOZZI; GRECCO, 1996, p.384; PAULUS Jr, CORDONI Jr, 2006). No ano de 1953 é criado o Ministério da Saúde que passou a se dedicar às atividades de caráter coletivo, como as campanhas de saúde e a vigilância sanitária (PAULUS Jr; CORDONI Jr, 2006).

No ano de 1967, imerso ao contexto autoritário do período da ditadura militar, surge o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que nasce com a unificação dos IAPs, consolidando o componente assistencial marcado pela preferência na compra por serviços assistenciais privados. O INPS expandiu a cobertura da assistência médica para os trabalhadores rurais, empregados domésticos, autônomos e para os casos de acidentes de trabalho. O Instituto se firmou como o principal órgão de financiamento dos serviços de saúde (PAULUS Jr, CORDONI Jr, 2006, p.14).

Na década de 1970 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social fortalecendo o controle do modelo clínico assistencial e curativista predominante na época. No mesmo período, é promulgada a Lei nº 6.168/1974, definindo o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, que culminou no apoio financeiro para o desenvolvimento de programas e projetos sociais dirigidos à área da saúde. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996) No ano de 1977 surge o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS) que incluía o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o maior órgão governamental prestador da assistência em saúde (PAULUS Jr, CORDONI Jr, 2006, p.16).

3.3 SAÚDE: UM DIREITO SOCIAL

Em meio ao processo de transformações na política de saúde que ocorria no Brasil no século XX os movimentos sociais se mobilizaram na defesa de um sistema de saúde público integral e universal (BRAVO, 2006; CARVALHO, G. 2013; FLEURY, 2009; SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Como resposta às reivindicações dos movimentos sociais a Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito social, estabelecendo o acesso aos serviços de saúde ou assistência em saúde de maneira universal e igualitária, e determinando o dever do Estado em assegurar o direito à saúde para todos e quaisquer cidadãos. No artigo 6º é definido que direitos sociais compreendem o acesso à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção, à maternidade, à infância e à assistência aos desamparados. (BRASIL, 1988) Segundo M. Carvalho (2003, p.19) “direitos sociais caracterizam-se por serem direitos a prestações materiais (direitos a prestação em sentido estrito), isto é, exigem que o Estado aja prestando serviços ou atividades”. A Constituição, ao definir a saúde como um direito a ser garantido pelo Estado de maneira universal, procura “romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos” (FLEURY, 2009, p. 745).

No Artigo 194º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), define-se o conceito de Seguridade Social, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, estabelecendo a saúde, a previdência social e a assistência social como sua obrigação. Foi previsto também como viabilizar a garantia desses direitos, que serão financiadas de forma direta e indireta pela sociedade (BRASIL, 1988). A seguridade social passa a estruturar a organização dos direitos sociais, com o objetivo de universalizar a cidadania, e inclui a saúde como um direito ao cidadão (FLEURY, 2009).

O conceito de saúde incorporado pela Constituição contempla aquele definido pela Organização Mundial de Saúde, como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa (SEGRE; FERRAZ, 1997, p.539; CARVALHO, M. 2003). O Artigo 196º da Constituição declara 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”.

Foram definidos como princípios do Sistema Único de Saúde a universalização, a equidade e a integralidade. De acordo com Paim e Silva (2010) a universalização da saúde supõe que o Estado tem o dever de garantir para todos da população acesso às ações e aos serviços de saúde, independente de classe social, sexo, raça ou religião. A equidade para esses autores significa a efetivação da justiça. O intuito desse princípio é reduzir desigualdades: todos da sociedade têm direito a acessar os serviços; no entanto, como os indivíduos não são iguais, possuindo necessidades distintas, tratar todos da mesma forma é correr o risco de aumentar a desigualdade, o que engendra a necessidade de tratar desigualmente os desiguais, concentrando as ações onde a vulnerabilidade é maior. O último princípio estabelecido é a integralidade, e Paim e Silva dizem que não há definição única para o termo. A palavra surgiu na área da saúde anos antes com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), naquela época com o sentido de prevenção e assistência. Quando empregado na Constituição como princípio do serviço de saúde público, quis assegurar uma atuação intersetorial por parte dos serviços.

A integralidade no sistema saúde brasileiro passa a considerar o indivíduo como um todo, ou seja, leva-se em consideração fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Paim e Silva (2010) dizem que “assim, a assistência médica integral, mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores”. Para que seja possível aplicar o princípio de integralidade é necessário que a saúde se articule com outras políticas públicas, os autores concluem que “o sistema integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade”. Ou seja, ao estabelecer esse conjunto de princípios busca-se além da ausência de doença no indivíduo, procura-se alcançar o completo bem-estar físico e mental do cidadão (CARVALHO, G. 2013).

Sendo assim, considera-se a Constituição Federal de 1988 como um marco legal extremamente relevante em se tratando da ampliação dos direitos sociais, sobretudo referente à saúde, pois reconheceu o acesso ao serviço como direito de todos os cidadãos, além de ser instituída como obrigação do Estado a responsabilidade de prover a assistência de forma gratuita e igualitária (CARVALHO, M. 2003; BRAVO, 2006; BERTOLOZZI; GRECO, 1996; FLEURY, 2009). A Constituição Federal define princípios que irão orientar a formulação de políticas públicas

direcionadas às mulheres vítimas de violência sexual, principalmente o princípio de integralidade, que já havia sido uma diretriz anteriormente por ocasião do Programa de Assistência Integrada a Saúde da Mulher, de 1984, que criara serviços com atenção à saúde da mulher (SILVA, BEZERRA E TANAKA, 2012).

3.4 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A perspectiva de integralidade esta associada a intersectorialidade. Ao pensar em políticas públicas é necessário considerar a importância da articulação entre os diferentes órgãos e instituições para a plena efetivação das políticas (CUSTÓDIO; SILVA, 2015). Nas políticas públicas a intersectorialidade surge como alternativa para superar práticas fragmentárias ou sobrepostas existente nas ações políticas (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

De acordo com Feuerwerker e Costa (2000, p. 94 *apud* AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012,n.p.) a intersectorialidade pode ser entendida como

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Desse modo, a intersectorialidade compreende a interação de saberes e experiências demandando a integração de políticas de diferentes naturezas, a articulação de diferentes atores e a relação verticalizada em diferentes níveis da gestão pública (federal, estadual e municipal) com o objetivo de atingir resultados em comum e de maneira conjunta (CUSTÓDIA; SILVA, 2015; TUMELERO, 2018; AZEVEDO, PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

A aplicação da gestão intersectorial nas políticas públicas possibilita a união de saberes técnicos, tendo em vista, que diferentes setores passaram a atuar em conjunto com um mesmo propósito (CUSTÓDIO; SILVA; 2015). Ao incluir a intersectorialidade na agenda da política de saúde questiona-se a capacidade do setor de lidar com problemas que incluem questões como doenças e agravos não-transmissíveis e a mortalidade por causas externas reconhecendo a necessidade de diálogo e ações complementares do setor da saúde com os demais setores que se relacionam com um mesmo problema (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS NA ÁREA DA SAÚDE ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A primeira ação do Estado de reconhecimento da violência contra a mulher aconteceu em 1940 com o Código Penal brasileiro, a partir da legalização da interrupção da gravidez fruto de estupro. Nesse momento, a questão da violência sexual estava ligado, portanto, a uma questão de justiça antes do que a uma de saúde. Somente no ano de 1989, quase cinquenta anos após a sua previsão legal, foi implantado o primeiro serviço habilitado a realizar o aborto legal, no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, em São Paulo, conhecido como “Hospital do Jabaquara” (MADEIRO & DINIZ, 2016). Até 1989, as mulheres vítimas de violência sexual que necessitassem do procedimento não tinham para onde recorrer (SCHRAIBER, et al, 2009).

O Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya foi o primeiro estabelecimento de saúde autorizado a realizar a interrupção da gravidez. Depois de sua implantação os serviços foram aumentando gradativamente: no ano de 2002, existiam no país 245 serviços médicos capacitados a prestar o primeiro atendimento e 39 hospitais aptos a realizar a interrupção da gravidez. (VILLELA; LAGO, 2007). Já no ano de 2010, dados indicam a existência de 442 serviços de saúde para o primeiro atendimento de violência sexual e 60 serviços de referência no atendimento às mulheres vítima de violência sexual (FACURI et al, 2013). Os Centros de Referência são estruturas imprescindíveis para o acolhimento às mulheres vítimas de violência, pois buscam promover o rompimento da situação de violência e oferecem o atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) (BRASIL, 2006).

Até a década de 1980, o cuidado com a saúde da mulher era direcionado à atenção materno-infantil. As políticas de saúde naquele período reforçavam o papel da mulher mãe e cuidadora. (SCHRAIBER et al, 2009). Em 1984 surge a primeira medida às mulheres na área da saúde pública, o Programa de Assistência Integrada a Saúde da Mulher (PAISM), que rompeu com a lógica do cuidado direcionado à maternidade (BANDEIRA, 2014; SCHRAIBER et al, 2009). O Programa introduzia pela primeira vez o princípio da integralidade no serviço de saúde no país, considerando todas as etapas do ciclo vital da mulher e o contexto ao qual as necessidades eram geradas (SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). Apesar do PAISM desde o início incluir as questões de gênero, o problema da violência sexual só passou a fazer parte das necessidades a serem atendidas pelo Programa por volta do ano de 1996. Até esse momento, o cuidado com a saúde da mulher estava centrado na reprodução humana, mas com novas perspectivas, longe do olhar que relacionava a

mulher exclusivamente à maternidade. Essa mudança foi possível porque a área técnica da Saúde da Mulher – com a participação do movimento feminista, das organizações de mulheres e de especialistas – redefiniram as diretrizes estratégicas para orientar as ações para as mulheres em situação de violência. Nesse processo, foi elaborada a Norma Técnica de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BANDEIRA, 2014).

4.1 NATUREZA DOS INSTRUMENTOS LEGAIS

Os instrumentos legais apresentam distinções entre si, para evitar confusões é necessário conhecer o verdadeiro significado das expressões e palavras jurídicas (SCHMIEGUEL, 2010). A principal expressão do direito é a Lei. De acordo com Washington de Barros Monteiro (1985 *apud* MELLO et al, 1993) as leis são preceitos comuns e obrigatórios oriundos do poder competente e provido de sanção. São sempre instrumentos elaborados por alguém que detém poder e que busca por meio do direito impor sua autoridade com a finalidade de alcançar algum objetivo geral ou específico (SCHMIEGUEL, 2010).

As leis dividem-se em (MELLO et al, 1993):

- Leis Constitucionais: quer são aquelas com maior valor legal, pois definem os elementos estruturais da nação, devendo ser respeitada igualmente por todos os poderes do Estado e pela população.
- Leis Complementares: são destinadas à regulamentação dos textos constitucionais.
- Leis Ordinárias: essas leis são de competência do Poder Legislativo em conjunto com o Poder Executivo.

De acordo com Mello et al (1993) a Lei Complementar se sobrepõe-se a Lei Ordinária, não possibilitando a essa última revogar a primeira, nem mesmo contrariar as suas disposições. A Lei Constitucional hierarquicamente esta acima de qualquer outro tipo de lei.

Além das leis há outros administrativos legais que são importantes conhecer, dentre ele há:

- Medida Provisória: este documento trata-se de obrigação do Presidente da República editar. A medida provisória possui força de lei, podendo ser criada em casos de urgência.
- Decretos: são atos administrativos de responsabilidade dos chefes do Executivo Federal, Estadual e Municipal. O decreto esta em posição inferior a lei, a função do dispositivo legal é realizar nomeações ou determinar a execução de dispositivos legais.
- Portarias: são instrumentos administrativos internos, que não são dirigidos ao público em geral, mas à administração pública. Meirelles (1991 *apud* MELLO et al, 1993, p. n.p.) diz que portarias "são atos pelos quais os chefes de órgãos, repartições ou

serviços expedem determinações gerais ou especiais a seus subordinados, ou designam servidores para funções e cargos secundários”.

Já a Norma Técnica não possui valor legal. São elaboradas por autoridades e dirigidas aqueles que lhe devam submissão ou obediência (SCHMIEGUEL, 2010). Conforme definição internacional a norma é um “documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados, visando à obtenção de um grau ótimo de ordenação em um dado contexto” (ABNT, n.a.). A norma produz especificações para serviços, produtos e sistemas, procurando garantir a qualidade, segurança e eficiência.

4.2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – NORMA TÉCNICA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

No final dos anos de 1990 surgiu o primeiro documento organizando os serviços de saúde oferecidos às mulheres vítimas de violência sexual. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes foi publicada no ano de 1999 e atualizada nos anos de 2005 e 2012 (PINTO et al, 2017, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O documento é um protocolo de organização e operacionalização da atenção à saúde daquelas que tenham sofrido violência sexual. A norma visa efetivar o direito da vítima a receber atendimento conforme os consensos clínicos e medicamentosos nacionais e internacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015). O documento buscou organizar os serviços de saúde e foi dividido em treze capítulos, com orientações quanto aos procedimentos de profilaxia, interrupção da gravidez, anticoncepção de emergência, acompanhamento ambulatorial, exames físicos e laboratoriais, coleta de vestígios, espaço físico, recursos humanos, além de orientar sobre o apoio psicossocial.

A Norma Técnica, reconhecendo o contexto de extrema vulnerabilidade da mulher diante de casos de violência sexual, entendeu que elas são as maiores vítimas dessa agressão, não desconsiderando a violência sexual sofrida por homens, mas assumindo que esse tipo de violência afetará em maior proporção vítimas do sexo feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No capítulo referente à organização observa-se que o princípio de integralidade e universalidade devem ser respeitados, não sendo tolerado nenhum tipo de discriminação. É destacada a necessidade da criação de mecanismos que contribuam para a detecção da violência, para assim poder providenciar o atendimento mais adequado para a situação. Recomenda-se que em casos de suspeita ou comprovação de violência seja realizada a notificação aos órgãos competentes. Esse contato seria um dos meios para se aplicar o princípio de integralidade, a comunicação entre as redes de serviços. Esse capítulo ainda sugere que as unidades de saúde que possuam serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar preparadas para o atendimento de casos de mulheres vítimas de violência sexual. Acrescenta que cabe aos gestores municipais e estaduais implantar, implementar e garantir sustentabilidade e o maior número possível de serviços de referência para estes casos.

Quanto ao espaço físico, o documento sugere que o atendimento às vítimas seja realizado em um espaço reservado, longe dos demais atendimentos, com o objetivo de garantir a privacidade das mulheres durante o acolhimento. No que diz respeito aos profissionais recomenda-se uma equipe multiprofissional composta por médicos (as), enfermeiros (as), psicólogos (as) e assistentes sociais, porém sinaliza que a falta de um ou mais profissionais, com exceção do médico, não impossibilita que o atendimento seja prestado. É fundamental que os profissionais que irão realizar o acolhimento estejam sensibilizados para as questões que envolvem a violência de gênero, aptos a perceber os agravos resultantes do fenômeno. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Conforme a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.21, 2012) o acolhimento

é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres e os adolescentes, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

O documento recomenda que os profissionais orientem as vítimas sobre os procedimentos que estarão sendo executados e sobre a necessidade de orientá-las sobre seus direitos quanto à prestação de serviços e a interrupção legal da gravidez. Assumindo as dificuldades que os profissionais podem encontrar em lidar com esse tipo de violência a Norma Técnica orienta que os serviços de saúde promovam, sistematicamente, atividades de capacitação e atualização dos profissionais. Os encontros são importantes para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorando os sentimentos de cada um a respeito da violência sexual e do abortamento, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No capítulo quatro da Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) é contextualizado o impacto que a violência sexual causa na vida das vítimas, afetando a saúde física e psíquica, atingindo também seus familiares próximos. A Norma Técnica recomenda que os setores da polícia, do judiciário e dos serviços de saúde atuem em conjunto, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis a essas pessoas e assim facilitando o acesso das vítimas à rede de apoio e

proteção. É de extrema importância que os profissionais envolvidos jamais responsabilizem a vítima pela violência sofrida: o ideal é que mantenham uma postura neutra, livre de julgamento, respeitando crenças e valores morais. Nessa parte do documento cita-se a humanização dos serviços e mais uma vez o princípio de integralidade surge.

Por humanização, entende-se os aspectos que buscam garantir o atendimento humanizado nos serviços de saúde. É preciso ressaltar o acolhimento como um importante elemento para a qualidade e humanização da atenção. Com o objetivo de evitar o processo de revitimização das mulheres vítimas, a equipe de saúde deve propor formas de registro unificado, que reúnam as observações específicas feitas por cada profissional envolvido no atendimento para que a mulher evite reviver o trauma tendo que relatá-lo mais de uma vez. É aconselhado que para fortalecer a humanização dos serviços ocorra a integração entre as diferentes instituições que poderão vir se envolver com o atendimento da vítima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A partir do capítulo quinto a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) traz os procedimentos que deverão ser adotados pelos médicos e enfermeiros, orientando sobre a maneira correta de administrar medicamentos e alertando sobre a eficácia, efeitos secundários e contraindicação. Recomenda-se a anticoncepção de emergência, que é um meio de prevenir a gravidez indesejada. É de responsabilidade dos gestores de saúde disponibilizar o medicamento aos serviços públicos. A norma esclarece que o recebimento da anticoncepção de emergência é um direito da mulher garantido pela Lei Federal nº 9.263 de 1996, que regulamenta o parágrafo 1º do Artigo 226 da Constituição Federal de 1988, que define sobre o planejamento familiar. Em seguida, a Norma Técnica aborda os riscos de infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis (DST's). De acordo com o documento, diversas infecções podem ser evitadas, por isso, esse cuidado é essencial para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. É esclarecido sobre quando as profilaxias de prevenção de doenças e da gravidez são necessárias. O documento aborda a questão da violência que ocorre de forma repetida, citando o estupro intrafamiliar, e ainda menciona a necessidade do agente de saúde lidar com grande sensibilidade e livre de preconceitos com mulheres lésbicas que também são vítimas de violência sexual.

Por fim, é feita a orientação sobre a interrupção da gravidez. Antes de trazer a parte técnica do procedimento, o documento esclarece que o aborto legal é um direito da mulher vítima de violência sexual, não sendo necessária a apresentação de nenhum tipo de documento policial ou judicial para a garantia da interrupção da gestação, sendo exigido apenas que sejam seguidos os

protocolos de saúde e obtido o consentimento por escrito da vítima. O médico tem o direito de se recusar a realizar o aborto se alegar objeção de consciência, desde que seja respeitado o Código de Ética Médico, que impõe ao profissional a obrigação de garantir o atendimento à vítima por outro médico ou em outra instituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Por último a Norma Técnica faz orientações quanto à coleta de vestígios. Apesar da coleta de evidências ser atribuição dos peritos do Instituto Médico Legal, é recomendado que os profissionais de saúde realizem a coleta e que seja armazenada de maneira adequada e, caso solicitado, seja encaminhado aos órgãos competentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Importante salientar que a primeira edição do documento, de 1999, condicionava o direito à interrupção legal da gravidez à apresentação de registro policial (Boletim de Ocorrência). Contudo, desde a sua primeira atualização, no ano de 2005, essa condição deixou de existir. As outras mudanças que ocorreram no texto da Norma se dedicaram a reforçar a valorização do acolhimento, as estratégias de adesão e da consolidação da eficácia das abordagens médicas (PINTO et al, 2017).

4.3 PRINCIPAIS DISPOSITIVOS JURÍDICOS QUE ABORDAM A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

O movimento feminista, na defesa dos direitos das mulheres, sustentava suas reivindicações com base em direitos garantidos em documentos internacionais. (BANDEIRA, 2014) Em âmbito internacional o país assumiu diversos compromissos com Convenções e Conferências internacionais promovidos no âmbito do sistema das Nações Unidas que abordam a questão da violência contra a mulher. O assunto foi sendo incorporado gradativamente aos documentos, a inserção do tema da violência contra mulher no conjunto de Conferências e Convenções são extremamente importantes na luta das mulheres por direitos, pois obriga o Estado a tomar iniciativas com o intuito de reduzir o problema da violência e outras desigualdades que envolve a questão de gênero.

A Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw) em 1979 foi ratificada pelo Brasil e incorporada à normativa pátria no ano de 1984 com o Decreto nº 89.460. Apesar de não citar a violência sexual, a Convenção é o primeiro tratado internacional que dispõe sobre os direitos humanos das mulheres. São apresentadas duas propostas: promover os direitos das mulheres na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer

discriminações contra as mulheres nos Estados signatários. Os Estados-parte têm o dever de eliminar a discriminação contra a mulher por meio da adoção de medidas legais, políticas e programáticas. Essas obrigações se aplicam a todas as esferas da vida, às questões relacionadas ao casamento e às relações familiares e inclui o dever de promover todas as medidas apropriadas no sentido de eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização, empresa e pelo próprio Estado. Os Estados signatários assumem o compromisso de adotar, através de todos os meios apropriados, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher (BRASIL, 1984).

Em 1993, em Viena, aconteceu a Conferência Mundial Sobre Direitos Humanos e pela primeira vez a violência contra a mulher é reconhecida como uma violação dos direitos humanos. No Artigo 18 afirma. que (ONU, 1993)

os Direitos Humanos das mulheres e das crianças do sexo feminino constituem uma parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais. A participação plena das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural, aos níveis nacional, regional e internacional, bem como a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, constituem objetivos prioritários da comunidade internacional (...) A violência baseada no sexo da pessoa e: todas as formas de assédio e exploração sexual, nomeadamente as que resultam de preconceitos culturais e do tráfico internacional, são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas. Isto pode ser alcançado através de medidas de caráter legislativo e da ação nacional e cooperação internacional em áreas tais como o desenvolvimento socioeconômico, a educação, a maternidade segura e os cuidados de saúde, e a assistência social.

A Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994, reforça o reconhecimento da violência contra mulher como violação dos direitos humanos e assume o problema como questão de saúde pública. O documento estabelece no capítulo “Igualdade dos Sexos, Equidade e Empoderamento da Mulher” objetivos e ações para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e para eliminação de todas as formas de violência contra a mulher. (ONU, 1994) No mesmo ano aconteceu, em Belém do Pará, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, convenção esta para a qual a adesão brasileira se expressou através da promulgação do Decreto nº 1973/1996. (BRASIL, 1996) A Convenção definiu violência contra a mulher de maneira bem ampla. O documento estabeleceu como violência contra mulher “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano

ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada” (BANDEIRA, 2014, p.463). É exigido dos Estados signatários o compromisso com a erradicação da violência de gênero a partir da criação de leis de proteção aos direitos das mulheres, modificação dos padrões socioculturais, fomento à capacitação de pessoal, além da criação de serviços específicos para atendimento às mulheres que tiveram seus direitos violados. (BRASIL, 1996)

No ano seguinte aconteceu a 4ª Conferência Mundial Sobre a Mulher em Pequim. A Conferência reafirmou o compromisso com os direitos humanos das mulheres, dando continuidade à agenda global para o avanço e fortalecimento das conquistas das mulheres. (ONU, 1995) Um conjunto de medidas foram estabelecidas com o intuito de promover a capacitação e superação das discriminações de gênero e assim foram definidas 12 áreas críticas, entre elas, a violência contra a mulher, direitos humanos das mulheres e mulheres e saúde. O conjunto dessas áreas críticas foi descrito como um momento em que “trata-se de um guia abrangente para orientar governos e sociedade no aperfeiçoamento do marco legal, na formulação de políticas e na implementação de programas para promover a igualdade e para evitar a discriminação”. O documento que conta com 361 artigos, traz diversas recomendações direcionadas às mulheres, entre elas o planejamento familiar e o aborto. A Conferência (ONU, 1995) propôs uma definição para o conceito de violência de gênero que seria

todo ato de violência baseada no gênero, do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos e coação ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada, constituindo uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres.

O novo conceito definido pela Conferência Mundial Sobre a Mulher foi mais específico e citou a desigualdade de poder envolvida nas relações entre homens e mulheres como responsável pelo fenômeno. É possível identificar que os documentos não se limitaram a abordar a questão da violência contra mulher apenas no âmbito jurídico, ampliando o debate para a área da saúde. Grande parte das Convenções e Conferências reforçaram o fato da violência se estabelecer como uma violação de direitos e salientou mais de uma vez que medidas a respeito devem ser tomadas pelo Estado com a finalidade de eliminar todas as formas de violência contra a mulher. A violência sexual que as mulheres sofrem por parceiros íntimos só foi ser reconhecida como crime no Brasil a

partir do ano de 2006, com a promulgação da lei depois conhecida como Lei Maria da Penha, mas observa-se que a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher e a Conferência Mundial Sobre a Mulher já reconheciam o abuso que ocorrem nos espaços domésticos.

O Brasil se comprometeu com todos os documentos internacionais, que orientam a implementação de ações que buscam reduzir o impacto da violência na vida das mulheres, sobretudo a violência sexual. Respeitando os compromissos assumidos e respondendo às reivindicações dos movimentos feministas o país passou a elaborar uma série de legislações para a área da saúde com o intuito de atender às necessidades da pessoa vítima de violência sexual, em especial a mulher, que se constitui como a maior vítima desse tipo de agressão (SCHRAIBER et. al, 2009).

Como já mencionado a primeira vez que a violência contra mulher recebeu atenção do Estado foi no Código Penal de 1940. Em seu Artigo. 128, inciso II o aborto é legalizado e admitido em casos de violência sexual assim como nos casos em que não há outro meio de salvar a vida da gestante (BRASIL, 1940). A partir do ano de 2003 o país sancionou diferentes leis e normas que versam sobre procedimentos, serviços de referência, notificação compulsória, atendimento humanizado, coleta de resquícios, exames e regulamentou o procedimento de interrupção da gravidez. A primeira lei a ser promulgada foi a Lei Federal 10.778 que foi regulamentada no ano de 2003 por iniciativa do Ministério da Saúde. Ficou estabelecido legalmente a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência pelos agentes de saúde, esteja o agente inserido na rede pública ou na rede privada de saúde. A referida lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei 5.099/2004 e normatizada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.406/2004, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do SUS, por intermédio do uso da ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 1.508 entrou em vigor em 2005, no mesmo ano da publicação da 2ª edição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. A Portaria nº 1.508 reforçou não ser necessário apresentar qualquer tipo de documento policial ou judicial para a realização do aborto legal nos serviços de saúde. Impôs como obrigatoriedade apenas o registro do consentimento da vítima, conforme definido em seu Artigo 1º (BRASIL, 2005):

o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Já no ano de 2006 foi sancionada a Lei nº 11.340, conhecida como “Lei Maria da Penha”, que criou mecanismos para controlar a violência doméstica e familiar contra a mulher, reconhecendo judicialmente a violência sexual praticada por cônjuges e familiares (BRASIL, 2006). O dispositivo é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma das três legislações internacionais que mais protegem as mulheres, permitindo maior articulação no atendimento especializado e assegurando o atendimento às vítimas (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015). No capítulo II, parágrafo único, sobre a Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar, a Lei prevê que

a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual. (BRASIL, 2006)

Em 2009, a partir da Lei. 12.015, de 7 de agosto, ocorreram algumas mudanças no texto do Código Penal. O conceito de estupro deixou de ser apenas a penetração do pênis na vagina e o homem passa a ser o agente ativo deste crime. A nova lei passa a entender estupro como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Nota-se que a legislação passou a configurar a tentativa de estupro como crime penal. O Título VI também é alterado deixando de ser nomeado como “Crimes Contra os Costumes” passando a ser “Crimes Contra Dignidade Sexual”. A partir dessa lei, a tentativa de estupro passa a ser configurada como crime penal (BRASIL, 2009).

A Lei Federal nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, versa sobre o atendimento obrigatório e integral às pessoas em situação de violência sexual pelo Sistema Único de Saúde. Especifica sobre os procedimentos que deverão ser realizados durante atendimento às vítimas de violência sexual. A

Lei especifica o diagnóstico e o tratamento das lesões físicas, determina o amparo médico, psicológico e social, a profilaxia da gravidez, a profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, a realização de exames e explicita o direito das vítimas de receberem informações sobre aborto legal e sobre todos os serviços disponíveis. No seu Artigo 1º, a Lei 12.845 define que “os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social”. Em seu Artigo 3º, a legislação elenca os procedimentos que deverão ser adotados durante atendimento (BRASIL, 2013).

A Lei Federal nº 12.845/2013 compreende todas as principais orientações estabelecidas na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. As orientações sugeridas pela Norma, que até a data da Lei não tinha amparo legal, foram institucionalizadas, criando uma estrutura jurídica que impôs aos serviços de saúde e aos profissionais da área comprometimento com as recomendações definidas.

O Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013 estabeleceu diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação. O Decreto presidencial assegura que durante o atendimento é preciso observar os princípios do “respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade”, além de aspectos como (BRASIL, 2013):

- o devido acolhimento em serviços de referência;
- a disponibilização de espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito;
- a disponibilização das informações prévias às vítimas de violência sexual, assegurando a compreensão sobre tudo o que será realizado, a cada etapa do atendimento, e ressalta a importância dos profissionais de sempre respeitarem a vontade da vítima quanto a realização de qualquer procedimento;
- a divulgação de informações sobre os serviços de referência para atendimento às vítimas de violência sexual.

Em 2015, a Portaria Interministerial de nº 288 de 25 de março definiu orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais do Sistema Único de Saúde quanto à humanização do

atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios (INTERMINISTERIAL, 2015). A Portaria Interministerial foi produzida e publicada pelos seguintes Ministérios: Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, Ministério da Justiça e Ministério da Saúde. Ainda no ano de 2015, por iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, é publicada a primeira edição da Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, com o objetivo de estabelecer diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, como o registro de informações e a coleta de vestígios, facilitando a responsabilização dos autores da agressão e reduzindo a exposição da vítima. A Norma Técnica pretende, dessa forma, estruturar a atenção integral às vítimas de violência sexual em redes de serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015).

Em síntese, no quadro 1, é expostas as principais Convenções e Tratados que abordam a questão da violência contra a mulher. No quadro 2, apresentado a seguir, é possível visualizar os principais avanços das políticas públicas na área da saúde direcionadas ao acolhimento das mulheres vítimas de violência sexual.

Quadro 1 Principais documentos internacionais que citam a violência contra a mulher

Ano	Convenção/Tratado
1979	Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher Cedaw.
1993	Conferência Mundial sobre Direitos Humanos Viena.
1994	Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento Plataforma de Cairo.
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher Belém do Pará.
1995	Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher Pequim.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 Principais avanços de Políticas Públicas direcionadas a mulheres vítimas de violência sexual no Brasil

POLÍTICAS PÚBLICAS	
Ano	Lei/Decreto/Portaria/Norma
1940	Lei Federal nº 2.848 - Aborto legal.

1999 - 2005- 2012	Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes
2003	Lei Federal nº 10.778 - Notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência
2005	Portaria nº 1.508 - Reforça ser desnecessário apresentar boletim de ocorrência ou policial ou algum registro judicial para a realização do aborto legal.
2006	Norma Técnica de Uniformização de Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação Violência
2006	Lei Federal nº 11.340/20069 - Lei Maria da Penha
2009	Lei Federal nº 12.015 - Altera o Título IV do Código Penal e faz mudanças nos artigos que estabelecem sobre o ato libidinoso e estupro.
2011	Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento
2013	Lei Federal nº 12.845 - Determina sobre o atendimento integral às vítimas de violência sexual
2013	Decreto nº 7.958 - Estabelece diretrizes para o atendimento Humanizado pelos profissionais da segurança pública, saúde e Ministério da Justiça.
2014	Portaria nº 485 - redefina o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde
2014	Portaria nº 2.415 - Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual
2015	Portaria nº 288 - Interministerial - Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
2015	Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios
2015	Portaria nº 1.662 - Estabelece critérios para habilitação de estabelecimentos para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaboração própria.

No quadro 2 é possível observar que ao longo dos anos 2000 o país avança na elaboração de documentos e no estabelecimento de protocolos que buscam garantir o acolhimento humanizado e qualificado às vítimas de violência sexual. Os referidos dispositivos normatizam sobre o primeiro

atendimento e sobre a necessidade de acompanhamento ambulatorial, além de definirem diretrizes para a interrupção da gravidez. Sem dúvida, todas iniciativas representam uma grande conquista na luta das mulheres pela garantia de direitos, entretanto, há algumas que se destacam devido ao seu pioneirismo.

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, no que tange à violência sexual, constitui-se como a principal iniciativa, pois além de organizar os serviços de saúde, inspirou a formulação de diversas outras políticas. Importante lembrar que Norma Técnica foi o primeiro documento no Brasil a regulamentar sobre a interrupção da gravidez em casos de estupro e, posteriormente, em uma segunda edição, avançando nos direitos das mulheres, isentou a vítima da apresentação de registros policiais ou qualquer procedimento no sistema de justiça para o procedimento.

Depois da publicação da Norma Técnica, diferentes dispositivos reguladores foram surgindo, buscando garantir o acesso aos serviços de saúde e a aplicação do princípio de integralidade nos atendimentos. Destacam-se pela relevância a Lei Federal 12.845/2013 que constitucionalizou em forma de lei as orientações já estabelecidas na Norma Técnica. Seu conteúdo teórico é idêntico ao estabelecido no documento técnico sobre as etapas do atendimento, indicando exames, acompanhamento psicológico e demais cuidados. O decreto presidencial de número 7.958, de 2013, reforça a importância do atendimento humanizado nos casos de violência sexual e a necessidade da atuação conjunta entre as instituições, policial e de saúde, orientando ambas no sentido de estabelecer um vínculo com o propósito de qualificar o acolhimento.

Outra regulamentação fundamental é a Portaria Interministerial nº 288/2015 que com o suporte da Norma técnica para a atenção humanizada às vítimas de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios estabeleceu o atendimento às vítimas de violência sexual, que deve ser realizado por profissionais do Sistema Único de Saúde e da Segurança Pública de modo integrado, fortalecendo e articulando a rede de forma intersetorial e interdisciplinar entre Justiça, Saúde e Segurança Pública. A Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Vítimas de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios contemplou de forma mais detalhada o especificado no capítulo quatro da Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes sobre o atendimento humanizado.

Por fim, a Lei Maria da Penha representa uma das grandes vitórias dos movimentos feminista. A Lei estabelece uma das políticas mais relevante no que se refere sobre à garantia dos direitos das mulheres, ganhando destaque internacional. Embora esta Lei não contemple expressões

de violência que ocorrem em espaços públicos por autor desconhecido da vítima, a Lei Maria da Penha se torna um dispositivo legal importante por reconhecer a violência praticada contra a mulher nos ambientes domésticos por cônjuges e familiares.

Observa-se que na Norma Técnica a agressão por parceiro íntimo ou membro da família já era reconhecida, pois já havia sido definido o protocolo de atendimento para esses casos. Anterior à Norma Técnica, os documentos internacionais já sugeriam que a violência sexual podia acontecer no âmbito das relações conjugais.

Os documentos aqui discutidos representam enormes conquistas para as mulheres, no entanto, nos últimos anos alguns projetos estão sendo discutidos no Congresso Nacional indo de encontro aos direitos já garantidos.

5 DIREITOS AMEAÇADOS

O Projeto de Lei nº 478/2007 de autoria dos Deputados Federais Luis Bassuma (PT/BA) e Miguel Martini (PHS/MG) propõe o pagamento de bolsa-auxílio no valor de um salário mínimo às mulheres vítimas de violência sexual que decidirem levar a gestação adiante. O PL foi apelidado de “bolsa-estupro”, visto que é uma tentativa de estimular as vítimas a não interromperem a gravidez resultante de violência sexual através de um incentivo econômico. O projeto se torna mais cruel quando inclui no texto que pais identificados (autores do estupro) serão obrigados a pagar pensão alimentícia para as crianças, o que na prática obrigaria as mães vítimas de abuso a manterem contato, mesmo que indireto, com o abusador (CARTA CAPITAL, 2013).

No ano de 2013, mais um projeto foi colocado em tramitação no intuito de dificultar o aborto legal na Câmara dos Deputados. O Deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ), com outros doze deputados¹, elaborou o Projeto de Lei nº 5.069, que determina que a vítima faça Boletim de Ocorrência e passe por exame de delito para que possa ser atendida em uma unidade de saúde (CÂMERA DOS DEPUTADOS, 2013). O PL 5069/2013 propõe a obrigatoriedade da apresentação de registro policial em hospitais quando for requisitado o aborto legal em função gestação resultante de estupro, invalidando os dispositivos atuais que dispensam a apresentação de qualquer documento para a interrupção. O texto do projeto de lei ainda estabelece a proibição de medicamentos “abortivos”, deixando a critério do profissional decidir o que seria abortivo ou não, o que significa, na prática, que até mesmo a contracepção de emergência que é utilizada para evitar uma gravidez indesejada poderia vir a ser negada (EL PAÍS, 2015).

No mesmo ano de 2013, o deputado federal Pastor Eurico (PSB/PE), junto com um grupo de outros 12 parlamentares² propuseram o Projeto de Lei 6.055 que trata da assistência às pessoas submetidas à violência sexual, sobretudo as mulheres. O documento busca revogar a Lei nº 12.845/2013, que estabelece o atendimento integral e multidisciplinar na rede pública de saúde. Os

¹ Os deputados federais autores do PL 5069/2013 são os seguintes: Eduardo Cunha - PMDB/RJ, Isaías Silvestre - PSB/MG, João Dado - PDT/SP, André Moura - PSC/SE, Arolde de Oliveira - PSD/RJ, Padre Ton - PT/RO, Arnaldo Faria de Sá - PTB/SP, Áureo - PRTB/RJ, Lincoln Portela - PR/MG, João Campos - PSDB/GO, Roberto de Lucena - PV/SP, Marcos Rogério - PDT/RO, José Linhares - PP/CE.

² Os deputados federais autores do PL 6055/2013 são os seguintes: Pastor Eurico - PSB/PE, Costa Ferreira - PSC/MA, Pastor Marco Feliciano - PSC/SP, João Dado - PDT/SP, Leonardo Quintão - PMDB/MG, Dr. Grilo - PSL/MG, Zequinha Marinho - PSC/PA, Alfredo Kaefer - PSDB/PR, Henrique Afonso - PV/AC, William Dib - PSDB/SP, Jair Bolsonaro - PP/RJ, Otoniel Lima - PRB/SP, Eurico Júnior - PV/RJ

autores do projeto afirmam que a Lei 12845/13 teria como objetivo a legalização do aborto no país (CÂMERA DOS DEPUTADOS, 2013).

O projeto mais recente abordando o tema da violência sexual é a Proposta de Emenda à Constituição, a PEC 181/2015, do Senador Aécio Neves (PSDB/MG), que dispõe sobre a licença-maternidade em caso de parto prematuro (CÂMERA DOS DEPUTADOS, 2015). Ainda que o foco principal da PEC seja a extensão do prazo de licença-maternidade às mães de prematuros, o projeto pode ser descrito como um “cavalo de Tróia”, pois propõe uma emenda ao texto da Magna Carta que pressupõe, em seu texto, que a vida começa já no momento da concepção. Desse modo, o documento levaria à criminalização total do aborto no país. Como foi discutido ao longo deste Trabalho de Conclusão de Curso, no Brasil a interrupção da gravidez é legalizada em casos de violência sexual e quando a gestação oferece risco à vida da mulher; desde 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal, a interrupção também pode ser realizadas em casos de fetos diagnosticados com anencefalia.

Os projetos de lei e de emenda à Constituição ainda estão em tramitação no Congresso e podem ser aprovados. A proposta dos parlamentares expõem as mulheres a tratamentos cruéis e humilhantes, que tendem a agravar o impacto da violência sexual às vítimas. Não é só o aborto que tentam impedir, mas também a prevenção e o atendimento gratuito oferecido pelo serviço público de saúde.

A Lei 12.845/2013 é a legislação que define cada etapa do atendimento oferecendo às vítimas um cuidado integral e humanizado. Sua revogação impactaria de forma negativa nos serviços de atendimento às vítimas de violência sexual. Os projetos violam direitos garantidos em âmbito nacional e internacional, representando enorme retrocesso na luta das mulheres. Projetos como os PL 478/2007, 5069/2013, 6055/2013 e a PEC 181/2015, apresentados pelos parlamentares, todos homens, banalizam a violência sexual sofrida contra mulher, retirando direitos básicos reconhecidos constitucionalmente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra a mulher representa uma grave violação de direitos e é responsável por afetar a vida das mulheres de diferentes formas. Entender o conceito de gênero e aplicá-la no contexto da violência permite perceber que o fenômeno não acontece de forma espontânea e nem mesmo é algo que deve ser naturalizado. Os homens historicamente vêm deixando marcas nos corpos das mulheres, tirando vidas, e é necessária uma profunda discussão a respeito das questões de gênero para que medidas efetivas sejam tomadas.

Os movimentos feministas, percebendo o impacto negativo da violência na vida das mulheres, esforçaram-se para que o Estado a reconhecesse como um problema a ser enfrentado coletivamente, pelo Poder Público. Assumir o fenômeno como uma questão de saúde não foi um processo fácil: segundo Minayo (2006, p.53), o reconhecimento da violência como pauta da saúde no Brasil vem ocorrendo de maneira “fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva”. É evidente que o Poder Público vem buscando atender essas reivindicações ao mesmo tempo que cumpre com obrigações internacionais, na tentativa de reparar, nem que seja minimamente, os danos causados pela violência sexual.

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes pode ser apontado como o principal documento implementado buscando atender às vítimas de violência sexual. Apesar de não ser uma lei federal, a norma estabelece recomendações e procedimentos por parte do Ministério da Saúde aos serviços de saúde, percebe-se que os dispositivos implementados posteriormente institucionalizaram as orientações contidas na Norma Técnica. O princípio da integralidade estendido aos serviços de atendimento às vítimas de violência sexual é um modo de procurar compreender as necessidades mais abrangentes da mulher vítima, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. Os documentos implementados afirmam a necessidade do atendimento às vítimas de violência seja oferecido de maneira interdisciplinar e intersetorial.

Houve muitos avanços na área da saúde, no sentido da implementação de políticas públicas que visam o atendimento das vítimas de violência sexual. No entanto, é necessário avançar ainda mais. A estimativa de casos subnotificados é muito alta e há muitas mulheres que não acessam o Serviço Único de Saúde. Desse modo, pensar em políticas públicas que promovam o atendimento especializado e humanizado às mulheres vítimas e refletir sobre formas de enfrentamento da violência são ações fundamentais para reduzir o dano derivado da desigualdade de gênero. Essas

políticas devem incluir os profissionais de saúde: percebe-se que eles são os grandes responsáveis pela implementação das políticas, na ponta, e, por isso, é necessário que aqueles que atuam no atendimento as vítimas de violência sexual estejam preparados para lidar com a situação e conheçam as normativas e políticas públicas vigentes, esse conhecimento irá viabilizando a aplicabilidade das regulamentações.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **Normas técnicas: você sabe o que é e para que servem?** s.l., s.a. Disponível em: <<http://www.abnt.org.br/imprensa/releases/5698-normas-tecnicas-voce-sabe-o-que-e-e-para-que-servem>> Acesso: 13 de janeiro de 2019.

AZEVEDO, Elaine; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. **Práticas Intersetoriais nas Políticas Públicas de saúde.** Physis: Revista de saúde Coletiva, v. 22, nº. 4, (1333-1356), Rio de Janeiro., 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2012.v22n4/1333-1356/pt>> Acesso: 14 de janeiro de 2019.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: **A construção de um campo teórico e de investigação.** Brasília, v. 29, nº 2, s.p., 2014. <Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922014000200008&script=sci_arttext> Acesso: 10 de agosto de 2018.

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos. **A Transversalidade de Gênero nas Políticas Públicas.** Revista do Ceam, n.l., v.2, nº 1, (35-46), 2013, p.36-42. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/9735/7151>> Acesso: 6 de outubro de 2018

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Maria Rosangela. **As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e perspectivas atuais.** Rev. Esc. Enf. USP, s.l., V.30, nº 3, (380-398), 1996, p.392. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>> Acesso: 14 de agosto de 2018.

BILHIM, João Abreu. **Políticas públicas e agenda política.** Orações de Sapiência, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/sellen/Downloads/Politicaspblicas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sellen/Downloads/Politicaspblicas%20(1).pdf)>

BRASIL. **Presidência da República.** Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso: 30 de maio de 2018.

_____. Lei nº 7.958, de 13 de março de 2013. **Planalto.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/ Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm> Acesso: 1 de outubro de 2018

_____. Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. **Planalto.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-89460-20-marco-1984-439601-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 2 de outubro de 2018.

_____. **Código Penal,** de 07 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso: 2 de outubro de 2018.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm> Acesso: 29 de setembro de 2018.

_____. Decreto nº 5.099/2004, de 3 de junho de 2004. **Planalto**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5099-3-junho-2004-532557-norma-pe.html>> Acesso: 29 de setembro de 2018.

_____. Decreto nº 1973, de 1º de agosto de 1996. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm> Acesso: 3 de outubro de 2018.

_____. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm> Acesso: 5 de outubro de 2018.

_____. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm> Acesso: 29 de setembro.

_____. Lei nº 12.845, de 01º de agosto de 2013. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm> Acesso: 4 de outubro de 2018

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Uniformização de Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação Violência: Norma Técnica**. 2006. Disponível em: <[file:///C:/Users/sellen/Downloads/CRAMS%20\(6\).PDF](file:///C:/Users/sellen/Downloads/CRAMS%20(6).PDF)> Acesso: 4 de novembro, 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana E et all (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Editora Cortez, 2006, p.02-09. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso: 14 de agosto de 2018.

CÂMERA DOS DEPUTADOS. **PL 5069/2013**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565882>> Acesso: 20 de outubro de 2018.

CÂMERA DOS DEPUTADOS. **PL 6055**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=586417>> Acesso: 20 de outubro de 2018.

CÂMERA DOS DEPUTADOS. **PEC 181**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449>> Acesso: 20 de outubro de 2018.

CARTA CAPITAL. **‘Bolsa estupro’: quando a vítima se torna criminosa.** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/2018bolsa-estupro2019-e-risco-de-transformar-vitima-em-criminosa-1925.html>> Acesso: 20 de outubro de 2018.

CARVALHO, Mariana Siqueira. **A Saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988.** Revista Direito Sanitário, v.4, nº2, (15-31), s.l., 2003, p.16-24). Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181/84812>> Acesso: 20 de agosto de 2018.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Estudos Avançados, s.l., nº27, vº78, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>> Acesso: 23 de agosto de 2018.

CASTRO, Jorge Abrahão. **Política Social e desenvolvimento no Brasil.** V.21, número especial, Campinas, (1011-1042). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v21nspe/v21nspea12>> Acesso: 13 de setembro.

CERQUEIRA, Daniel.; COELHO, Danilo Santa Cruz.. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde.** Nota técnica – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, nº 1, Brasília, (01-21), 2014, p. 03-05. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/21/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-da-saude->>> Acesso: 7 de agosto de 2018.

CUSTÓDIO, André Viana; SILVA, Cícero Ricardo Cavalcante. **A intersectorialidade nas políticas sociais públicas.** In: XI Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea – UNISC. Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>> Acesso: 14 de janeiro de 2019.

EL PAÍS. **O que o PL 5069 diz (e não diz) sobre a pílula do dia seguinte: tire suas dúvidas.** Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2015/11/12/politica/1447357721_656693.html> Acesso: 20 de outubro de 2018.

FACURI, Claudia de Oliveira et al. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 29, nº. 5, (889-898), 2013, p. 890-892. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>> Acesso: 10 de agosto de 2018.

FAÚNDES, Anibal. et al. **Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro.** Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 28, nº 2, (126-135), 2006, p.127-132. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n2/30680.pdf>> Acesso: 15 de agosto de 2018.

FARAH, Martha. **Gênero e Políticas Públicas.** Estudos Feministas. Florianópolis, v. 12, nº 1, (47-71), 2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104026X2004000100004/794>> Acesso: 19 de agosto de 2018.

FLURY, Sonia. **Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre a instituinte e a instituição.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, nº3, (743-752), 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n3/743-752/pt>> Acesso: 8 de setembro de 2018.

GIFFIN, Karen. **Violência de gênero, sexualidade e saúde.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, nº 1, (146-155), 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10sup1a10.pdf>> Acesso: 17 de agosto de 2018.

GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Cláudio Felipe Ribeiro. **Violência contra a mulher: Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero.** In: Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*, (117-135), Brasília, 2005, p.119. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf> Acesso: 13 de agosto de 2018.

HOFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e políticas (públicas) sociais.** *Caderno Cedes*, ano XXI, nº 55, s.l., (30-41), 2011, p. 31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>> Acesso: 23 de maio de 2018.

INTERMINISTERIAL. Portaria nº 288, de 25 de março de 2015. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/marco2015/dia26/portinter288.pdf>> Acesso: 19 de outubro de 2018.

JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR, Luiz Cordon. **Políticas públicas de saúde no Brasil.** *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez., 2006. Disponível em: <<http://files.tvs4.webnode.com/20000024478e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>> Acesso: 2 de setembro de 2018.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Débora. **Serviços de Aborto Legal no Brasil – um estudo nacional.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, nº 2, 563-572, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>> Acesso: 3 de setembro de 2018.

MELLO, A.L.. et al. **Tipos e hierarquia dos atos legais.** In: *Vigilância Sanitária de Medicamentos e Correlatas*. Qualitymark. S.l., 1993. Disponível em: <<http://www.unisaesiano.edu.br/salaEstudo/materiais/p132d10783/material4.pdf>> Acesso: 13 de janeiro de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação** coletiva. *História, Ciências, Saúde*, v. IV, nº 3, s.l., 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>> Acesso: 12 de setembro de 2018.

_____. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, Rio de Janeiro, (1259-1267), 2007, p.1262-1260. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2006.v11suppl0/1259-1267/pt>> Acesso: 20 de maio de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.508**, de 01º de setembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html> Acesso: 4 de outubro de 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica, 2ª. edição, Brasília, 2005. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_ta_2005_violencia_sexual_contra_mulheres_e_adolescentes.pdf> Acesso: 21 de agosto de 2018.

_____. **Portaria nº 1.662**, de 02 de outubro de 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1662_02_10_2015.html> Acesso: 13 de outubro de 2018

_____. **Portaria nº 485**, de 01º de abril de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html> Acesso: 29 de setembro de 2018.

_____. **Portaria nº 2.415**, de 07 de novembro de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html> Acesso: 7 de outubro de 2018.

_____. **Portaria nº 485**, de 1º de abril de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html> Acesso: 2 de novembro de 2018.

_____. **Portaria nº 2.415**, de 07 de novembro de 2014. Disponível em: ⁴ <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html> Acesso: 4 de novembro de 2018.

_____. **Portaria nº 1.130**, de 05 de agosto de 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html> Acesso: 5 de novembro, 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica, 3. Ed., Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf> Acesso: 14 de outubro de 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica, 3. edição, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf> Acesso: 15 de agosto de 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**, 2. ed. – Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf> Acesso: 6 de outubro de 2018.

_____; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. **Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios**. 2015. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>> Acesso: 16 de outubro de 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Programa de Ação de Viena – Conferência Mundial Sobre Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20OAc%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>> Acesso: 14 de outubro.

_____. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo**, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>> Acesso: 11 de outubro de 2018.

_____. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher Convenção Belém do Pará**. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso: 11 de outubro de 2018.

_____. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher** - Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf> Acesso: 13 de outubro.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (impresso). V.12, n 2, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 14 de novembro de 2018

JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR, Luiz Cordon. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez., 2006. Disponível em: <<http://files.tv54.webnode.com/20000024478e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>> Acesso: 2 de setembro de 2018.

PINTO, Lucielma Soares et al. **Políticas públicas de proteção à mulher: Avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual**. Ciência & Saúde Coletiva. Teresina, v. 22, nº 5, s.l., (1501-1508), 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1501.pdf>> Acesso: 20 de agosto de 2018.

PROJETO DE LEI Nº 478/2007. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103>> Acesso: 9 de novembro de 2018.

PROJETO DE LEI Nº 5.069/2013. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565882>> Acesso: 9 de novembro de 2018.

PROJETO DE LEI Nº 6055/2013. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=586417>> Acesso: 9 de novembro de 2018.

PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº 181/2015. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449>>

SANTOS, Cecília; IZUMINO, Wânia. **Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil.** Estudos Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe – E.I.A.L., [s.l.], Volume 16, nº 1. (147-164), 2005, p.147-157. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>> Acesso: 4 de setembro de 2018

SARTI, Cynthia Andersen; BARBOSA, Rosana Machin; SUAREZ, Marcelo Mendes. **Violência e gênero: vítimas demarcadas.** Physis: Revista Saúde Coletiva, v. 16, nº 2, Rio de Janeiro (167-183), 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2006.v16n2/167-183/pt>> Acesso: 14 de outubro de 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios.** Ciência e Saúde Coletiva, v.14, nº4, s.l., (1019-1027), 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a04v14n4.pdf>> Acesso: 16 de agosto de 2018.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2 edição, 186f, São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SCHMIEGUEL, Carlos. **Conceito de lei em sentido jurídico.** Ágora: Revista de divulgação científica. V. 17, nº 1, s.l., 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/sellen/Downloads/55-Texto%20do%20artigo-477-1-10-20120411.pdf>> Acesso: 13 de janeiro de 2019.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & Realidade, v. 20, nº 2, Porto Alegre, 1995.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho,. **O conceito de saúde.** Revista Saúde Pública, v.31, nº5, s.l.,(538-542), 1997. Disponível: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/1997.v31n5/538-542/pt>> Acesso: 20 de agosto de 2018.

SILVA, Keila Brito; BEZERRA, Adriana Falamparo Benjamin; TANAKA, Qswaldo Yoshimi. **Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desejos e caminhos para sua**

efetivação. Interface, comunicação, saúde, educação, v.16, nº40, (249-259), 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>> Acesso: 2 de setembro de 2018.

SILVA; Susana Veleda. **Os estudos de Gênero no Brasil: Algumas considerações.** Revista Bibliográfica de Geografia y Ciencias Sociales, nº 262, s.l., 2000. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/b3w-262.htm>> Acesso: 8 de outubro de 2018.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: Uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, (20-45), 2006, p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> Acesso: 4 de agosto de 2018.

SOUZA, Ednilsa Ramos. **Masculinidade e violência no Brasil: Contribuições para a reflexão no campo da saúde.** Ciência e saúde Coletiva, v. 10, nº 1, (59-70), 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf>> Acesso: 21 de setembro de 2018.

SQUINCA, Flavia; DINIZ, Débora; BRAGA, Kátia. **Violência sexual contra a mulher: um desafio para o ensino e a pesquisa no Brasil.** Revista Bioética, (127-135), 2006. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8204/1/ARTIGO_ViolenciaSexualMulher.pdf> Acesso: 16 de outubro de 2018.

TUMELERO, Silvana Marta. **Intersetorialidade nas políticas públicas.** Gauju, Martinhos, v. 4, nº 2, s.l., (211-230), 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/gauju/article/view/62201/37266>> Acesso: 14 de janeiro de 2019.

VILLELA, Wilza; LAGO, Tânia. **Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual.** Cad. Saúde Pública, v. 23, nº 2, Rio de Janeiro, (471-475), 2007, p. 472-474. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/25.pdf>> Acesso: 6 de dezembro de 2017